



Die Vernetzung von Akteuren im Gesundheitswesen

Eine explorative Betrachtung am Beispiel von Wundnetzwerken

Von der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

– Fakultät für Informatik, Wirtschafts-und Rechtswissenschaften –

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Wirtschaftswissenschaften (Dr. rer. pol.)

genehmigte Dissertation

von Frau Özlem Teckert

geboren am 23.07.1981 in Bremen

Gutachter: Univ.-Professor i. R. Dr. Thorsten Raabe (Carl von Ossietzky
Universität Oldenburg)
Weiterer Gutachter: Professor Dr. Thorsten Litfin (Hochschule Osnabrück)
Tag der Disputation: 06.06.2024

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	III
Abkürzungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis.....	VIII
Abbildungsverzeichnis.....	X
1 Einleitung	1
1.1 Relevanz und Motivation.....	1
1.2 Forschungsbedarf und Forschungsfragen	6
1.3 Aufbau der Arbeit	12
2 Rahmenbedingungen von Wundnetzwerken	15
2.1 Versorgungssituation im deutschen Gesundheitswesen	15
2.1.1 Akteure im deutschen Gesundheitswesen	15
2.1.2 Sektorale Trennung und Spezialisierung.....	17
2.1.3 Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Wunden	22
2.1.4 Finanzierung des Gesundheitswesens und der Wundversorgung	28
2.1.5 „Megatrends“ als Herausforderungen für das Gesundheitswesen	35
2.1.6 Vernetzte Versorgungsformen als Alternative zur Regelversorgung.....	39
2.1.6.1 Gesetzliche Verankerung vernetzter Versorgungsformen.....	39
2.1.6.2 Wundnetzwerke in Deutschland – eine erste Bestandsaufnahme.....	45
2.1.6.3 Vernetzung als Innovation für das Gesundheitssystem?	46
2.2 Digitale Vernetzung im Gesundheitswesen	54
2.2.1 Digitalisierung, Kommunikations- und Informationstechnologien und eHealth	55
2.2.2 Informationstechnische Einsatzmöglichkeiten.....	59
2.2.3 Verbreitung von IKT in Wundnetzwerken.....	66
3 Theoretische und konzeptionelle Grundlagen	70
3.1 Gesundheitsnetzwerke zur Wundversorgung	70
3.1.1 Phänomenologische Ebene – Wundnetzwerke	72
3.1.2 Theoretische Ansätze der Netzwerkforschung.....	76
3.1.2.1 Soziale Austauschtheorie	77
3.1.2.2 Anreiz-Beitrags-Theorie	80
3.1.2.3 Transaktionskostentheorie.....	87

3.1.2.4	Würdigung der Theorieansätze und zentrale Erkenntnisse	93
3.1.3	Methodische Ebene – Typologie und Erfolgsfaktoren von Wundnetzwerken.....	94
3.1.3.1	Typologie von Wundnetzwerken	94
3.1.3.2	Erfolg und Erfolgsfaktoren von Wundnetzwerken	103
3.2	Management in Wundnetzwerken	111
3.2.1	Managementpraktiken in Wundnetzwerken.....	112
3.2.2	Management von Spannungsverhältnissen	118
3.2.3	Management der Netzwerkentwicklung.....	123
3.2.4	Management der digitalen Vernetzung	134
3.3	Zwischenfazit, Übersicht der Detailfragen und Annahmen	140
4	Empirische Untersuchung	149
4.1	Konzeption der Untersuchung	149
4.1.1	Methodenwahl	149
4.1.2	Teilnehmende Beobachtung in Wundnetzwerken als Einstieg	152
4.1.2.1	Teilnehmende Beobachtung	152
4.1.2.2	Stichprobe und Ablauf	153
4.1.2.3	Datenauswertung.....	158
4.1.3	Leitfadengestütztes Experteninterview	160
4.1.3.1	Experteninterview	160
4.1.3.2	Interviewleitfaden	163
4.1.3.3	Stichprobe und Ablauf	166
4.1.3.4	Datenauswertung.....	172
4.1.4	Kritische Methodenbetrachtung	178
4.2	Darstellung und Interpretation der Ergebnisse	181
4.2.1	Entstehung von Wundnetzen: Von der Initiierung zu Vor- und Nachteilen einer Vernetzung.....	183
4.2.1.1	Assoziationen mit dem Netzwerkbegriff	183
4.2.1.2	Initiierung der Wundnetze.....	184
4.2.1.3	Anreize zur Zusammenarbeit: Warum überhaupt vernetzen?	185
4.2.1.4	Notwendige Beiträge: Was spricht gegen eine Vernetzung?	190
4.2.2	Ziele.....	193
4.2.3	Netzwerkcharakteristika – Strukturelle Merkmale.....	199
4.2.3.1	Organisations-/Rechtsform und Finanzierung: Verlaufsmuster	199
4.2.3.2	Mitgliederstruktur: Reichweite, Tiefe und Breite	201
4.2.3.3	Status-Quo der digitalen Vernetzung	205
4.2.3.4	Inhaltliche Ausgestaltung der Vernetzung	208
4.2.3.5	Zwischen informaler Praxis und Formalisierung.....	216

4.2.3.6	Hierarchie- und Machtstruktur	219
4.2.3.7	Informations- und Kommunikationsfluss	222
4.2.4	Netzwerkcharakteristika – Kulturelle Merkmale	224
4.2.4.1	Vertrauen als wichtiges Band: Zwischen Vertrauensvorschuss, Skepsis und Kontrollmechanismen	224
4.2.4.2	Ursachen und Auswirkungen von Konflikten.....	227
4.2.4.3	Commitment: Einheit trotz Vielfalt?.....	231
4.2.5	Netzwerkmanagement	233
4.2.5.1	Rollenverständnis des Netzwerkmanagers.....	233
4.2.5.2	Netzwerkmanagementarrangements	237
4.2.5.3	Akquise und Selektion neuer Mitglieder.....	241
4.2.5.4	Allokation & Engagement.....	247
4.2.5.5	Regulative Elemente und deren Entwicklung	251
4.2.5.6	Evaluation des Erfolgs und Erfolgsfaktoren	255
4.2.6	Digitale Vernetzung – Chancen und Herausforderungen.....	262
4.2.6.1	Potenziale von Informations- und Kommunikationstechnologien	262
4.2.6.2	Herausforderungen der digitalen Vernetzung	266
4.2.7	Zusammenfassung der Ergebnisse	273
4.2.7.1	Entstehung, Zielsetzung, Charakteristik und Entwicklung von Wundnetzen	274
4.2.7.2	Interpretation, Gestaltung und Entwicklung des Netzwerkmanagements	279
4.2.7.3	Barrieren und Auswirkungen einer digitalen Vernetzung	282
5	Problemfelder und Handlungsempfehlungen	284
5.1	Empfehlungen zur Gründungsförderung von Wundnetzen.....	284
5.2	Empfehlungen zur Ausgestaltung von Wundnetzen.....	288
6	Schlussbetrachtung.....	300
6.1	Rückblick.....	300
6.2	Zukünftiger Forschungsbedarf.....	303
	Literaturverzeichnis.....	306
	Anhang	351

Abkürzungsverzeichnis

AAL	Ambient Assisted Living
ABT	Anreiz-Beitrags-Theorie
a. a. O.	am angegebenen Ort
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DMP	Disease-Management-Programme
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRG	Diagnosis Related Groups
ebd.	ebenda
EBM	Der einheitliche Bewertungsmaßstab
eEPA	einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakte
EPA	Elektronische Patientenakte
et al.	et alii (Maskulinum) bzw. et aliae (Femininum), lat.: und andere
etc.	et cetera (lat.: und so weiter/und weitere)
e. V.	eingetragener Verein
evtl.	eventuell
f.	folgende
ff.	fortfolgende
ggf.	gegebenenfalls
ggü.	gegenüber
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HIT	Health IT
HP	Health Professionals
Hrsg.	Herausgeber
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung
i. e. S.	im engeren Sinne
ICD	International Code of Diseases
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
IV-Vertrag	Verträge zur integrierten Versorgung
i. w. S.	im weiteren Sinne

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KIS	Krankenhausinformationssystem
KV(n)	Kassenärztliche Vereinigung(en)
LE	Leistungserbringer
MFA	Medizinischer Fachangestellter
MTA	Medizinisch-technischer Assistent
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NWM	Netzwerkmanager
o. J.	ohne Jahr
o. S.	ohne Seite
PKV	Private Krankenversicherung
PVS	Praxisverwaltungssystem
S.	Seite
SAT	soziale Austauschtheorie
sog.	sogenannte/n
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TAK	Transaktionskosten
TI	Telematikinfrastruktur
TKT	Transaktionskostentheorie
tlw.	teilweise
u. a.	unter anderem/und andere
uvm.	und viele/s mehr
vgl.	vergleiche (mit der dort genannten Stelle)
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil
z. Zt.	zur Zeit

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Vernetzte Versorgungsformen auf gesetzlicher Grundlage als Alternative	43
Tabelle 2:	Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen	57
Tabelle 3:	Spezifische und allgemeine Anreizarten	82
Tabelle 4:	Anreize zur Teilnahme an einem Gesundheitsnetzwerk	85
Tabelle 5:	Beiträge in Gesundheitsnetzwerken	86
Tabelle 6:	Ausgewählte Typisierungsmöglichkeiten von Gesundheitsnetzwerken	101
Tabelle 7:	Mögliche Erfolgskriterien und Erfolgsindikatoren für Gesundheitsnetzwerke	108
Tabelle 8:	Spannungsverhältnisse in Wundnetzwerken	122
Tabelle 9:	Einfluss von IKT auf die Spannungsverhältnisse	138
Tabelle 10:	Operationalisierung der Forschungsfragen und Annahmen	148
Tabelle 11:	Empirisches Untersuchungsdesign	152
Tabelle 12:	Beobachtungsdesign	158
Tabelle 13:	Beobachtung von Spannungsverhältnissen am Beispiel Kooperation – Wettbewerb	159
Tabelle 14:	Übersetzung der Forschungsfragen in Interviewfragen	165
Tabelle 15:	Fallauswahl für Experteninterviews	169
Tabelle 16:	Interviewdesign	172
Tabelle 17:	Zusammenhang von Forschungsfragen, Interviewfragen und Kategoriensystem	176
Tabelle 18:	Potenzielle Anreize zur Vernetzung	190
Tabelle 19:	Potenzielle Beiträge zur Vernetzung	193
Tabelle 20:	Übersicht über Netzwerkziele	198
Tabelle 21:	Typenbildung anhand der Verbreitung und der Nutzungsgrade einer digitalen Wunddokumentation (Digitalisierungstyp)	207
Tabelle 22:	Gegenüberstellung von Digitalisierungstyp und Transaktionsinhalt	215
Tabelle 23:	Typen von Netzwerkmanagementarrangements	238
Tabelle 24:	Gegenüberstellung von Netzwerkmanagementtyp und Mitgliederakquise	244
Tabelle 25:	Spektrum an regulativen Elementen	255

Tabelle 26: Übersicht genutzter und angestrebter Erfolgsgrößen und
Erfolgsindikatoren259

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit.....	14
Abbildung 2: Schichtenmodell der Gesundheitswirtschaft	16
Abbildung 3: Sektorale Trennung im Gesundheitswesen.....	18
Abbildung 4: Optimierte Versorgung chronischer Wunden (mit Indikation: Ulcus cruris)	23
Abbildung 5: Bausteine der Behandlung chronischer Wunden.....	24
Abbildung 6: Ausgabenträger von Gesundheitsausgaben (2018)	29
Abbildung 7: Direkte jährliche Kosten für die GKV für die Behandlung eines chronischen Wundpatienten nach Kostengruppen	32
Abbildung 8: Krankheitskosten nach Altersgruppen (Jahr 2015)	36
Abbildung 9: Von der Invention zur Diffusion	47
Abbildung 10: Die drei eHealth-Ebenen	60
Abbildung 11: Beispielhafte Anwendungsfelder von IKT in Gesundheitsnetzwerken	64
Abbildung 12: Organisationsstruktur im Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein	69
Abbildung 13: Ebenen des Netzwerkbegriffs.....	70
Abbildung 14: Arzt-Patientenzentriertes Kooperationsmodell vs. Patientenzentriertes Kooperationsmodell	75
Abbildung 15: Kooperationen als Alternative zu Markt und Hierarchie.....	90
Abbildung 16: Mögliche Versorgungsrichtungen in Gesundheitsnetzwerken	96
Abbildung 17: Hierarchische – heterarchische, stabile – dynamische Gesundheitsnetzwerke	98
Abbildung 18: Messung des Vernetzungserfolgs	106
Abbildung 19: Mögliche Erfolgsfaktoren nach Lebensphasen.....	110
Abbildung 20: Funktionsbereiche des Managements von Netzwerken.....	114
Abbildung 21: Spannungsverhältnisse in Netzwerken	119
Abbildung 22: Lebensphasen eines Netzwerks	124
Abbildung 23: Dynamische Netzwerkentwicklung.....	143
Abbildung 24: Eingesetzte empirische Datenerhebungsmethoden	151
Abbildung 25: Beobachtungssituationen.....	156
Abbildung 26: Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel	175
Abbildung 27: Aufbau der Ergebnisdarstellung	182
Abbildung 28: Verlaufsmuster des organisationalen Rahmens.....	199

Abbildung 29: Streudiagramm Netzwerkdauer und Netzwerkbreite	204
Abbildung 30: Inhaltliche Ausgestaltung der Wundnetze	214
Abbildung 31: Übersicht Konfliktursachen und Konfliktauswirkungen	230
Abbildung 32: Mögliche Rollen des Netzwerkmanagements	237
Abbildung 33: Potenzielle Mitgliedertypen	249
Abbildung 34: Problembereiche und Handlungsansätze zur Gründungsförderung.....	285
Abbildung 35: Problembereiche und Handlungsansätze zur Gestaltung.....	291

1 Einleitung

1.1 Relevanz und Motivation

Das deutsche Gesundheitswesen gehört mit Gesamtausgaben¹ von 390,6 Milliarden Euro im Jahr 2018, einem Anteil von 11,7 % am Bruttoinlandsprodukt und Pro-Kopf-Ausgaben von 4.712 Euro² zu den teuersten der Welt.³ Dies spiegelt sich jedoch bei vielen Qualitätsindikatoren in der Versorgung nicht wider, wie bspw. der mittlere Platz in der Lebenserwartung (knapp besser als der OECD-Durchschnitt)⁴ oder der deutlich schlechter als der OECD-Durchschnitt wahrgenommene Gesundheitszustand bei Erwachsenen verdeutlichen.⁵

Ein maßgeblicher Grund dafür wird in der historisch bedingten sektoralen Trennung in den stationären und den ambulanten Versorgungsbereich gesehen.⁶ Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) beanstandet, dass die Gesundheitsversorgung vor allem an einer unzureichenden Koordination und Kooperation an den Schnittstellen des ambulanten und stationären Sektors sowie weiterführend der Rehabilitation und der Pflege leidet⁷ und kritisiert die (weiterhin) bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung.⁸

Angesichts dessen ist es problematisch, dass das Gesundheitssystem zusätzlich zu der sektoralen Versorgungsstruktur mit weiteren Herausforderungen konfrontiert wird. Hierzu zählt der sozio-demografische Wandel, der sich dadurch ausdrückt, dass die Menschen immer älter werden und sich Sozialstrukturen ändern.⁹ Damit einher geht der Anstieg an chronisch Erkrankten, multimorbiden¹⁰ älteren¹¹

¹ Zu den Ausgaben für Gesundheit werden alle Kosten zur Prävention, Behandlung, Rehabilitation sowie Pflege gezählt.

² Vgl. Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (2020), S. 101.

³ Im internationalen Vergleich lag die BRD bei den Pro-Kopf-Ausgaben im Jahr 2018 auf Platz 4, hinter USA, Schweiz und Norwegen. Gemessen am Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP lag die BRD im Jahr 2018 sogar auf Platz 3, hinter den USA und der Schweiz. Vgl. OECD (2019), S. 151ff.

⁴ Vgl. OECD (2019), S. 67.

⁵ Vgl. OECD (2019), S. 85.

⁶ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 525; Ommen et al. (2007), S. 913.

⁷ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 363.

⁸ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 47.

⁹ Vgl. Knieps/Amelung/Wolf (2012), S. 13.

¹⁰ Multimorbidität bezeichnet das gleichzeitige Bestehen mehrerer Erkrankungen.

¹¹ Eine *ältere* Person wird von der UN definiert als eine Person, die über 60 Jahre alt ist.

Patienten, die mehr Gesundheitsleistungen nachfragen und mit steigendem Alter höhere Gesundheitskosten verursachen, denen aber zunehmend ein schrumpfendes Arbeitskräftepotenzial gegenüber steht.¹² Hinzu kommt die dank neuer Technologien und Behandlungskonzepte fortschreitende Spezialisierung in der Medizin, die vor dem Hintergrund von Effizienzsteigerungen sinnvoll ist, gleichzeitig aber eine bessere Koordination und Kommunikation zwischen den Behandelnden verlangt.¹³ Aufgrund dessen ist es notwendig, alternative Koordinations- und Kommunikationsstrukturen zu analysieren und anschließend zu etablieren.

Eine Möglichkeit diesen steigenden Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen, Ressourcen zu bündeln und dadurch Kosten zu senken, Informations- und Erfahrungstransfer zu ermöglichen und letztendlich die Patientenversorgung zu verbessern, stellt die intersektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit in sog. organisationsübergreifenden Gesundheitsnetzwerken dar. Der Trend zur Netzwerkbildung ist in der Managementlehre und –praxis bereits in den letzten Jahrzehnten feststellbar¹⁴ oder wie Endres und Weibler (2014) es ausdrücken, „Netzwerke sind zweifellos en vogue“.¹⁵ Diese Auffassung scheint als Antwort auf die wachsenden Herausforderungen inzwischen verstärkt im Gesundheitswesen angekommen zu sein, auch wenn die Leistungen des Gesundheitswesens allgemein als meritorische Güter bezeichnet werden und weitgehend nicht den Mechanismen des Marktes unterworfen sind.¹⁶

Der SVR verweist 2018 in seinem Gutachten zum Abbau oben angeführter Defizite auf unterschiedliche gesetzliche Kooperationsmöglichkeiten, die der Gesetzgeber seit den 1980er Jahren ermöglicht,¹⁷ betont aber die Bedeutung von nicht gesetzlich geregelten, „informellen Kooperationen, die es zum Wohle der Patienten

¹² Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 53f. und 455; Kurscheid/Eble (2016), S. 5; Reiners (2012), S. 379ff.

¹³ Vgl. Amelung/Sydow/Windeler (2009), S. 9f.

¹⁴ Vgl. Sydow (2010a), S. 1.

¹⁵ Endres/Weibler (2014), S. 403.

¹⁶ Vgl. Buck et al. (2019), S. 448; Staar/Atzpodien (2017), S. 26; Sheaff/Schofield (2016), S. 434; Staar/Atzpodien (2017); Kurscheid/Eble (2016), S. 5; Georg (2011), S. 215; Amelung/Sydow/Windeler (2009), S. 21.

¹⁷ Hierzu zählen z. B. *Dreiseitige Verträge* nach § 115 GBD V, *Modellvorhaben* nach den §§ 63-65 SGB V, *Strukturverträge* nach § 73a SGB V, *Disease Management Programme (DMP)* nach § 137f-g und § 116b SGB V, die *Besondere Versorgung (BV)* nach § 140a SGB V (bis 2015 *Integrierte Verträge (IV)*) oder *Medizinische Versorgungszentren (MVZ)* nach § 95 SGB V. Vgl. hierzu die Ausführungen in Kap. 2.1.6.1.

wohl schon immer gab.“¹⁸ Auch die Bundesärztekammer konstatiert, „[e]ine bessere Vernetzung der Versorgungsbereiche ist wesentliche Voraussetzung für ein stärker patientenzentriertes Gesundheitswesen in Deutschland.“¹⁹ Primär gilt es dabei, die Patientenperspektive und weniger die Perspektive einzelner Berufsgruppen einzunehmen.²⁰ Vor allem der vertikalen oder horizontalen Vernetzung von sog. Health Professionals (HP), also Leistungserbringern (LE) aus dem Gesundheitswesen, wird zugesprochen, dass durch den Aufbau einer integrativen Struktur, die sich am Versorgungsprozess des Patienten orientiert, die Kontinuität (*continuity of care*) und Qualität der Versorgung (*quality of care*) verbessert werden können.²¹

In der Praxis lassen sich zahlreiche Vernetzungsbemühungen beobachten. Diese reichen von Arztnetzen zu (krankheits-)spezifisch ausgerichteten Netzwerken wie für Demenzkranke oder Wundpatienten. So stieg die ärztliche Vernetzung im ambulanten Bereich in den letzten Jahren an und wurde dank verschiedener Gesetzesinitiativen zunehmend professionalisiert. Der Verein Deutscher Arztnetze e. V. beziffert allein die derzeitige Anzahl an Arzt- bzw. Praxisnetzen auf ca. 400, mit schätzungsweise rund 30.000 Ärzten, wohingegen es 2002 noch rund 200 Arztnetze mit 10.000 Ärzten waren.²²

Bemühungen des Gesetzgebers, die sektorenübergreifende Versorgung voranzutreiben, zeigen hingegen nicht den gewünschten Erfolg – trotz diverser Möglichkeiten einer finanziellen Förderung.²³ Bemängelt wird in diesem Kontext, dass die Gesetzesinitiativen es nicht vermögen, die sektorale Trennung strukturell aufzulösen. Das bedingt, dass eine bessere Verzahnung der Sektoren, ebenso wie der Professionen und Disziplinen, in den allermeisten Fällen auf die Eigeninitiative der Leistungserbringer angewiesen ist.²⁴ Im Gegensatz zu Netzwerken, die gesetzlich anerkannt sind und finanziell gefördert werden, sind andere Vernetzungsinitiativen schwieriger zu erfassen und zu vergleichen. Aber genau dies erscheint erstrebens-

¹⁸ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 364.

¹⁹ Bundesärztekammer (2019), S. 14.

²⁰ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), S. 22.

²¹ Vgl. Pinsonneault et al. (2017), S. 458f.; Sheaff/Schofield (2016), S.434; Wierdsma et al. (2009), S. 52f.

²² Vgl. Agentur deutscher Arztnetze e.V. (2020), o.S. Ein Arzt- bzw. Praxisnetz ist ein Zusammenschluss niedergelassener Haus- und Fachärzte.

²³ Vgl. Ex/Amelung (2019), 110; Kurscheid/Eble (2016), S. 8.

²⁴ Vgl. Kurscheid/Eble (2016), S. 9.

wert, können doch aus der Eigenmotivation der Leistungserbringer heraus geborene, freiwillige Netzwerke dazu beitragen, das gesamte Gesundheitswesen zu durchdringen und eine bessere Koordination und Kommunikation auf breiter Basis zu ermöglichen.

Solche Vernetzungsinitiativen werden insbesondere für chronische Erkrankungen als Alternative zu derzeitigen Versorgungsarrangements gesehen, um die Versorgungssituation zu verbessern. Chronisch erkrankte Patienten sind über einen langen Zeitraum auf medizinische Hilfe angewiesen und wechseln im Laufe ihrer Patientenkarriere ungesteuert zwischen den Sektoren, Professionen und Disziplinen hin und her.²⁵ In den Industrieländern werden chronische Erkrankungen gar als die zukünftige, zentrale Herausforderung im Gesundheitssystem gesehen, deren Behandlung komplex ist und durch eine Vielzahl von Akteuren erfolgt.²⁶ Da keine einzelne Organisation oder ein einzelner Versorger dieser Herausforderung alleine zu begegnen vermag, wird bekräftigt „an obvious solution is to set up a network of regular coordinating links for coordinated care planning, referrals and information exchange about patients across the providers involved, with a view to easing patients’ transitions between providers (...).“²⁷

Zu diesen an Relevanz gewinnenden chronischen Krankheitsbildern zählt auch die chronische Wunde.²⁸ Allein in Deutschland litten laut Hochrechnungen (Stand Dezember 2012) mehr als 890.000²⁹ vorwiegend ältere Personen an einer chronischen Wunde, knapp 85 % davon mit Multimorbidität. Ein Krankheitsverlauf gilt als chronisch, wenn die Wundbehandlung länger als acht³⁰ Wochen andauert, ohne

²⁵ Vgl. Sheaff/Schofield (2016), S. 434; Amelung/Sydow/Windeler (2009), S. 9f.

²⁶ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 70; Gensichen et al. (2006) merken an: „Die Zukunft ist chronisch“ (S. 365).

²⁷ Sheaff/Schofield (2016), S. 434.

²⁸ Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die chronische Wunde (Typen: Dekubitus, Ulcus cruris venosum/arteriosum/mixtum oder Diabetischer Fußulcus) medizinisch gesehen ein Symptom bzw. eine Folgekomplikation einer zumeist chronischen Grunderkrankung (Diabetes, Durchblutungsstörungen etc.) darstellt, als selbst die Krankheit zu sein. Vgl. u. a. Leisten (2017), S. 44; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2015), S. 21.

²⁹ Frühere Zahlen gingen gar von 1-2 Millionen aus.

³⁰ Der Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) definiert eine Wunde als chronisch, wenn unter fachgerechter Therapie innerhalb von vier bis zwölf Wochen keine Heilungstendenz eintritt. Vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2015), S. 19; Leisten (2017), S. 44 fügt hinzu: „Unabhängig von der zeitlichen Dimension werden Wunden von Beginn an als chronisch bezeichnet, wenn neben ihrer Lokalbehandlung die Therapie der weiterhin bestehenden Ursache erforderlich ist.“

dass diese abheilt.³¹ Aufgrund der langen Behandlungsdauer entstehen hohe Kosten für das Gesundheitssystem, wobei die Angaben z. B. aufgrund geringer Fallzahlen und heterogener Krankheitsverläufe voneinander abweichen und in Deutschland auf 9.060 Euro bis ca. 10.000 Euro pro Patient mit chronischer Wunde und Jahr beziffert werden.³² Augustin und Sommer ermitteln bei Patienten mit der Wundart Ulcus cruris (offenes Bein) gar Kosten von 12.000 Euro pro Patient und Jahr.³³

Aykaç (2017) betont, dass dieser für die Patienten langwierige Krankheitsverlauf eine interdisziplinäre Aufgabe darstellt, die erst durch das Zusammenwirken aller für die Versorgung relevanten Akteure bewältigt werden kann³⁴ und Leisten (2017) ist davon überzeugt, dass ein interprofessionelles Wundnetzwerk nicht nur den Heilungsverlauf deutlich verkürzt und die Kosten verringert, sondern insgesamt die Lebensqualität der Wundpatienten verbessert.³⁵

Zunehmend lassen sich in Deutschland Bestrebungen von Leistungserbringern beobachten, die sich in intersektoralen und interprofessionellen Wundnetzen formell oder informell zusammenschließen.³⁶ In einer Erhebung identifizieren Goepel et al. (2014) 35 Wundnetzwerke, wobei 31 von diesen bereits aus einer vorherigen Erhebung aus 2012 bekannt waren. Die Autoren stellen fest, dass von den zuvor 49 identifizierten Wundnetzen 18 nicht mehr in der erstmals dokumentierten Form existieren oder gar nicht mehr ermittelt werden konnten.³⁷ Diese Zahlen deuten auf eine hohe Dynamik hinsichtlich der Gründung und Auflösung von Wundnetzen hin. Was plausibel und einfach klingt, nämlich aus den Schnittstellen im Versorgungsprozess Nahtstellen zu machen,³⁸ scheint in der Realität nicht ganz so einfach bzw.

³¹ Vgl. Köster/Schubert (2015), S. 105. Die Anzahl der Wundpatienten allgemein (weite Definition) betrug laut Hochrechnungen zu diesem Zeitpunkt 2,7 Mio.

³² Vgl. Aykaç (2017), S. 630; Krensel/Gutknecht (2016), S. 10. Der größte Anteil der Kosten entfällt laut der Autoren mit mehr als einem Drittel auf die stationäre Behandlung. Nur ein geringer Teil der Kosten von 6-11 % entfällt auf private Zuzahlungen. Der Rest entfällt auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Aber auch hier weichen die Zahlen je nach Autor/en und Studie voneinander ab.

³³ Vgl. Augustin/Sommer (2020), S. 421.

³⁴ Vgl. Aykaç (2017), S. 633.

³⁵ Vgl. Leisten (2017), S. 44. Die steigende Anzahl nicht heilender chronischer Wunden wird nicht nur in Deutschland, sondern weltweit als Herausforderung gesehen. Entsprechend betont auch die WHO die Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit in Ausbildung und Praxis. Vgl. hierzu z. B. Moore et al. (2014).

³⁶ Vgl. Goepel et al. (2014), S. 960f.; Augustin (2012), S. 349.

³⁷ Vgl. Goepel et al. (2014), S. 962f. Die Wundnetze sind auf der zugehörigen Webseite <https://www.wundnetze.de/wundnetze-in-deutschland/> mit Ansprechpartnern und weiteren Informationen einsehbar.

³⁸ Vgl. Obrist (2013), S. 157.

nachhaltig zu bewerkstelligen sein,³⁹ auch wenn die aufgelösten oder inaktiven Netzwerke zu Beginn sicherlich mit großen Erwartungen und einer anfänglichen Euphorie gegründet wurden.⁴⁰

In Anbetracht dessen drängen sich zwei zentrale Fragen auf: Wie und warum wurden die Wundnetze gegründet und warum haben sie sich aufgelöst? Diese Fragen sind übergreifend und lassen sich nicht ohne weiteres beantworten, motivieren jedoch dazu, sich des Phänomens der Wundnetze anzunehmen.

1.2 Forschungsbedarf und Forschungsfragen

Die Ausgangsüberlegungen verdeutlichen die Relevanz der Reorganisation der Versorgung chronischer Wunden im Rahmen von Netzwerken. Netzwerke zur Wundversorgung bezeichnen Zusammenschlüsse respektive Kooperationen von Experten in der Wundversorgung mit unterschiedlichen Vernetzungsgraden und Organisationsformen. Diese werden u. a. als Wundnetz, Wundnetzwerk, Wundzentrum oder als Wund-Arbeitsgemeinschaft bezeichnet.⁴¹

Innerhalb der allgemeinen Netzwerkliteratur lassen sich grundsätzlich zwei Forschungsstränge unterscheiden: Zum einen die Entstehung bzw. Evolution von Netzwerken und zum anderen die Steuerung bzw. das Management dieser. Während sich der erste Strang vorrangig mit der Frage beschäftigt, *warum* Netzwerke entstehen, erfolgt innerhalb des zweiten Strangs eine Fokussierung auf das *Wie* des Managements dieser.⁴² Daraus lassen sich für Wundnetze zwei zentrale Herausforderungen ableiten:

- (1) Zunächst liegt die Herausforderung darin, die Gründung solcher Wundnetze voranzutreiben. Dafür bedarf es eines tiefen Verständnisses des empirischen Phänomens der Netzwerkbildung. Im Zentrum steht hier die Frage, *warum* Wundnetze entstehen.

³⁹ Studien zu Kooperationen im Businesskontext berichten von Misserfolgsquoten zwischen 50-70 %. Vgl. hierzu Barringer/Harrison (2000), S. 368.

⁴⁰ Vgl. Deeds/Hill (1999), S. 147. Die Autoren bezeichnen die anfängliche Euphorie als *honeymoon phase*.

⁴¹ Vgl. Goepel et al. (2014), S. 961; Sydow (1992), S. 119.

⁴² Vgl. Sydow (2010a), S. 3; Sydow/Windeler (2000a), Vorwort; Sydow (1992), der Aufbau seiner Habilitationsschrift orientiert sich an diesen beiden Strömungen.

- (2) Im nächsten Schritt liegt die Herausforderung darin, *wie* solche Wundnetze mithilfe eines entsprechenden Netzwerkmanagements tragfähig(er) hinsichtlich der Strukturen und der Akteursbeziehungen gestaltet werden können, um eine zielorientierte, nachhaltige und alternative Organisationsform zu etablieren.

Zur Erklärung der Entstehung und des Managements von Netzwerken lassen sich in weiten Teilen Erklärungsansätze aus der allgemeinen Netzwerkforschung auf Gesundheitsnetzwerke in der Wundversorgung übertragen.⁴³ Daneben gibt es einige Forschungsprojekte und Arbeiten, die sich speziell auf Netzwerke im Gesundheitswesen konzentrieren.⁴⁴

Diese beschäftigen sich vornehmlich mit der Entstehung von Netzwerken, den Netzwerkformen, den Erfolgsfaktoren sowie dem Management dieser. Auffällig ist, dass sich die Forschung dabei primär auf intraorganisationale Kooperationsformen⁴⁵ oder gesetzlich geregelte, formalisierte Kooperationsformen wie bspw. Arztnetze konzentriert.⁴⁶

Moore et al. (2014) entwickeln auf Grundlage einer Literaturrecherche ein universelles Modell für eine teambasierte Wundversorgung (*universal model for the team approach to wound care*), insistieren gleichzeitig, dass es unrealistisch sei, dass „one model fits all“.⁴⁷ Stattdessen betonen die Autoren, dass alle in ihrem Modell enthaltenen Komponenten kontext-spezifisch sind und so behandelt werden müssen.⁴⁸ Tigges (2016) betont in Hinblick auf Wundnetze, „[e]s besteht (...) keine Vergleichbarkeit der zu unterschiedlichen Zeiten und in unterschiedlichen Regionen Deutschlands gegründeten, eigenständigen Wundnetze, die in der Regel als eingetragener Verein geführt werden.“⁴⁹ Die Heterogenität erstreckt sich dabei nicht nur auf die Akteursstruktur, sondern ferner auf die Netzwerkbeziehungen, die neben der Dauer Qualitätsmerkmale wie z.B. Vertrauen oder Persistenz einschließen.⁵⁰ Die Heterogenität zeigt sich ebenso in der bereits angeführten Studie von

⁴³ Vgl. Amelung/Sydow/Windeler (2009), S. 13.

⁴⁴ U. a. Eymann et al. (2018b); Makowski et al. (2015); Sydow/Auschra (2015); Pitum-Weber (2011); Provan/Beagles/Leischow (2011); Klemann (2007); van Raak/Paulus/Mur-Veeman (2005).

⁴⁵ U. a. Chandra et al. (2017), bezogen auf die USA; Chiu et al. (2011), bezogen auf Taiwan; Hensen et al. (2005), bezogen auf eine Klinik in Deutschland.

⁴⁶ U. a. Bogenstahl (2012); Purucker/Böhm/Bodendorf (2009); Schicker (2008a); Gotzen (2003).

⁴⁷ Moore et al. (2014), S. S26.

⁴⁸ Vgl. Moore et al. (2014), S. S26.

⁴⁹ Tigges (2016), S. 40.

⁵⁰ Vgl. Sydow/Auschra (2015), S. 2.

Goepel et al. (2014), bei der die Autoren fragebogengestützt auch die Strukturen, Funktionen und Ziele der Wundnetzwerke der deutschlandweit 35 identifizierten Wundnetze erfragen und resümieren, dass diese stark in ihren Zielen, Aktivitäten und Organisationsformen variieren. Während die meisten Netzwerke als informatives Netz eingeordnet werden, wo Informationsaustausch und Weiterbildungen im Vordergrund stehen, werden nur wenige Netzwerke als Versorgungsnetzwerk mit einer koordinierten Patientenversorgung bezeichnet.⁵¹ Diese Studie erlaubt eine erste, wichtige Momentaufnahme, auch wenn sie es nicht vermag, ein tiefgreifendes Verständnis für die Wundnetze zu entwickeln.

Dies gilt indes für die meisten Untersuchungen zu Netzwerken, die zumeist quantitativ-statische Methoden verwenden, dabei weder den Kontext noch die Entwicklung des Netzwerks berücksichtigen und so dem Netzwerkphänomen mit all seiner Komplexität gar nicht gerecht werden können.⁵² Entsprechend kann daraus nicht abgeleitet werden, wie die Gesundheitsnetzwerke funktionieren, welchen Mustern und Prinzipien sie folgen und welche Bedingungen geschaffen werden müssen, um eine gute Zusammenarbeit zu ermöglichen. Hierzu zählen auch mögliche Probleme und Anreize zur Zusammenarbeit.⁵³

Um aber zu verstehen, wie und warum die Wundnetze entstehen und wie sie nachhaltig gestaltet werden können, braucht es eines vertieften Zugangs jenseits quantitativ-statischer Methoden. Es reicht nicht aus, einzelne Teile eines Netzwerks zu betrachten, vielmehr muss für ein tiefes Verständnis der Blick auf die Rahmenbedingungen, das Netzwerkarrangement und vor allem auf die Beziehungen und Abhängigkeiten zwischen den Akteuren gerichtet werden.⁵⁴

Ableitend ist es das *übergeordnete Ziel* der vorliegenden Arbeit, mithilfe eines vorrangig explorativen Zugangs *zum Verständnis des Phänomens der Netzwerkbildung im Gesundheitswesen am Beispiel von Wundnetzen beizutragen, ganzheitliche Zusammenhänge zu analysieren und daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten*. Eine Konzentration auf Netzwerke zur kooperativen Wundversorgung ermöglicht aufgrund der Fokussierung der Netzwerke auf ein Krankheitsbild eine bessere Vergleichbarkeit und einen vertieften Zugang zum Forschungsfeld.

⁵¹ Vgl. Goepel et al. (2014), S. 965.

⁵² Vgl. Provan/Beagles/Leischow (2011), S. 316; Tiberius (2008), S. 211; Sydow (1992), S. 124f.

⁵³ Vgl. Southon/Perkins/Galler (2005), S. 324.

⁵⁴ Vgl. Edgren/Barnard (2012), S. 43; Tsisis/Evans/Owen (2012), S. 8.

Festzuhalten ist, dass Wundnetzwerke nicht einfach „da“ sind und reibungslos funktionieren. Damit Wundnetze überhaupt entstehen können, braucht es zunächst Organisationen und/oder Individuen, die auf irgendeine Art und Weise zusammenwirken. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen merkt im Jahr 2007 an: „Voraussetzung für jede nachhaltige Änderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen bildet die Bereitschaft der einzelnen Leistungserbringer zum Umdenken, zum Paradigmenwechsel und damit zur Ablösung von traditionellen, inzwischen überholten Verfahren, die die Ressourcen und die Steuerungshoheiten verteilen.“⁵⁵ Klare Vorgaben für freiwillige, nicht gesetzlich anerkannte Netzwerke gibt es indes nicht. Wundnetzwerke sind zudem meist heterogen besetzt und können neben ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Leistungserbringern aus dem Gesundheitswesen Versicherer, Verbände, staatliche Institutionen und Vertreter von Hochschulen und der Wirtschaft verbinden.⁵⁶ Nach Ex und Amelung (2019) gilt über zehn Jahre nach den Äußerungen des SVR noch, dass eine vernetzte Versorgung (immer noch) mehr Bereitschaft für den Austausch und die Abstimmung unter den verschiedenen Professionen erfordert.⁵⁷ Bereits während der Initiierung eines Netzwerks kann es also eine Herausforderung sein, relevante Akteure zu identifizieren und für solch ein Vorhaben zu gewinnen.⁵⁸ Als ein Grund hierfür wird der fehlende individuelle Nutzen für die Gesundheitsprofessionen angeführt. Zudem scheinen viele der Leistungserbringer die wachsende Transparenz durch den vermehrten Austausch gar nicht als erstrebenswert zu empfinden.⁵⁹ Auch wenn die Anzahl der Vernetzungsbemühungen insgesamt bemängelt wird, ist das Phänomen der Wundnetze dennoch existent, wenngleich heterogen ausgeprägt und tendenziell fragil. Zur Schließung der beschriebenen Forschungslücken sind folgende Fragestellungen im Detail zu beantworten.

In einem ersten Schritt gilt es die Entstehung bzw. Evolution und die Zielsetzung von Netzwerken zur Wundversorgung durch die Beantwortung folgender Fragestellung nachvollziehen und verstehen zu können:

⁵⁵ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), S. 22.

⁵⁶ Vgl. Augustin (2012), S. 349; Küng (2010), S. 393.

⁵⁷ Vgl. Ex/Amelung (2019), S. 108.

⁵⁸ Vgl. Deeds/Hill (1999), S. 147.

⁵⁹ Vgl. Ex/Amelung (2019), S. 114.

Forschungsfrage 1: Warum entstehen Wundnetze unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren, welche Ziele verfolgen sie und wie lassen sie sich charakterisieren?

Bereits die Vernetzung einer Berufsgruppe, z. B. in einem Arztnetz, wird als schwieriges Unterfangen gewertet und scheitert in vielen Fällen an Neid, Trittbrettfahrerphänomenen oder schlicht an der Frustration der Beteiligten. Bei der Vernetzung verschiedener Berufsgruppen können zusätzlich Statusdenken und das Denken in engen Berufsbildern die Zusammenarbeit hemmen.⁶⁰ Bei den hier betrachteten Wundnetzen handelt es sich um freiwillige Netzwerke von heterogenen Partnern mit individuellen Ansichten, Motiven und Zielen, die nicht zuletzt durch die jeweilige Profession bedingt werden.⁶¹ Zur Verstetigung eines Netzwerks bedarf eines adäquaten Netzwerkmanagements, um alle Beteiligten und deren Fähigkeiten sinnvoll einzubinden, ohne dabei die individuellen Belange zu vernachlässigen und gleichzeitig die gemeinsamen Aktivitäten der verschiedenen Akteure im Sinne des Netzwerks zu planen, zu koordinieren und zu kontrollieren.⁶² Die zweite Forschungsfrage zielt darauf ab zu eruieren, wie die Wundnetze mithilfe von Managementinstrumenten die Strukturen und Akteursbeziehungen gestalten.

Forschungsfrage 2: Wie wird das Netzwerkmanagement in den Wundnetzen interpretiert und gestaltet?

Da Netzwerkorganisationen zudem von Natur aus eher dynamische denn statische Gebilde sind, unterliegen sie im Laufe der Zeit diversen Herausforderungen und Veränderungen.⁶³ Auch Netzwerkgebilde, -inhalte und -aktivitäten sind einem stetigen Wandel unterworfen und beeinflussen gleichzeitig die individuelle Bereitschaft zu kooperieren und sich zu engagieren.⁶⁴ Diese Veränderungen können netzwerkseitig intendiert sein oder emergent erfolgen, die Auswirkungen für das Netzwerk und die Akteure werden in beiden Fällen oftmals nicht antizipiert. Dies ist

⁶⁰ Vgl. Bühler (2013), S. 8.

⁶¹ Vgl. Sydow (1995), S. 630 sowie Kapitel 3.1.1 dieser Arbeit.

⁶² Vgl. Hildebrandt et al. (2016), S. 65ff.; Mellewigt (2003), S. 74; Barringer/Harrison (2000), S. 368; Sydow/Windeler (1997), S. 150.

⁶³ Vgl. Ebers (1999).

⁶⁴ Vgl. Gazley (2016), S. 2.

jedoch zwingend notwendig, um die Netzwerkentwicklung seitens des Managements aktiv zu begleiten und Gegenmaßnahmen für mögliche Widerstände oder Probleme zu entwickeln. Entsprechend lautet die dritte Forschungsfrage:

Forschungsfrage 3: Wie verändern sich Wundnetzwerke im Laufe ihres Netzwerkgeschehens und lassen sich zentrale Veränderungsmomente herausstellen?

Die Beantwortung dieser Frage ermöglicht es gleichzeitig, die zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage erforderliche Beschreibung und Charakterisierung der Netzwerke nicht nur als schlichte Momentaufnahme zu belassen, sondern weiterführend die Entwicklung der Netzwerke zu berücksichtigen.

Bei der Durchsicht von Forschungsarbeiten zur Vernetzung allgemein und speziell im Gesundheitswesen fällt indes auf, dass sich eine Vielzahl dieser auf die digitale Vernetzung konzentrieren oder zumindest die Bedeutung informationstechnischer Möglichkeiten hervorheben. Der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien⁶⁵ (IKT) kann als Managementinstrument das Netzwerkmanagement dabei unterstützen, eine effiziente Steuerung und Koordination der Aktivitäten und des Informationsflusses zu ermöglichen.⁶⁶ Der Einsatz von IKT im Gesundheitsbereich wird von der WHO unter dem Begriff eHealth zusammengefasst.⁶⁷ Kurscheid und Eble (2016) sind gar der Meinung, dass weder eine bessere Zusammenarbeit der Professionen, noch eine Reorganisation der Verantwortlichkeiten allein es vermögen werden, gegenwertige und zukünftige Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen zu lösen, ohne den Gebrauch vorhandener informationstechnischer Lösungen.⁶⁸ Entsprechend werden primär die Möglichkeiten und der erwartete Nutzen von IKT hervorgehoben. Die Belege für einen positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität sind jedoch begrenzt und mögliche negative Auswirkungen rücken – bei aller Euphorie – in den Hintergrund. Auch wenn dies an dieser Stelle vorweggenommen wird, so sei dennoch betont, dass die Einführung einer gemeinsamen, organisationsübergreifenden IKT ein Ereignis darstellt, das

⁶⁵ Die Begriffe Informations- und Kommunikationstechnologie bzw. die Kurzform Informationstechnologie und Informationstechnik werden hier anlehnend an die englischen Begriffe communication and information technology (ICT) bzw. in der Kurzform information technology (IT weitgehend synonym verwendet. Vgl. hierzu die Ausführungen von Krömer (2015), S. 21f.

⁶⁶ Vgl. Lluch/Abadie (2013), S. 2; Haas (2006), S. 2.

⁶⁷ Vgl. World Health Organization (o.J.), S. 1.

⁶⁸ Vgl. Kurscheid/Eble (2016), S. 5.

mehr bewirkt als den digitalen Austausch und das Management von Patienteninformationen. Bereits innerhalb einer Organisation gehen damit Veränderungen der eigenen Arbeitsroutinen, Verhaltensweisen und der Zusammenarbeit einher.⁶⁹ Erschwerend kommt organisationsübergreifend hinzu, dass die Akteure sich freiwillig vernetzen und das Wundnetz parallel zur angestammten Tätigkeit bzw. Organisation existiert.

Die heutigen Möglichkeiten von IKT vermögen isoliert betrachtet zwar keine hinreichende Voraussetzung für ein Netzwerk sein, können aber bedeutend als Treiber für Vernetzungsinitiativen im Gesundheitswesen fungieren.⁷⁰ Dies berücksichtigend, zielt die vierte Forschungsfrage im Speziellen auf den Einsatz und die Auswirkungen von IKT in den Wundnetzen ab und bezweckt gleichzeitig das Aufzeigen möglicher Barrieren, wohlwissend, dass sich bei dieser Forschungsfrage Schnittmengen zu der zweiten und dritten Forschungsfrage ergeben.

Forschungsfrage 4: Wofür und in welchem Ausmaß nutzen die Wundnetze Informations- und Kommunikationstechnologien? Wie wirkt sich die Einführung dieser auf das Netzwerk und die Netzwerkmitglieder aus und welche Barrieren stehen der Einführung und Nutzung entgegen?

1.3 Aufbau der Arbeit

Um das formulierte Forschungsziel adressieren und die Forschungsfragen beantworten zu können, wird die Arbeit wie in Abbildung 1 dargestellt in sechs Kapitel gegliedert. Soweit dies möglich ist, wird darauf geachtet, die Darlegung der Argumentationskette vom Allgemeinen zum Speziellen zu verdichten.

Nach dieser Einleitung werden in **Kapitel 2** zunächst die Rahmenbedingungen von Wundnetzwerken beleuchtet. Das Kapitel beginnt mit der Darstellung der Versorgungssituation und Besonderheiten im deutschen Gesundheitswesen. Dies schließt einen Überblick über die derzeitigen gesetzlichen Möglichkeiten für besondere Versorgungsformen sowie eine erste Bestanderhebung zu vorhandenen

⁶⁹ Vgl. Doolin (2016), S. 353.

⁷⁰ Vgl. Kubitschke/Müller/Meyer (2017), S. 530; Dittmar/Wohlgemuth/Nagel (2009), S. 20.

Wundnetzen ein. Im Anschluss wird der Fokus auf den branchenübergreifenden Megatrend der Digitalisierung gelegt, um die sich daraus ergebenden Chancen und Herausforderungen für (potenzielle) Wundnetzwerke herauszuarbeiten.

Daran anschließend widmet sich das **Kapitel 3** den theoretischen und konzeptionellen Grundlagen. Diese sollen dazu beitragen, ein umfassendes Verständnis für die Entstehung, die Charakteristik sowie das Management für die im Zentrum dieser Arbeit stehenden Wundnetze zu ermöglichen. Um der dynamischen Entwicklung der Vernetzung gerecht zu werden, werden dabei Veränderungsmomente und hier vor allem die Einführung von Informations- und Kommunikationstechnologien betrachtet. Um den Forschungsprozess so nachvollziehbar wie möglich darzulegen, werden im Verlauf des 2. und 3. Kapitels auf Basis der jeweiligen Erkenntnisse Detailfragen aufgeworfen. Diese werden am Ende des 3. Kapitels in eine sinnvolle Struktur gebracht, indem sie den übergeordneten Forschungsfragen zugeordnet werden. Ergänzend werden hier forschungsleitende theoretische Vorannahmen formuliert, um trotz eines vorrangig explorativen Erkenntnisinteresses eine inhaltliche Fokussierung im Rahmen der anschließenden empirischen Studie sicherzustellen.

Eine vertiefte Erörterung der empirischen Analyse folgt in **Kapitel 4**. Hierbei werden zunächst Vorüberlegungen zur Methodenwahl und die Motivation für den gewählten qualitativen Forschungsansatz dargelegt. Nach einer ersten Übersicht über das Forschungsdesign folgt eine Erläuterung zu teilnehmenden Beobachtungen und leitfadengestützten Experteninterviews als eingesetzte Datenerhebungsinstrumente. Dabei werden auch die Stichprobenwahl, der Ablauf sowie die Auswertung des erfassten Datenmaterials dargestellt. Anschließend erfolgt zunächst eine ausführliche Darstellung und Interpretation der Ergebnisse. Das Kapitel schließt ab mit einer Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse, die in Beziehung zu den theoretisch hergeleiteten Annahmen gesetzt werden.

In **Kapitel 5** werden aus den Ergebnissen Problembereiche und Handlungsempfehlungen abgeleitet, wobei hierbei differenziert wird nach den Herausforderungen der Gründung und der Ausgestaltung der Wundnetzwerke. Im letzten **Kapitel 6** werden die zentralen Erkenntnisse der Arbeit dargelegt und die Untersuchung wird abschließend bewertet. Ferner wird ein Ausblick auf weiteren Forschungsbedarf gegeben.

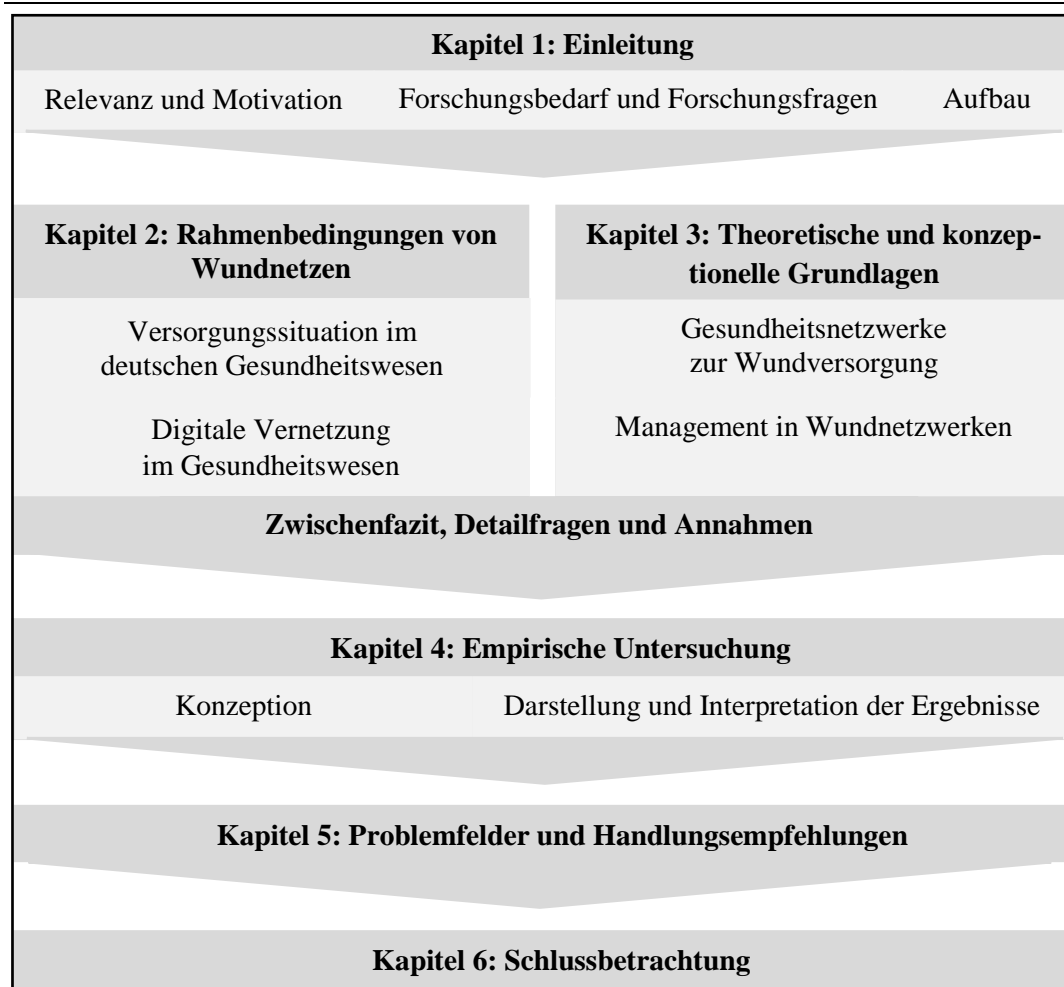


Abbildung 1: Aufbau der Arbeit

2 Rahmenbedingungen von Wundnetzwerken

Die Rahmenbedingungen von Wundnetzwerken bilden die Basis für das notwendige Verständnis zur Beantwortung der Forschungsfragen. Hierbei werden zunächst die allgemeine Versorgungssituation und die Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens dargelegt, um anschließend die gesetzlichen Möglichkeiten für besondere Versorgungsformen aufzuzeigen, einen ersten Überblick über die Existenz von Wundnetzen zu geben und abschließend den Fokus auf die Chancen der Digitalisierung in diesem Kontext zu lenken.

2.1 Versorgungssituation im deutschen Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch eine föderale Struktur, je nach Krankenkasse unterschiedliche Vertrags- und Vergütungsmodelle sowie eine starre Trennung von Sektoren.⁷¹ Die folgenden Ausführungen sollen zunächst einen Überblick schaffen, um den Kontext der im Rahmen dieser Arbeit fokussierten Wundnetzwerke besser erfassen und die anschließenden Darstellungen besser einordnen zu können. Einschränkend sei erwähnt, dass es sich dabei keineswegs um eine erschöpfende Betrachtung des Gesundheitswesens handeln soll.

2.1.1 Akteure im deutschen Gesundheitswesen

Zum Gesundheitswesen bzw. zu den meist synonym verwendeten Begriffen Gesundheitswirtschaft oder Gesundheitsversorgung⁷² zählen neben der ambulanten und stationären Versorgung und der Pflege, die Pharmaindustrie, die Medizintechnik und das Gesundheitshandwerk. Nachgelagerte Teilbranchen sind u. a. der Arzneimittelhandel und der Handel mit weiteren Gesundheitsgütern sowie gesundheitsrelevante Freizeit- und Tourismusangebote. Insgesamt wird die Gesundheitsbranche auch als Querschnittsbranche bezeichnet, da sie sich aus dem verarbeitenden Gewerbe und dem Dienstleistungssektor zusammensetzt und überdies Schnittstellen mit der IT-Branche (eHealth) und der Wohnungswirtschaft (Ambient Assisted

⁷¹ Vgl. Risse (2016), S. 22.

⁷² Vgl. Busse/Schreyögg (2017), S. 2. Der Begriff Gesundheitsversorgung (Health Care) wird tlw. etwas enger gefasst, indem hiermit die Versorgung durch Heilberufe assoziiert wird.

Living, Barrierefreiheit) hat.⁷³ Abbildung 2 verdeutlicht die Komplexität des Gesundheitswesens mit seiner Vielzahl an Akteuren anhand des Schichtenmodells nach Ostwald (2009).⁷⁴ Im Kern steht das Gesundheitswesen i. e. S. mit seiner ambulanten und stationären Versorgung. Die diesen Bereich umgebenden drei Schichten stellen die für den Kernbereich notwendigen Dienstleistungen und Produkte bereit. Der äußerste Bereich stellt den sog. zweiten Gesundheitsmarkt mit vorwiegend privatwirtschaftlich organisierten Randbereichen dar, wie Wellnesseinrichtungen oder gesundheitsfördernde Sport- und Freizeiteinrichtungen.⁷⁵



Abbildung 2: Schichtenmodell der Gesundheitswirtschaft⁷⁶

⁷³ Vgl. Brandt/Heinecke/Jung (2017), S. 54f.

⁷⁴ Vgl. Ranscht/Ostwald (2010), S. 33; Ostwald (2009), S. 9.

⁷⁵ Vgl. Ranscht/Ostwald (2010), S. 33f.

⁷⁶ In Anlehnung an Ostwald (2009), S. 9 als Weiterentwicklung der Gesundheitszwiebel nach Dahlbeck/Hilbert (2008), S. 3 des Instituts für Arbeit und Technik (IAT).

„Klassische“ Leistungserbringer sind Vertreter aller Gesundheitsberufe, die als Selbstständige oder Angestellte Leistungen im Bereich der Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege erbringen. Dazu zählen Ärzte, Krankenhäuser, Pflegekräfte, Apotheker, Physiotherapeuten, Logopäden, medizinische Fachangestellte (MFA) uvm.⁷⁷ Dabei gilt das Prinzip der Selbstverwaltung. Der Staat schafft zwar die Rahmenbedingungen, aber die Ausgestaltung obliegt den Leistungserbringern, die verpflichtet sind, Mitglied in der jeweils diese bei der Selbstverwaltung vertretenden Organisation (Körperschaft des öffentlichen Rechts) zu sein. So erfolgt bspw. die ärztliche Selbstverwaltung durch die Ärztekammern und für zugelassene Vertragsärzte zudem durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVn). Diese wiederum regeln und überwachen die Berufspflichten der Ärzte und verhandeln mit den Kostenträgern, d.h. mit Krankenkassen bzw. deren Verbänden.⁷⁸

2.1.2 Sektorale Trennung und Spezialisierung

Das Gesundheitswesen ist nicht nur geprägt durch unterschiedliche Akteure, sondern lt. Schwartz et al. (2012) auch durch das Prinzip der „Sektoralisierung der Funktion“, d. h. der Unterteilung in den ambulanten und stationären Sektor der Akutversorgung, der Rehabilitation und der Pflege als Aufgabenbereiche bzw. Gesundheitsleitungen.⁷⁹ Dabei basiert die traditionelle Modellvorstellung auf einem sequenziell stattfindenden Krankheitsverlauf mit den in Abbildung 3 aufgezeigten, nacheinander folgenden Aufgaben bzw. Versorgungsbereichen Kuration, Rehabilitation, Pflege und vorgeschaltet Prävention.⁸⁰ Walter et al. (2012) betonen, „[d]ieses Modell liegt den gegenwärtigen Leistungsgesetzen, Maßnahmen, Angeboten, Trägerschaften und Finanzierungen in Deutschland zu Grunde – mit der Konsequenz einer getrennten Organisation.“⁸¹

⁷⁷ Vgl. Georg (2011), S. 217; Henke et al. (2011), S. 47. Der Begriff Leistungserbringer findet sich als juristischer Begriff im vierten Kapitel des SGB V, wo die zugehörigen Personengruppen und die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern beschrieben werden. Auf eine unter juristische, tiefergehende Erörterung des Begriffs wird hier verzichtet.

⁷⁸ Vgl. Preusker (2015), S. 185f. und 196. In Deutschland gibt es 17 KVn, bis auf NRW mit zwei KVn in jedem Bundesland eine. Dies wird als korporatistisches Steuerungsmodell bezeichnet, da die LE und Kostenträger keine einzelnen Verhandlungen führen, sondern dies über Verbände organisieren, die die jeweiligen Interessen auf Landes- und Bundesebene vertreten. Vgl. hierzu Henke et al. (2011), S. 44f.

⁷⁹ Vgl. Schwartz et al. (2012), S. 244.

⁸⁰ Vgl. Walter/Schwartz/Plaumann (2012), S. 285.

⁸¹ Walter/Schwartz/Plaumann (2012), S. 285.

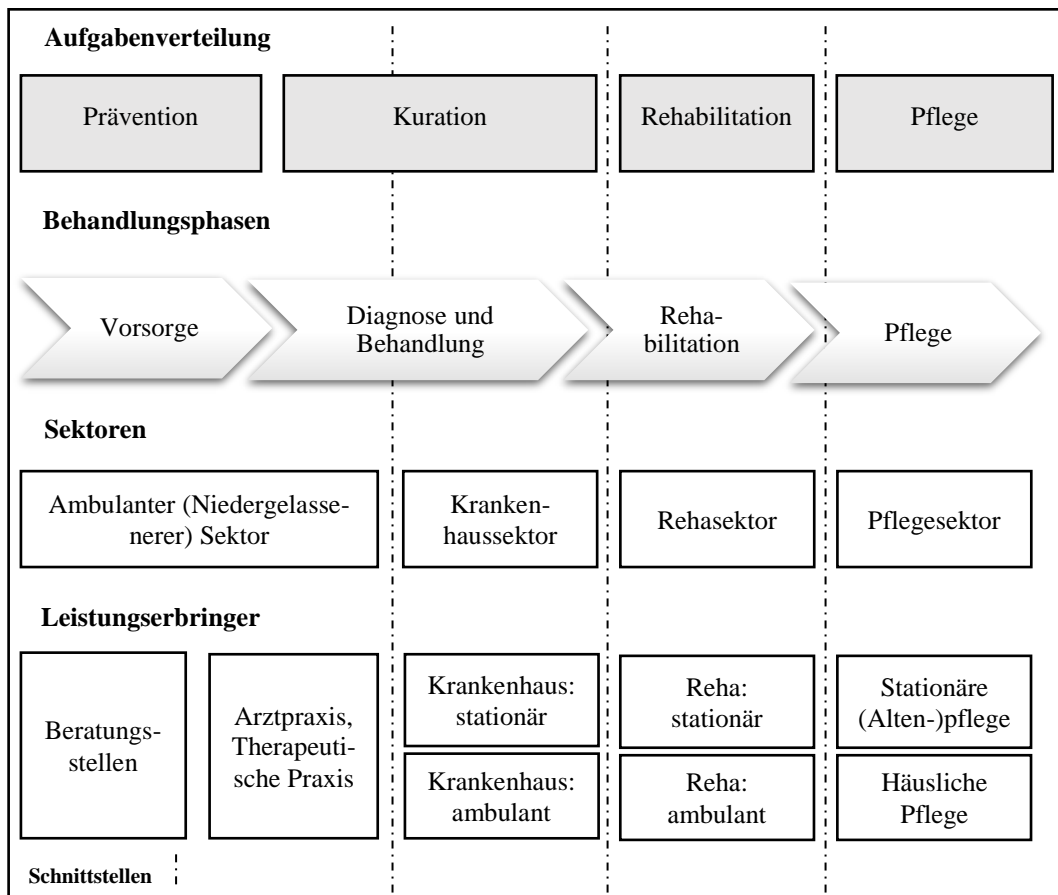


Abbildung 3: Sektorale Trennung im Gesundheitswesen⁸²

Während die Prävention durch entsprechende Vorsorgemaßnahmen darauf abzielt Erkrankungen zu verhindern, beinhaltet die Kuration die Diagnose und Behandlung bestehender Erkrankungen (Akutversorgung). Die Rehabilitation dient anschließend der Verbesserung oder Verhinderung physischer oder psychischer Einschränkungen und die Pflege zur (langfristigen) Unterstützung der Gesunderhaltung und Teilhabe.⁸³ Die Behandlung wird von unterschiedlichen Leistungserbringern durchgeführt und erfolgt ambulant oder stationär. Während Arztpraxen und Therapeutische Praxen klassischerweise dem ambulanten Sektor angehören, erfolgt die medizinische und pflegerische Versorgung im Krankenhaus vorwiegend stationär. Aber auch in Krankenhäusern ist die ambulante ärztliche Versorgung durchaus keine Seltenheit, z. B. in Notfallambulanzen, im Rahmen von ambulanten Operationen oder anderen ambulanten Behandlungen.⁸⁴ Die Rehabilitation sowie

⁸² In Anlehnung an Klemann (2007), S. 30.

⁸³ Vgl. Wernitz/Pelz (2015), S. 76.

⁸⁴ Vgl. Preusker (2015), S. 136f.

die Pflege können ambulant (häusliche Pflege) oder stationär (Pflegeheim) erfolgen. Dabei sind die autonomen Akteure für die voneinander abgrenzbaren Behandlungsschritte verantwortlich und betriebswirtschaftlich eigenständige, organisatorische Einheiten.⁸⁵

Den internen Versorgungsprozessen, wie bspw. innerhalb eines Krankenhauses, wird dabei eine gewisse Logik bescheinigt, externe Versorgungsketten über Sektoren und Leistungserbringer hinweg werden dagegen eher als „machtpolitisch interessant“ bezeichnet, häufig verknüpft mit dem Ziel „der sicheren Wahrung von Geschäftsfeldern und Vermeidung von transparenten und öffentlich zugänglichen Märkten und einem Benchmarking.“⁸⁶ Für die Patienten besonders heikel sind die Informations- und Kommunikationsabbrüche an den Schnittstellen der Sektoren.⁸⁷ Nicht zu vernachlässigen sind indes auch die Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern innerhalb eines Sektors, bspw. zwischen Haus- und Fachärzten im niedergelassenen Sektor, deren Überwindung insbesondere dann eine Herausforderung darstellt, wenn die Behandlung ein multidisziplinäres Zusammenwirken erfordert. Die Tatsache, dass die Anzahl der Facharzt Disziplinen inzwischen mit 106⁸⁸ beziffert wird, verdeutlicht, dass die deutsche Medizin hochspezialisiert ist und ein einzelner Arzt aufgrund der Komplexität der Diagnose und Therapie der zunehmenden Anzahl multimorbider und chronisch kranker Patienten nicht die Bandbreite der notwendigen Kompetenzen aufzubringen vermag. Spezialisierung an sich ist nichts Negatives, erlaubt diese eine arbeitsteilige Versorgung und ein differenziertes Leistungsangebot. Zu einem Problem wird sie, wenn der Spezialisierungsgrad derart hoch ist, dass ein zusammenhängender Behandlungsprozess ohne die aktive Mitwirkung der Akteure praktisch unmöglich wird.

Konkret bedeutet das im ambulanten Bereich, dass jeder Arzt nach dem Erstkontakt zunächst entscheiden muss, ob und welche Kollegen⁸⁹ in Bezug auf den individuellen Fall einzubeziehen sind, um dann an diese weiterzuleiten. Dies kann bereits eine psychologische Hürde darstellen, erfordert es das Eingeständnis, nicht die

⁸⁵ Vgl. Dietrich/Znotka (2017), S. 147.

⁸⁶ Weatherly/Knetsch (2017), S. 13.

⁸⁷ Vgl. Kurscheid/Eble (2016), S. 8.

⁸⁸ Lt. der Muster Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer sind in Deutschland 34 Facharzttrichtungen definiert. Allerdings sind diese Fachrichtungen wiederum in weitere Spezialgebiete unterteilt. So gibt es bspw. nicht nur den Chirurgen, sondern den Gefäßchirurgen, Herzchirurgen, Viszeralchirurgen uvm. Vgl. hierzu Bundesärztekammer (2018).

⁸⁹ Damit ist nicht ein namentlich genannter Kollege gemeint, sondern nur die Fachdisziplin. Dem Patienten steht die freie Arztwahl zu. Vgl. Busse/Blümel/Spranger (2017), S. 103.

erforderlichen Kompetenzen zu besitzen und die Bereitschaft, andere Fachdisziplinen zu Rate zu ziehen, statt als Solist zu agieren.⁹⁰ Da die erste Anlaufstelle der Patienten oft der Hausarzt ist, wird dieser damit indirekt zum Gatekeeper.⁹¹

Erfolgt dann eine Überweisung des Patienten an Kollegen oder ärztlich geleitete Einrichtungen, haben Ärzte lt. § 7 Abs. 7 der (Muster)Berufsordnung für Ärzte bei der Überweisung rechtzeitig die bereits erhobenen Befunde zu übermitteln und über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis der Patientinnen und Patienten vorliegt oder anzunehmen ist. Dies gilt insbesondere bei der Krankenhauseinweisung und –entlassung. Die Kommunikation und Informationsweitergabe zwischen den Ärzten findet dabei klassischerweise mittels Arztbriefen statt. Diese werden beschrieben als „Transferdokumente, die der Kommunikation zwischen zwei Ärzten dienen und Auskunft über den Gesundheitszustand des Patienten geben.“⁹² Der Inhalt des Arztbriefes hängt von den individuellen Umständen ab, tlw. gibt es auch Vorgaben, was berichtet werden sollte, insbesondere beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor. Das Problem ist jedoch, dass es an einer verpflichtenden, standardisierten Vorlage oder krankheitsspezifischen Überleitungsbögen fehlt. Dies führt dazu, dass jeder Akteur den Arztbrief inhaltlich unterschiedlich gestaltet und dieser für den weiterbehandelnden Akteur eher kryptisch, unübersichtlich und/oder interpretierbar denn informativ ist.⁹³ Hinzu kommt, dass diese Arztbriefe keinen direkten Austausch erlauben. Dies gilt auch für im Rahmen des Arztbriefes vorgeschlagene Behandlungen, die lediglich Empfehlungen und keinesfalls eine interdisziplinäre Diskussionsgrundlage darstellen.

Als Kommunikationsmedium zur Übermittlung der Arztbriefe stellt das Fax weiterhin ein wichtiges Medium dar. Untersuchungen zeigen, dass diese im niedergelassenen Sektor zu 80 % per Fax verschickt werden. Ca. 62 % setzen zusätzlich auf die Briefpost und nur 9 % verschicken sie per E-Mail. Der intersektorale Versand von Arztbriefen erfolgt sogar zu 70 % per Post, 64 % per Fax und 6 % per E-

⁹⁰ Vgl. Baas (2017), S. 309.

⁹¹ Das deutsche GKV-System hat jedoch kein vorgeschriebenes Gatekeeping-System, vielmehr haben die Versicherten nach §76 SGB V die freie Arztwahl. Auch niedergelassene Fachärzte können ohne eine Überweisung aufgesucht werden. Vgl. Busse/Blümel/Spranger (2017), S. 189f.

⁹² Deutscher Bundestag (2012), S. 26.

⁹³ Vgl. Erdogan-Griese (2010), S. 24.

Mail.⁹⁴ Dabei ist die Zustellung auf dem Postweg langsamer als die anderen Alternativen, die jedoch datenschutzrechtlich durchaus bedenklich sind. Inzwischen ist auch der Versand als eArztbrief über spezielle Programme möglich.

Werden andere, nicht-ärztliche Leistungserbringer wie ambulant Pflegende und Physiotherapeuten in die Behandlung eingebunden, arbeiten diese nur zu oder führen ärztlich erteilte Anordnungen aus. Dies entspricht dem in Deutschland vorherrschenden, klassischen Bild der arztzentrierten Versorgung. Nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen können zwar durch die Patienten auch ohne ärztliche Anordnung bzw. Überweisung aufgesucht werden, allerdings wird die Leistung durch die GKV dann nicht vergütet, sondern muss privat bezahlt werden.⁹⁵ Auch Rehabilitationsmaßnahmen können ärztlich verordnet bzw. befürwortet werden. Je nach Fall entscheidet hier der zuständige Sozialversicherungsträger über die Bewilligung.⁹⁶

Für jeden Patienten bzw. dessen Erkrankung ergeben sich im Behandlungsverlauf dabei unterschiedliche Schnittstellen und damit auch Schwierigkeiten. Idealerweise sollte die Abfolge von Leistungen auf das jeweilige Krankheitsbild zugeschnitten und gesteuert werden.⁹⁷ Dies ist insbesondere sinnvoll, wenn die Erkrankung ein abgestimmtes Zusammenwirken verschiedener Sektoren und Professionen erfordert.⁹⁸ Getrennte Versorgungs- und Kapazitätsplanungen, unterschiedliche rechtliche Regelungen und Interessensvertretungen, fehlender Informationsaustausch zwischen den Sektoren und Leistungserbringern, dürftiger Datenaustausch und unterschiedliche Vergütungsregelungen stehen dem jedoch entgegen.⁹⁹ Bei einem Krankheitsbild wie der chronischen Wunde, an deren Therapie häufig viele Akteure unterschiedlicher Sektoren beteiligt sind, ist ein unkoordiniertes Vorgehen mit Informationsverlusten und Kommunikationsabbrüchen an den Schnittstellen nicht nur finanziell betrachtet schädlich, sondern vor allem für die Patienten problematisch.¹⁰⁰ Um dies tiefergehend darzulegen, widmet sich der nächste Abschnitt nach dem allgemeinen Überblick über die Organisation des Gesundheitswesens, im Speziellen der Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Wunden.

⁹⁴ Vgl. Ärztezeitung (2017), o.S.

⁹⁵ Vgl. Busse/Blümel/Spranger (2017), S. 194.

⁹⁶ Vgl. hierzu die Ausführungen des Bundesministerium für Gesundheit (2018), o.S.

⁹⁷ Vgl. Weatherly/Knetsch (2017), S. 15.

⁹⁸ Vgl. Weatherly/Knetsch (2017), S. 44.

⁹⁹ Vgl. Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (2019), S. 55f.

¹⁰⁰ Vgl. Dietrich/Znotka (2017), S. 142f.

2.1.3 Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Wunden

Eine Vielzahl der in Abschnitt 2.1.1 aufgeführten Akteure ist auch für die Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden wichtig, wobei alleine aus dem Kernbereich des Gesundheitswesens routinemäßig ärztliche, pflegerische und weitere therapeutische Maßnahmen notwendig werden. Je nach Wundart bzw. Grunderkrankung bedarf es dabei unterschiedlicher Behandler.¹⁰¹ Hinsichtlich der Diagnose und Therapiezielklärung ist zunächst eine ärztliche Konsultation notwendig. Hausärzte (Allgemeinärzte) stellen im Vergleich zu anderen ärztlichen Berufsgruppen dabei die meisten wundrelevanten Diagnosen.¹⁰² Auch (niedergelassene) ärztliche Spezialisten wie Angiologen, Chirurgen, Diabetologen, Dermatologen oder Phlebologen können und sollten bei Bedarf für die Diagnose und/oder die Therapie herangezogen werden. Eine wichtige Rolle bei der Behandlung nehmen weiterhin Pflegekräfte¹⁰³ ein, sowie Physio- und Lymphtherapeuten, Orthopädietechniker, Podologen, Ernährungsberater, Sanitätshäuser und Apotheker.¹⁰⁴ Häufig kann bei chronischen Wundpatienten eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich sein. Laut Daten der PMV Forschungsgruppe der Universität zu Köln war im Jahr 2012 bei 66 % ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig.¹⁰⁵

Abbildung 4 zeigt eine von Experten erarbeitete und, „[a]usgehend von der These, dass eine möglichst frühe Intervention bei den Patienten zu einer schnelleren Diagnose und Therapie führt, die ihre Situation erleichtert“¹⁰⁶, vermeintlich optimierte Versorgungsstruktur eines Patienten mit einer Wunde der Art *Ulcus cruris*,¹⁰⁷ der beim Hausarzt, Facharzt oder einem Wundzentrum¹⁰⁸ vorstellig wird.

¹⁰¹ Vgl. Augustin (2012), S. 349.

¹⁰² Vgl. Köster/Schubert (2015), S. 117.

¹⁰³ Pflegekraft ist ein Sammelbegriff für Berufe aus dem Pflegebereich und umfasst neben Krankenpflegern z. B. Altenpfleger oder medizinisch-technische Angestellte (MTA) uvm.

¹⁰⁴ Vgl. Storck et al. (2019), S. 391-395. Die Autoren zeigen die Therapieschritte und -ziele sowie die empfohlenen Behandler je nach Wundart auf.

¹⁰⁵ Vgl. Köster/Schubert (2015), S. 120ff. Datenbasis n = 3.639 Patienten mit chronischen Wunden. Insgesamt bei 43 % aller Patienten wurde zudem eine häusliche Krankenpflege verordnet. Der Anteil derjenigen, die allgemein auf Pflegedienstleistungen (Geld- und Sachleistungen sowie stationäre Pflege) angewiesen waren, lag bei knapp 63 %.

¹⁰⁶ Vgl. Storck et al. (2019).

¹⁰⁷ *Ulcus cruris* (offenes Bein) bezeichnet eine tiefe Wunde (Geschwür) am Unterschenkel. Ursache ist meist eine Durchblutungsstörung.

¹⁰⁸ Z. B. in einem sog. Wundzentrum der WZ-WundZentren GmbH, die sich als Spezialpraxen für die ambulante Wundversorgung verstehen und lt. eigener Angaben mit ärztlichen Wundspezialisten im Rahmen einer Partnerschaft zusammenarbeiten oder in spezialisierten Abteilungen in Krankenhäusern, die sich z. B. als Wundzentrum, Wundambulanz, Zentrum für Wundmedizin, oder Comprehensive Wound Center (CWC) bezeichnen.

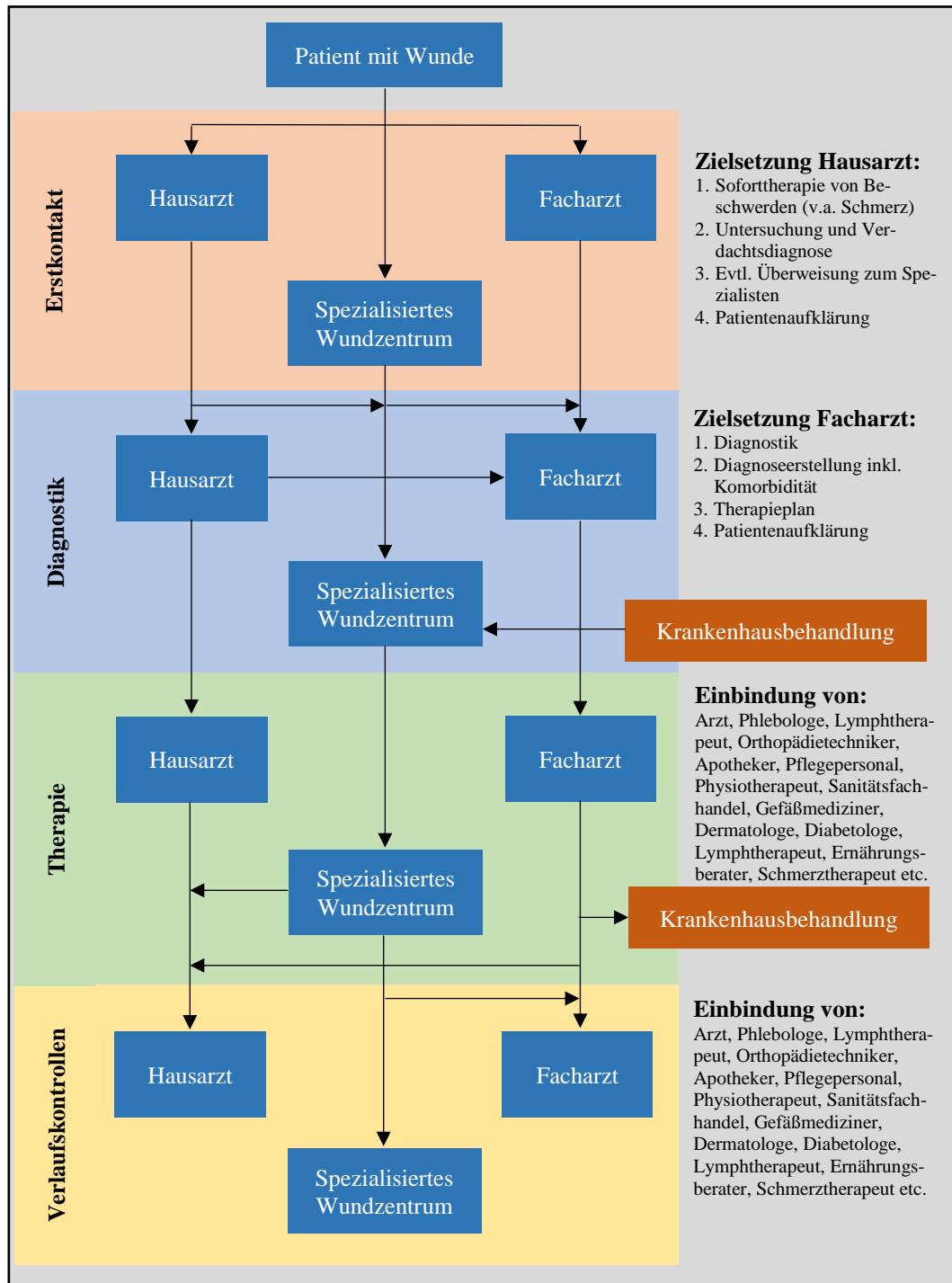


Abbildung 4: Optimierte Versorgung chronischer Wunden (mit Indikation: Ulcus cruris)¹⁰⁹

Im Idealfall erfolgt nach dem Erstkontakt zunächst die Diagnostik anhand von bestehenden Standards¹¹⁰ durch den behandelnden Arzt oder bei fehlenden Möglichkeiten oder Kompetenzen durch einen ärztlichen Kollegen. Daran anschließend

¹⁰⁹ In Anlehnung an Storck et al. (2019), S. 396.

¹¹⁰ Es existiert jedoch kein allgemeingültiger Standard.

sollte eine leitlinienkonforme¹¹¹ Therapieplanung, inkl. der Versordnung von Heil- und Hilfsmitteln, mit den in Abbildung 5 dargestellten Behandlungsbausteinen erfolgen.

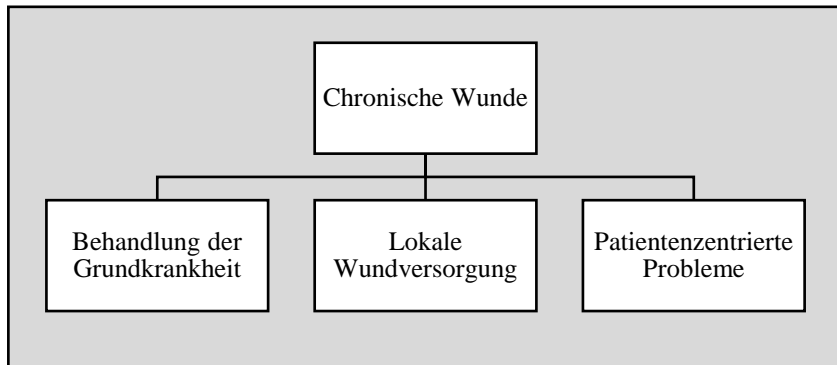


Abbildung 5: Bausteine der Behandlung chronischer Wunden¹¹²

Die Behandlung der Grundkrankheit zielt dabei auf die Bekämpfung der Wundursache und wird auch als Kausaltherapie bezeichnet. Hierzu zählen z. B. gefäßchirurgische Eingriffe oder Kompressionstherapien.¹¹³ Die lokale Wundversorgung erfolgt begleitend zu der Kausaltherapie und umfasst die Beurteilung und Überwachung der Wundvorgeschichte, der physischen Merkmale (Lokalisation, Größe, Aussehen etc.) und die an den Wundheilungsphasen orientierte Wundtherapie (Wundreinigung und Wundauflagen).¹¹⁴ Zudem können patientenbezogen weitere Interventionen wie eine Schmerztherapie, eine Bewegungsförderung oder auch Schulungen zur Unterstützung des Selbstmanagements hilfreich sein.¹¹⁵

Da die Therapie je nach Wundart und Grunderkrankung komplex ist, erfordert sie – wie erwähnt und in der Abbildung 4 vermerkt – viele Leistungserbringer mit unterschiedlichen Kompetenzen. Bereits innerhalb des ersten Jahres werden laut einer Studie des Universitätsklinikums Eppendorf durchschnittlich fünf verschiedene ärztliche Disziplinen und vier nicht ärztliche Berufe für eine leitliniengerechte

¹¹¹ Es gibt jedoch nicht eine universelle, verbindliche Leitlinie, sondern von unterschiedlichen Institutionen/Fachgesellschaften, Experten und Berufsgruppen herausgegebene „Empfehlungen“. Eine Übersicht hierzu findet sich z. B. bei Panfil (2015), S. 74. Leitlinien zu speziellen Gesundheitsproblemen sind zwar unter dem Gesichtspunkt der Arzthaftung grundsätzlich zu berücksichtigen, allerdings schließt dies ein Abweichen von diesen nicht aus. Vgl. hierzu Wüstefeld (2016), S. 71.

¹¹² In Anlehnung an Sibbald et al. (2003), S. 25.

¹¹³ Vgl. Daumann (2016), S. 73.

¹¹⁴ Vgl. Dissemond et al. (2017), S. 85. Die Wundreinigung kann z. B. chirurgisch (Debridement) oder mechanisch erfolgen.

¹¹⁵ Vgl. Storck et al. (2019), S. 394.

Wundversorgung benötigt.¹¹⁶ Dabei obliegen den Akteuren im Rahmen der Wundbehandlung unterschiedliche, gesetzlich geregelte Verantwortungsbereiche. Grundsätzlich tragen Ärzte die diagnostische und therapeutische Verantwortung.¹¹⁷ Tätigkeiten der Behandlungspflege wie bspw. der Verbandswechsel können jedoch an eine (meist) unterstellte Instanz delegiert werden. Da im Rahmen der lokalen Wundbehandlung der Verbandswechsel einen Großteil der Behandlungszeit einnimmt, betrifft dies zumeist medizinisch-pflegerisches Personal im Krankenhaus, der Arztpraxis oder auch im Pflegeheim, dem wiederum die Durchführungsverantwortung auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung obliegt, so dass hier auch von einer vertikalen Arbeitsteilung gesprochen wird.¹¹⁸ Dies entbindet den delegierenden Arzt jedoch nicht von der Überwachungsverantwortung, also der Pflicht zur Aufsicht und Kontrolle des Delegationsempfängers.¹¹⁹ Umso wichtiger ist es für den Delegierenden, die Kompetenzen des medizinisch-pflegerischen Personals zu kennen und beurteilen zu können.¹²⁰ Da im Rahmen der Ausbildung zumeist nur Grundkenntnisse der Wundbehandlung gelehrt werden, bieten unterschiedliche Institutionen entsprechende Fortbildungen und Zertifizierungen an, die eine adäquate Qualifizierung signalisieren können. Eine der bekanntesten ist die Initiative für Chronische Wunden (ICW), bei der sich meist Pflegekräfte, aber auch Ärzte zum *Wundexperten ICW* fortbilden und zertifizieren lassen können.¹²¹ Solchen (pflegerischen) Wundexperten kommt in der Praxis eine große Bedeutung zu, da diese vielfach als sog. Wundmanager oder Wundberater agieren und Ärzte ambulant sowie stationär im Rahmen von Wundkonsilen beraten, wobei der Arzt weiterhin die Diagnose- und Therapieverantwortung trägt.¹²² Häufig sind solche Wundexperten

¹¹⁶ Vgl. Diener et al. (2017), S. 548.

¹¹⁷ Im Rahmen der Wunddiagnose erfolgen die Erfassung der Grunderkrankung, die Wundklassifikation sowie deren Kodierung nach ICD-10 (International Code of Diseases: Internationale statistische Klassifikation für Diagnosen von Krankheiten).

¹¹⁸ Vgl. von Reibnitz/Skowronsky (2018), S. 163f.; Jungbecker (2016), S. 20. Laut des Expertenstandards "Pflege von Menschen mit chronischen Wunden" sind Pflegefachkräfte jedoch dazu verpflichtet, darauf hinzuweisen, falls die ärztliche Verordnung nicht dem aktuellen Wissensstand entspricht und dies auch zu dokumentieren. Vgl. hierzu Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2015), S. 43.

¹¹⁹ Hiermit verbunden ist die grundsätzliche zivilrechtliche und sozialrechtliche Haftung des Arztes. Vgl. hierzu den kurzen Überblick bei Wüstefeld (2016).

¹²⁰ Vgl. von Reibnitz/Skowronsky (2018), S. 164.

¹²¹ Vgl. Osterloh (2014), S. 30 sowie den Internetauftritt der Fachgesellschaft „Initiative für chronische Wunden e. V.“, URL: <https://www.icwunden.de/>.

¹²² Vgl. Protz (2019), S. 261.

auch bei Homecare-Unternehmen¹²³ bzw. beim Sanitätsfachhandel beschäftigt. Wiedemann und Bohnet-Joschko (2019) stellen in Bezug auf Pflegeheime fest, dass hier oftmals der gesamte Wundversorgungsprozess vom Versorgungsvorschlag bis zur Kommunikation mit den Ärzten und der Materialbereitstellung im Wesentlichen von solchen, bei Homecare-Unternehmen beschäftigten Wundmanagern gesteuert wird.¹²⁴

Da chronische Wunden meist über einen langen Zeitraum bestehen, bedarf es nach der Diagnostik und Ersttherapie regelmäßiger Verlaufskontrollen. Panfil et al. (2002) ermitteln gar eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 6,7 Jahren, wobei die Spannweite zwischen 3 Wochen und 45 Jahren beträgt.¹²⁵ Im Rahmen einer Literaturanalyse kommen Augustin und Sommer (2020) in Hinblick auf spezifische Wundarten zu leicht abweichenden Zeiträumen und ermitteln in Deutschland eine mittlere Zeit bis zur Abheilung von 4 Jahren für einen Diabetischen Fußulcus, von 6 Jahren für einen Dekubitus und von 5,4 Jahren für einen Ulcus cruris.¹²⁶ Ideal wäre es, wenn sich die verschiedenen Behandler in dieser Zeit über den Behandlungsverlauf austauschten und im Sinne des Patienten koordiniert sowie standardisiert vorgehen.

In der Realität jedoch wird die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland als unzureichend angesehen. Unabhängig voneinander agierende Leistungserbringer, unterschiedliche Behandlungsmaßstäbe, fehlende oder missachtete Verordnungen und während der langen Behandlungsdauer zwischen den Sektoren und Leistungserbringern unkoordiniert hin und her wechselnde Patienten, münden in einer Fehl- oder Unterversorgung. Aus Untersuchungen von Dierner et al. (2017) geht z. B. hervor, dass allein im Rahmen der ärztlichen Behandlung nur etwa bei der Hälfte der Wundpatienten ein Facharzt konsultiert wird, obwohl

¹²³ Laut des Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed) bezeichnet Homecare „(...) die Versorgung von Patienten mit medizinischen Hilfsmitteln, Verbandmitteln sowie medizinischer Ernährung zu Hause und in Pflege- oder Altenheimen. Homecare-Versorgung ist stets mit produkt- und patientenspezifischen Dienstleistungen verbunden und nicht zu verwechseln mit der Versorgung durch ambulante Pflegedienste zu Hause oder im Pflegeheim.“ Bundesverband Medizintechnologie e.V. (2014), S. 2.

¹²⁴ Vgl. Wiedemann/Bohnet-Joschko (2019), S. 739f. Dabei handelt es sich eher um eine emergente Wundversorgungsstruktur, da diese Wundmanager so nicht im System vorgesehen sind und für ihre Intervention nicht vergütet werden. Solche externen Wundmanager werden vielmehr über das Rezeptmanagement finanziert. D.h. sie werden über den Einstieg Wundversorgung zum Komplettversorger der Pflegeeinrichtung und beliefern diese mit Medizinprodukten.

¹²⁵ Vgl. Panfil et al. (2002), S.172.

¹²⁶ Vgl. Augustin/Sommer (2020), S. 421.

Hausärzte, die zumeist Allgemeinmediziner sind, in den meisten Fällen weder die Sicherheit noch die entsprechende Qualifizierung für dieses Krankheitsbild besitzen.¹²⁷ In Anbetracht dessen, das mit ca. 80% der Großteil der chronischen Wunden vaskulärer¹²⁸ Herkunft ist, wäre in diesen Fällen bspw. eine gefäßmedizinische Diagnostik und Betreuung angebracht.¹²⁹

Das in der alltäglichen Praxis über alle Berufsgruppen existierende Problem der uneinheitlichen Diagnose, Therapieplanung und letztlich auch Behandlung chronischer Wunden, lässt sich nicht zuletzt auch auf das Fehlen eines allgemeingültigen Diagnose- und Behandlungsstandards zurückführen. Weiterhin werden ein besserer Informationsaustausch und ein koordinierter Behandlungsprozess maßgeblich durch die in Deutschland vorherrschende und im vorherigen Abschnitt bereits dargestellte sektorale Trennung und Spezialisierung gehemmt. Dabei wäre eine Umwandlung der Schnittstellen in Nahtstellen, mit einer besseren Verzahnung aller eingebundenen Leistungserbringer in Anbetracht der Komplexität und Langwierigkeit chronischer Wunden für eine schnelle Wundheilung bedeutend.¹³⁰ Vor diesem Hintergrund erscheint es einleuchtend, dass die *Arbeitsgruppe Versorgungsstruktur* zwingend empfiehlt, die Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden im Rahmen von Versorgungsnetzwerken zu vollziehen, in denen verschiedene Professionen und Disziplinen sektorenübergreifend partnerschaftlich und auf Augenhöhe kooperieren.¹³¹ Auf Augenhöhe bedeutet auch, dass das vorherrschende hierarchische Verhältnis zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Professionen aufgelöst werden müsste.¹³² Aber allein durch die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten der Gesundheitsberufe entsteht unweigerlich eine hierarchische Ordnung im Gesundheitswesen, die sich nicht wegdiskutieren oder ausräumen lässt. Die ärztlichen Professionen tragen die Diagnose- und Therapieverantwortung und leiten die Patienten im System weiter. Bereits dieses Hierarchiegefälle erschwert eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe.¹³³

Die vorherrschenden Strukturen behindern aber nicht nur eine mögliche Zusammenarbeit und damit auch eine mögliche Bündelung von Kompetenzen, sondern

¹²⁷ Vgl. Diener et al. (2017), S. 552.

¹²⁸ Die Blutgefäße betreffend.

¹²⁹ Vgl. Diener et al. (2017), S. 549f.

¹³⁰ Vgl. von Reibnitz (2015), S. 513; Obrist (2013), S. 157.

¹³¹ Vgl. Storck et al. (2019), S. 389.

¹³² Vgl. Ex/Amelung (2019), S. 116.

¹³³ Vgl. Koch/Schmiemann/Gerhardus (2017), S. 126.

begünstigen die zuvor erwähnten Informations- und Kommunikationsabbrüche. Um zumindest die Weiterbehandler über den Behandlungsverlauf zu informieren, könnten die Akteure Wundüberleitungsbögen nutzen, die von verschiedenen Institutionen angeboten werden, aber nicht verpflichtend sind. Solche Wundbögen bieten den Vorteil, dass diese indikationsspezifisch (im besten Falle) einen besseren Überblick erlauben und informativer sind als Arztbriefe. Aber auch diese Kommunikationsform ist letztlich einseitig und zeugt nicht von einem miteinander, unabhängig davon, über welches Kommunikationsmedium der Überleitungsbogen weitergeleitet wird. Wie bei der Wundversorgung selbst, fehlt es auch hier an einem Standard, wie und was dokumentiert und berichtet werden sollte, auch wenn einzelne Initiativen versuchen, durch eine Konsensbildung zumindest die Informationsabbrüche an den Schnittstellen zu verhindern. Ein Beispiel hierfür ist das Projekt „eWundbericht“ an der Hochschule Osnabrück, die für einen standardisierten Wundüberleitungsbogen werben, dessen Berichtstruktur gemeinsam mit Fachgesellschaften entwickelt wurde und der den Arztbrief um spezifische Informationen ergänzen soll. Im Idealfall erfolgt der Versand dabei elektronisch und könnte durch die Einbindung in die bestehende IT-Landschaft durch die Weiterbehandler sogar fortgeführt werden.¹³⁴

Die angedeuteten unterschiedlichen Vergütungsregelungen der Sektoren und Professionen tragen ihr Übriges dazu bei, dass Krankheitsbilder nicht als Ganzes betrachtet werden und ein abgestimmtes Zusammenwirken im Rahmen der Wundversorgung fördern, sondern jeder Akteur seine individuellen, abrechenbaren Teilleistungen im Blick haben muss, da nicht das Gesamtergebnis bzw. die Ergebnisqualität belohnt wird.¹³⁵ Damit die unterschiedlichen Vergütungsregelungen klarer werden, gilt es, auch diesen wichtigen Aspekt näher auszuführen.

2.1.4 Finanzierung des Gesundheitswesens und der Wundversorgung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist in Deutschland der Hauptversicherungsträger und versicherte im Jahr 2015 über 69 Mio. Personen. Etwas mehr als 9 Mio. Personen waren in diesem Zeitraum in der privaten Krankenversicherung

¹³⁴ Vgl. Przysucha (2020).

¹³⁵ Vgl. Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (2019), S. 55f.

(PKV) versichert.¹³⁶ Von den Gesundheitsausgaben in Höhe von 390,6 Milliarden Euro im Jahr 2018 entfielen jedoch nur knapp 57 % auf die GKV und etwa 9 % auf die PKV. Die restlichen Ausgaben entfielen auf die sonstigen Sozialversicherungsträger,¹³⁷ die privaten Haushalte, die Arbeitgeber und die öffentlichen Haushalte (Vgl. Abbildung 6).

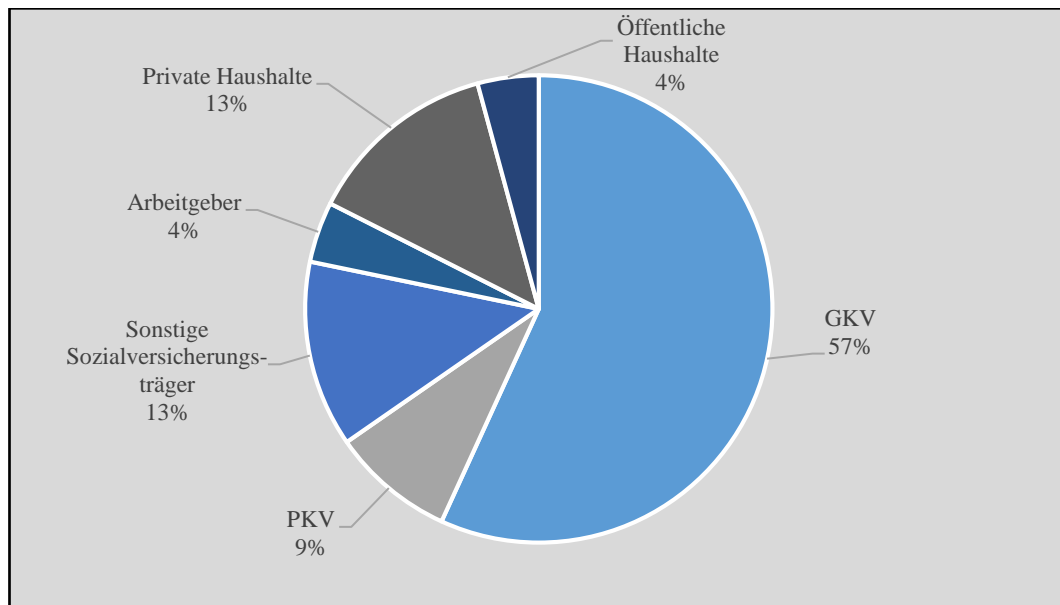


Abbildung 6: Ausgabenträger von Gesundheitsausgaben (2018)¹³⁸

Versicherte in der GKV haben aufgrund geleisteter Versicherungsbeiträge¹³⁹ einen Leistungsanspruch und können Leistungen direkt bei den Leistungserbringern nachfragen, allerdings erfolgt die Vergütung im Innenverhältnis von Leistungserbringern und GKV.¹⁴⁰ Anders verhält es sich bei der PKV, da die Versicherten hier die Bezahlung einer nachgefragten Leistung selbst vornehmen, aber aufgrund eines Versicherungsvertrages mit einer PKV je nach vereinbarten Versicherungskonditionen eine Kostenerstattung beantragen können.¹⁴¹

¹³⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2019a), S. 108. Ergebnisse des Mikrozensus 2015 - Bevölkerung am Hauptwohnsitz von zur Krankenversicherung befragten Personen. Die restlichen Personen waren nach eigenen Angaben nicht versichert, machten keine Angaben oder hatten sonstige Ansprüche auf Krankenversorgung.

¹³⁷ Hierbei handelt es sich um die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung.

¹³⁸ Eigene Darstellung. Datengrundlage: Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (2020), S. 101, auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes. Unter „Sonstige Sozialversicherungsträger“ fallen die gesetzliche Unfall- und Rentenversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung.

¹³⁹ Hinzu kommt der Beitrag seitens des Arbeitgebers.

¹⁴⁰ Vgl. Preusker (2015), S. 83f.

¹⁴¹ Vgl. Preusker (2015), S. 95.

Die Vergütungsformen unterscheiden sich je nach Sektorenzugehörigkeit der Leistungserbringer bzw. der Institutionen und sind weitestgehend inkompatibel. Vordergründig lassen sich folgende Vergütungsformen differenzieren, die auch unterschiedliche Anreize für die Leistungserbringung zur Folge haben:

- (1) *Einzelleistungsvergütung*: Diese Art der Honorierung, bei der ein spezifisches Produkt oder eine erbrachte bzw. verordnete Leistung vergütet wird, erhalten z. B. Apotheken und Sanitätsfachhandel, die Pharmaindustrie, Physiotherapeuten, Ärzte im Rahmen der PKV oder der Berufsgenossenschaft. Die Leistungserbringer stehen hier im direkten Wettbewerb und versuchen die Menge an Produkten bzw. erbrachten Leistungen auszuweiten.
- (2) *Fallpauschalen*: Hierbei wird pro Behandlungsfall eine diagnose- und prozedurabhängige Pauschale gezahlt. Hierzu gehören die für Krankenhäuser DRG-basierten¹⁴² Fallpauschalen oder Fallpauschalen für Reha-Kliniken. Dies schafft den Anreiz möglichst viele Fälle zu generieren, dabei aber die Leistungen je Fall möglichst gering zu halten.
- (3) *Kopfpauschalen*: Die Art der Vergütung entspricht dem klassischen KV-System, d.h. es wird von den Krankenkassen eine fixe Pauschale für jeden Versicherten im System festgelegt. Aus den Kopfpauschalen errechnet sich das regionale Gesamtbudget, das von den KVen verwaltet wird und aus dem die niedergelassenen Ärzte je erbrachter Leistung¹⁴³ gemäß der Vergütungskataloge für Ärzte von der zuständigen KV entlohnt werden, wobei hier abrechenbare Obergrenzen (Regelleistungsvolumen) vorgegeben sind. Auch diese Art der Vergütung schafft den Anreiz die Anzahl der Patienten zu maximieren, dabei aber gleichzeitig den Aufwand pro Patient so gering wie möglich zu halten.¹⁴⁴

¹⁴² DRG = Diagnosis Related Groups, d.h. Bildung von medizinisch-ökonomischen Patientenklassifikationssystemen mit ähnlichen Merkmalen (Hauptdiagnose, Alter, eventuelle Komplikationen etc.). Vgl. hierzu Busse/Blümel/Spranger (2017), S. 139-149.

¹⁴³ Die Ärzte rechnen hierzu Punkte nach dem Katalog zur Behandlung GKV-Versicherter ab (gemäß dem Einheitlichen-Bewertungs-Maßstab (EBM)). Hier sind verschiedene Gebührenordnungspositionen mit Einzelleistungen, Leistungskomplexen oder Pauschalen enthalten. Vgl. weiterführend Graf von Stillfried/Erhart/Czihal (2019), S. 20-26.

¹⁴⁴ Vgl. Walendzik/Wasem (2019), S.8-11; Dittrich (2017), Folie 9. Bei der Darstellung der Vergütungsformen handelt es sich im Rahmen dieser Arbeit um eine stark komprimierte Form, um die Unterschiedlichkeit der Vergütungsformen aufzuzeigen. Eine ausführliche Betrachtung findet sich z. B. bei Busse/Blümel/Spranger (2017).

(4) Angestellte Ärzte sowie medizinisch-pflegerisches Personal sind von den obigen Vergütungsformen nicht betroffen, sondern beziehen generell ein *vertraglich festgelegtes Gehalt*, so dass diese tendenziell versuchen werden, die Anzahl der Patienten und der Leistungen möglichst gering zu halten.¹⁴⁵

Diese Vergütungsformen und die separierte Betrachtung der behandlungsrelevanten Teilbereiche erschweren die ganzheitliche Bewertung von Krankheitsbildern. Eine Übertragung dieser Vergütungsgrundsätze auf die chronische Wunde soll nachfolgend die Inkompatibilität der Vergütungsformen verdeutlichen und das Problem greifbarer machen. Dafür bietet es sich an, soweit es möglich und sinnvoll ist, konkrete Zahlen anzuführen.

Die jährlichen Gesamtkosten pro Patient mit chronischer Wunde werden, wie bereits eingangs verdeutlicht, zwischen 9.060 Euro und ca. 10.000 Euro beziffert.¹⁴⁶ Davon wird der Großteil der Kosten von der Krankenversicherung getragen. In Abschnitt 2.1.3 wurde darauf hingewiesen, dass bei ca. 66 % der Patienten mit chronischen Wunden im Jahr 2012 ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig war.¹⁴⁷ Insofern überrascht es auch nicht, dass ein Großteil der Kosten für die Wundversorgung auf den Krankenhausesektor entfällt. Während die Kosten für den stationären Krankenhausaufenthalt lt. Berechnungen von Purwins et al. (2010) mit knapp 3.570 Euro etwa 37,3 % der Gesamtkosten ausmachen¹⁴⁸, kommen Augustin et al. (2014) hier auf 3.387 Euro bzw. 37,4 % der Gesamtkosten.¹⁴⁹ Werden nur die Kosten berücksichtigt, die von der GKV getragen werden, steigt der prozentuale Anteil auf knapp 49 % (Purwins et al.) bzw. 44 % (Augustin et al.) an. Die Verteilung der Kosten nach Kostengruppen wird in Abbildung 7 beispielhaft anhand der Daten von Purwins et al. (2010) aufgezeigt, wobei es sich bei den berücksichtigten Kosten von 7.330 Euro um die jährlichen Durchschnittskosten eines gesetzlich versicherten Ulcus cruris Patienten handelt, die direkt von der GKV getragen werden.

¹⁴⁵ Vgl. Walendzik/Wasem (2019), S.11; Busse/Blümel/Spranger (2017), S. 149f.

¹⁴⁶ Vgl. Aykaç (2017), S. 630; Krensel/Gutknecht (2016), S. 10. Anzumerken ist hierbei jedoch, dass es sich um die jährlichen Gesamtkosten handelt, die sich zusammensetzen aus den direkten Kosten, die zu einem Großteil von den Krankenversicherungen getragen werden und zu einem kleinen Teil von den Patienten, und den indirekten Kosten (wirtschaftliche Folgekosten).

¹⁴⁷ Vgl. Köster/Schubert (2015), S. 120ff.

¹⁴⁸ Vgl. Purwins et al. (2010), S. 100. Datengrundlage: 218 Patienten aus 23 spezialisierten Wundzentren in Deutschland, mit einem Ulcus cruris venosum (offenes Bein, venös).

¹⁴⁹ Vgl. Augustin et al. (2014), S. 289. Datengrundlage: 502 Patienten aus dem Raum Hamburg, mit einem Ulcus cruris (offenes Bein).

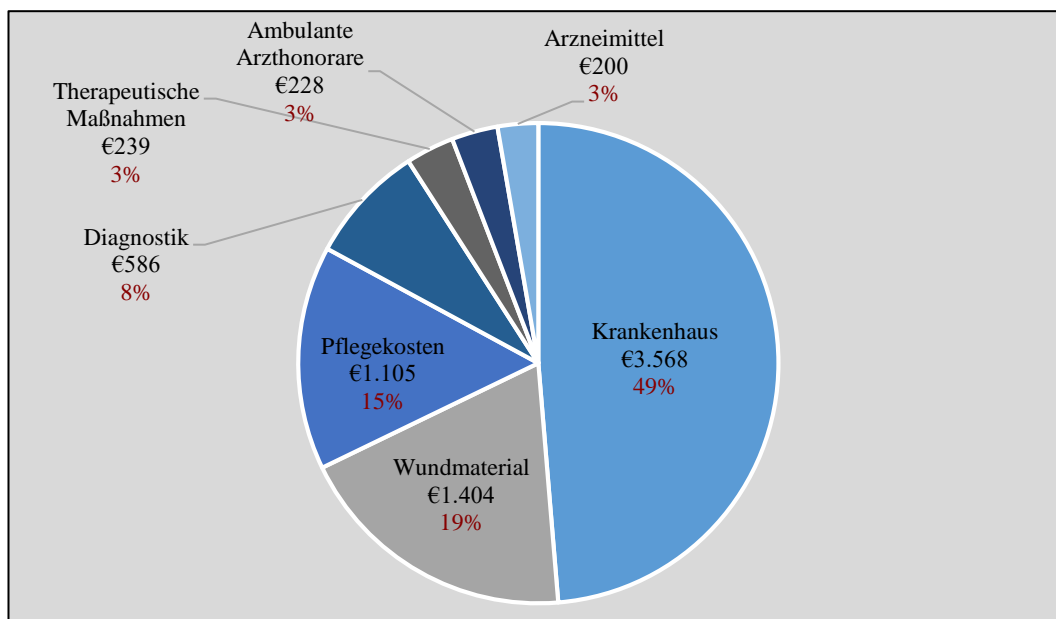


Abbildung 7: Direkte jährliche Kosten für die GKV für die Behandlung eines chronischen Wundpatienten nach Kostengruppen¹⁵⁰

Weitere bedeutende Kostenfaktoren sind das Wundmaterial¹⁵¹ (19 %) und die ambulanten Pflegekosten (15 %). Krankenhäuser beziehen die Wundauflagen und weitere Verbandsmittel und ebenso die Arzneimittel¹⁵² (3 %) über den Klinikeinkauf oder eine (Klinik-) Apotheke und bekommen die Kosten im Rahmen der Behandlungspauschale erstattet. Niedergelassene Ärzte hingegen müssen diese verordnen und die Kosten vermindern das sog. budgetierte Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandsmittel.¹⁵³ Wird das vereinbarte Richtgrößenvolumen um mehr als 25 % überschritten, kann dem Arzt Regress drohen. Der Sanitätsfachhandel und die Apotheken wiederum finanzieren sich über den jeweiligen Rezeptwert.

Die Vergütungen von ambulanten Pflegediensten variieren je nach Bundesland und Krankenkasse.¹⁵⁴ So erhielten Pflegedienste im bundesweiten Durchschnitt inkl. einer Wegepauschale bspw. 10 Euro je Verbandswechsel für gesetzlich versicherte Patienten.¹⁵⁵

¹⁵⁰ Eigene Darstellung. Datengrundlage: Purwins et al. (2010), S. 100. Basis: 218 Patienten aus 23 spezialisierten Wundzentren in Deutschland, mit einem Ulcus cruris venosum (offenes Bein, venös).

¹⁵¹ Dazu zählen bspw. Wundverbände, sonstige Verbandstoffe, Kompressen, Hydrogele etc.

¹⁵² Z. B. Antibiotika oder Schmerzmittel.

¹⁵³ Vgl. Protz (2019), S. 255. Die Verordnungsfähigkeit ergibt sich aus der jeweils aktuellen Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Hilfsmittel wie orthopädische Hilfsmittel, Kompressionsstrümpfe etc. unterliegen jedoch keinem Budget.

¹⁵⁴ Vgl. Gehoff (2019), S. 598.

¹⁵⁵ Vgl. Protz (2019), S. 85.

Unberücksichtigt bleiben in der obigen Kostenkalkulation die Kosten von in Pflegeheimen untergebrachten Personen mit einer chronischen Wunde.¹⁵⁶ Von den in 2015 mehr als 783.000 in Pflegeheimen untergebrachten Pflegebedürftigen, litten laut Erhebungen 6,6 % aller untersuchten Bewohner an einer chronischen Wunde.¹⁵⁷ Die diagnostische und therapeutische Verantwortung obliegt auch hier ärztlichen Leistungserbringern, wobei die lokale Wundbehandlung weitestgehend an das im Pflegeheim angestellte Pflegepersonal delegiert wird.¹⁵⁸ Für die Unterbringung im Pflegeheim wird je nach Pflegegrad von der Pflegeversicherung eine feste Pauschale erstattet, der restliche Beitrag ist privat aufzubringen. Einzelne Leistungen des Pflegepersonals, wie der Verbandswechsel, sind damit abgegolten und werden nicht wie im ambulanten Bereich einzeln vergütet, sind damit auch schwieriger zu erfassen. Die Versorgung mit Wundmaterial und Medikamenten erfolgt weiterhin personenbezogen über eine ärztliche Verordnung. Da das bewohnerbezogene Versorgungsmanagement im Allgemeinen und das Wundmanagement im Speziellen zeitaufwendig sind, arbeiten Pflegeheime mit den angesprochen externen Wundmanagern zusammen, die bei Homecare-Unternehmen beschäftigt sind. Diese übernehmen oft den gesamten Wundversorgungsprozess der Bewohner, sind aber im System nicht vorgesehen und werden für ihre Intervention auch nicht vergütet. Solche externen Wundmanager werden vielmehr über das Rezeptmanagement finanziert. D.h. sie werden über den Einstieg Wundversorgung zum Komplettversorger der Pflegeeinrichtung und beliefern diese mit Medizinprodukten.¹⁵⁹

Während die Kosten für die Diagnostik laut der Kostenberechnungen 8 % der von der GKV getragenen Kosten ausmachen, fallen die behandlungsrelevanten ambulanten Arzthonorare (3 %) im Vergleich zu den anderen Kosten weniger ins Gewicht. Wie ausgeführt rechnen die niedergelassenen Haus- und Fachärzte ihre Leistungen gemäß der Vergütungskataloge für Ärzte (EBM für gesetzlich und GOÄ für privat Versicherte) ab.¹⁶⁰ So kann der Arzt im Rahmen der Diagnostik z. B. eine

¹⁵⁶ Es ist davon auszugehen, dass keine Patienten aus Pflegeheimen einbezogen wurden, zumindest deutet weder in der Studie von Purwins et al. noch in der von Augustin et al. etwas darauf hin.

¹⁵⁷ Vgl. Wiedemann/Bohnet-Joschko (2019), S. 737.

¹⁵⁸ In Pflegeheimen erfolgt die ärztliche Versorgung vorwiegend durch Hausärzte im Rahmen von Hausbesuchen.

¹⁵⁹ Vgl. Wiedemann/Bohnet-Joschko (2019), S. 739f. Dadurch entstehen nicht intendierte, emergente Wundversorgungsstrukturen.

¹⁶⁰ Im EBM wird die Wundversorgung im Abschnitt II 2.3 (kleinchirurgische Eingriffe) aufgeführt. Die Abrechnungsmöglichkeiten in der GOÄ sind differenzierter und erlauben mehr abrechnungsfähige Leistungen.

Angiografie, einen Allergietest oder andere geeignete Diagnoseverfahren abrechnen.¹⁶¹ Die Leistungsabrechnung der anschließenden Behandlung, soll an einem Beispiel verdeutlicht werden: Für die Behandlung eines gesetzlich versicherten Ulcus cruris Patienten (Wunde am linken Unterschenkel), dessen Wunde versorgt und verbunden wird, anschließend beidseitig eine intermittierende apparative Kompressionstherapie durchgeführt und dann beidseitig ein Kompressionsverband angelegt wird, kann lt. EBM 25,65 Euro abgerechnet werden (Stand 2019)¹⁶², wobei delegierbare Leistungen nicht vom Arzt persönlich erbracht werden müssen. Unberücksichtigt bleiben der zeitliche Aufwand sowie der Behandlungserfolg. Weiterhin sind die ärztlichen Behandlungskosten gedeckelt.¹⁶³ In der Konsequenz wird bemängelt, dass Behandlungen von chronischen Wundpatienten angesichts des enormen Behandlungsaufwandes, der geringen Vergütung und der Budgetbelastungen für niedergelassene Ärzte rein finanziell nicht lukrativ sind.¹⁶⁴

Auch die Kosten für therapeutische Maßnahmen spielen mit 3 % der Gesamtkosten eine eher untergeordnete Rolle. Hierzu zählen bspw. die Einbindung eines Physio- oder Lymphtherapeuten, die vom Arzt gemäß der aktuell gültigen Heilmittelverordnung als Heilmittel¹⁶⁵ verordnet werden und ebenso dessen budgetiertes Ausgabenvolumen reduzieren.¹⁶⁶ Der Physio- oder Lymphtherapeut wiederum erhält für seine erbrachte Leistung, die mit einer Regelbehandlungszeit belegt ist, eine Vergütung entsprechend der aktuellen Heilmittelpreisliste.¹⁶⁷

Die Ausführungen verdeutlichen erneut, dass die für eine erfolgreiche Wundbehandlung benötigten Akteure auf unterschiedliche Art und Weise vergütet werden und sich daraus nicht miteinander harmonisierende Interessenslagen ergeben, die einer kooperativen Wundversorgung entgegenstehen können.

¹⁶¹ Vgl. Augustin et al. (2014), S. 286.

¹⁶² Vgl. Springer Medizin (2019), S. 21. Ziffern: 02312 + 2 x 30401 + 2 x 02313. Für einen privat Versicherten wäre für dieselbe Leistung lt. GOÄ (Stand 2019) 65,83 Euro abrechenbar.

¹⁶³ Vgl. Augustin et al. (2014), S. 291.

¹⁶⁴ Vgl. Goepel et al. (2015), S. 18.

¹⁶⁵ Allgemein sind Heilmittel persönlich zu erbringende medizinische Leistungen durch entsprechende Leistungserbringer.

¹⁶⁶ Hier gibt es allerdings Ausnahmen (besonderer Versorgungsbedarf), die vom G-BA beschlossen und aktualisiert werden.

¹⁶⁷ Werden festgelegt im Rahmen von Verhandlungen des GKV-Spitzenverbands und der Heilmittelverbände nach § 125b SGB V. Für eine manuelle Lymphdrainage mit einer Regelbehandlungszeit von 60 Minuten werden bspw. 51,23 Euro vergütet (Stand 01.07.2019).

2.1.5 „Megatrends“ als Herausforderungen für das Gesundheitswesen

Den aufgezeigten Rahmenbedingungen stehen branchenübergreifende Megatrends gegenüber, die die strukturell bedingten Probleme im deutschen Gesundheitswesen verstärken, aber auch eine Chance zur Abmilderung dieser darstellen können. Zu diesen auch auf das Gesundheitswesen wirkenden Megatrends zählen insbesondere der demografische Wandel, die Singularisierung, die Urbanisierung und die Digitalisierung.¹⁶⁸

Demografischer Wandel: Gemessen an der Gesamtbevölkerung steigt der Anteil älterer Menschen in Deutschland, hauptsächlich bedingt durch eine nach wie vor geringe Geburtenrate und eine steigende Lebenserwartung.¹⁶⁹ Mit steigendem Alter nehmen (altersbezogene) Erkrankungen sowie chronische Erkrankungen zu, oft verbunden mit Multimorbidität, was sich unweigerlich auf die Nachfragestruktur nach Gesundheitsleistungen auswirkt und nach einer bedarfsgerechteren Steuerung der Gesundheitsversorgung verlangt.¹⁷⁰ Da mit zunehmenden Alter ferner der Pflegebedarf steigt, gilt dies insbesondere für die Verknüpfung des stationären und/oder niedergelassenen Sektors mit ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Experten prophezeien zudem, dass durch den demografischen Wandel und der allgemeinen Zunahme von Grunderkrankungen, wie peripheren Gefäßerkrankungen und Diabetes, die Entstehung von schwer abheilenden Wunden maßgeblich begünstigt wird.¹⁷¹

Mit steigendem Alter erhöhen sich wie in Abbildung 8 aufgezeigt die Gesundheitsausgaben immens.¹⁷² Während im Jahr 2015 die Bevölkerung im Alter von 65 – 84 mit ca. 15,1 Mio. nur 18 % der Gesamtbevölkerung ausmachte, lagen die Gesundheitsausgaben in dieser Altersgruppe mit 122,2 Mrd. Euro bei 36 % der Gesamtausgaben und bei den über 85-Jährigen mit einem Anteil von 3 % an der Gesamtbevölkerung bei 13 % der Gesamtausgaben. Die Pro-Kopf Krankheitskosten

¹⁶⁸ Vgl. PwC (2018), S. 17.

¹⁶⁹ Vgl. Fiedler/Grünheid/Sulak (2017), S. 1.

¹⁷⁰ Vgl. Gerlach (2018), Folie 4; Reiners (2019), S. 3; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 53; Knieps/Amelung/Wolf (2012), S. 12.

¹⁷¹ Vgl. Augustin/Sommer (2020), S. 421; Koch/Schmiemann/Gerhardus (2017), S. 121.

¹⁷² Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 53f. und 455; Kurscheid/Eble (2016), S. 5; Reiners (2012), S. 379ff.

lagen bei den 65 – 84-Jährigen bei 8.130 Euro, während sie sich bei den über 85-Jährigen mit 19.460 Euro mehr als verdoppelten.¹⁷³

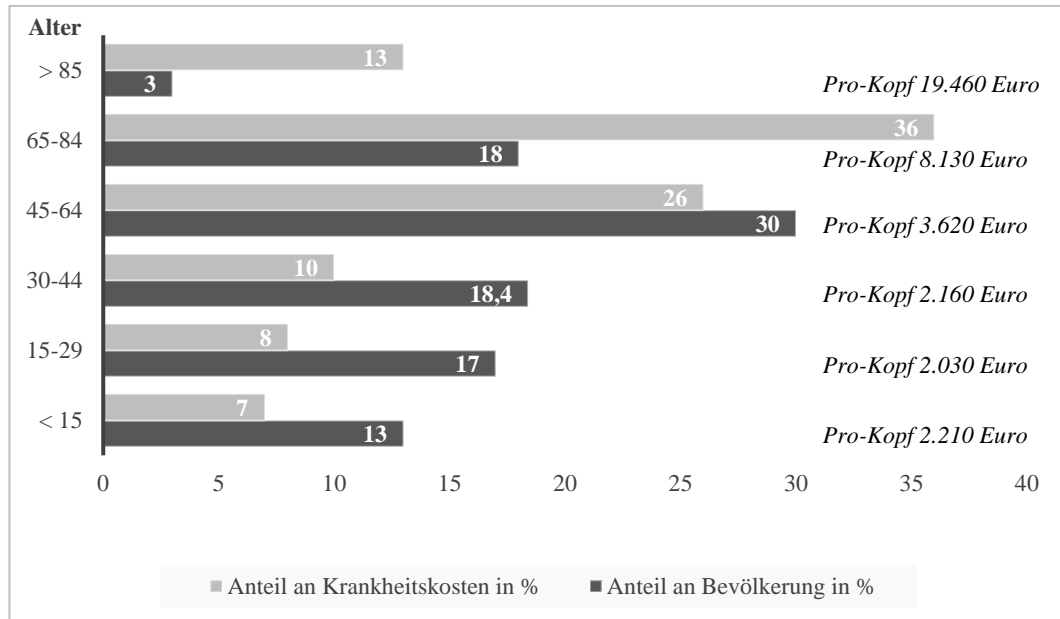


Abbildung 8: Krankheitskosten nach Altersgruppen (Jahr 2015)¹⁷⁴

Durch die Veränderung der Altersstruktur nimmt unterdessen die Anzahl an Personen ab, die in die Sozialversicherungssysteme einzahlen, sowohl in absoluten Zahlen als auch in Relation zu den Nichtzahlern, wodurch die Mittel zur Finanzierung des Gesundheitssystems stetig knapper werden.¹⁷⁵ Gleichzeitig wirkt sich die Alterung der Gesellschaft negativ auf das Angebot an Arbeitskräften im Gesundheitssystem aus, sodass der steigenden Nachfrage ein schrumpfendes Arbeitskräftepotenzial entgegensteht und eine zunehmende Überlastung des Ärzte- und Pflegepersonals unvermeidlich ist.¹⁷⁶

Singularisierung – Lebensform der Vereinzelung: Nicht nur die Altersstruktur verändert sich zunehmend, sondern auch die Sozialstruktur. Es zeigt sich eine

¹⁷³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2020); Statistisches Bundesamt (2022). Die Krankheitskosten umfassen dabei ebenso wie die Gesundheitsausgaben alle Kosten, die mit der Prävention, Behandlung, Rehabilitation sowie Pflege verbunden sind.

¹⁷⁴ Eigene Berechnungen und Darstellung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes.

¹⁷⁵ Vgl. Graf von Stillfried/Erhart/Czihal (2019), S. 30; Eble (2009), S. 3.

¹⁷⁶ Vgl. PwC (2018), S. 17; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 54.

zunehmende Singularisierung, wobei dieser Trend insbesondere bei älteren Menschen zu beobachten ist.¹⁷⁷ In Deutschland lebten 2018 knapp 17 Millionen Menschen in Singlehaushalten, wobei von diesen mehr als 5,8 Millionen und damit 35 % über 65 Jahre waren.¹⁷⁸ Aus dem Alleinleben resultiert mit zunehmendem Alter der Bedarf an externen Unterstützungsangeboten, da familiäre Unterstützungssysteme im Alter aufgrund weggezogener oder nicht vorhandener Kinder oder anderweitiger Angehöriger häufig wegfallen.¹⁷⁹ So sind ältere Menschen nach medizinischen Behandlungen aufgrund des altersbedingten, tendenziell länger andauernden Genesungsprozesses meist pflege- und versorgungsbedürftig. Fehlen familiäre Unterstützungssysteme, steigt der Bedarf an organisierten und koordinierten Versorgungskonzepten und Pflegearrangements.¹⁸⁰

Urbanisierung: Der insgesamt steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen stehen angebotsseitige Veränderungen gegenüber. So führt die anhaltende Landflucht zu einem Mangel von sog. Landärzten, da junge Ärzte lieber in größeren Städten leben und arbeiten möchten.¹⁸¹ In der Konsequenz kommt es zu einer Unterversorgung in ländlichen Regionen, dafür tlw. aber zu einer fachärztlichen Überversorgung in Ballungsgebieten.¹⁸² Ähnliches ist in der Altenpflege zu beobachten. Um dennoch Gesundheitsfachkräfte für ländliche Regionen zu gewinnen und die Gesundheitsversorgung sicherzustellen, setzen die regionalen Verantwortlichen auf finanzielle Anreize oder eine Unterstützung während des Studiums.¹⁸³ Der SVR hält zudem „gerade in ländlichen Regionen eine Bündelung aller Kräfte durch sektorenübergreifende multiprofessionelle Versorgungsmodelle für angezeigt (...).“¹⁸⁴

Digitalisierung: Die Digitalisierung und die neuen Technologien sind inzwischen in allen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Bereichen angekommen und beeinflussen unser tägliches Leben. Digitalisierung bezeichnet ursprünglich „die

¹⁷⁷ Vgl. Knieps/Amelung/Wolf (2012), S. 13.

¹⁷⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (2019), S. 105.

¹⁷⁹ Vgl. Schnurr (2011), S. 9; Bäcker et al. (2010), S. 365.

¹⁸⁰ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014), S. 499; Gödecker-Geenen/Nau (2000), S. A2674.

¹⁸¹ Vgl. Graf von Stillfried/Erhart/Czihal (2019), S. 30; PwC (2018), S. 20; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014), S. 564.

¹⁸² Vgl. Gerlach (2018), Folie 4.

¹⁸³ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014), S. 564.

¹⁸⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014), S. 347.

Umwandlung analoger Informationen in digital gespeicherte und genutzte Informationen.“¹⁸⁵ Informationen werden dadurch jederzeit und überall mittels Informations- und Kommunikationstechnologien verfügbar und können verteilt und weiterverarbeitet werden.

Die digitale Entwicklung ist auch im Gesundheitswesen ein bedeutendes Thema. Videobasierte Sprechstunden, digitale Patientenakten oder automatisierte diagnostische Medizinprodukte gibt es bereits und auch die Politik versucht das Thema verstärkt voranzubringen.¹⁸⁶ Im Vergleich mit anderen Branchen zeigt sich aber, dass der Digitalisierungsgrad im Gesundheitswesen nach wie vor gering ist.¹⁸⁷ Baierlein (2017) identifiziert dafür u. a. folgende Gründe:

- Hohe regulatorische Hürden aufgrund einer starken Fragmentierung des Gesundheitswesens (Sektoren, Kostenträgervielfalt, viele Akteure)
- Personalintensive Branche mit notwendigem Arzt/Pflege – Patientenverhältnis, Substitution schwierig
- Schutz hochsensibler Patientendaten
- Hürden in der Anfangsphase durch hohe Anschaffungskosten und geringe Akzeptanz der Mitarbeiter
- Mögliche Vorteile entfalten sich erst spät und ein (möglicher) Nutzen aus der Digitalisierung wird nicht (direkt) monetär belohnt bzw. refinanziert
- Fehlende Digitalisierungsstrategie
- Medizinische Behandlungsmethoden oder neue Medikamente, die greifbarer sind, haben eine höhere Priorität als die Implementierung digitaler Technologien¹⁸⁸

Dabei bietet die Digitalisierung unzweifelhaft viele Chancen für das Gesundheitswesen. Insofern ist es nicht überraschend, dass sich eine Vielzahl an Veröffentlichungen auf die informationstechnische Vernetzung im Gesundheitswesen konzentrieren oder zumindest die Bedeutung informationstechnischer Möglichkeiten hervorheben. Um den wichtigen Stellenwert der Digitalisierung und der damit

¹⁸⁵ Vgl. Baierlein (2017), S. 1.

¹⁸⁶ Vgl. Jorzig/Sarangi (2019), S. 3.

¹⁸⁷ Vgl. Baierlein (2017), S. 5.

¹⁸⁸ Vgl. Baierlein (2017), S. 6f.

verknüpften Informations- und Kommunikationstechnologien für das Gesundheitswesen und diese Arbeit hervorzuheben, wird diesem hier nur angerissenen Aspekt in Abschnitt 2.2 ein eigenes Kapitel gewidmet, das diese Chancen und die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten aufschlüsselt, aber auch die damit einhergehenden Herausforderungen thematisiert.

2.1.6 Vernetzte Versorgungsformen als Alternative zur Regelversorgung

Doch zunächst soll der Blick auf die aufgeworfenen Vernetzungsinitiativen gelenkt werden oder genauer auf sektorenübergreifende multiprofessionelle Versorgungsmodelle, die als vermeintlich innovative Organisationsformen immer wieder anklingen, um den aufgezeigten Megatrends und den sich darauf ergebenden Herausforderungen zu begegnen. Die durch die Megatrends verstärkten Herausforderungen einerseits, aber auch die Chancen durch die neuen technischen Möglichkeiten andererseits, steigern den Druck auf das Gesundheitssystem, effektivere und effizientere Versorgungsszenarien zu entwickeln.¹⁸⁹ Diese Szenarien bzw. Strategien zielen in erster Linie darauf ab, dem siloartigen Aufbau durch eine integrierte(re) Gesundheitsversorgung zu begegnen.¹⁹⁰

Um die Versorgungskontinuität (*continuity of care*) zu verbessern, versucht die Politik durch verschiedene Initiativen kooperative Versorgungskonzepte zu forcieren. Im Folgenden werden zunächst einige dieser gesetzlich verankerten, vernetzten Versorgungsmodelle aufgezeigt. Leistungserbringende Akteure in der Wundversorgung entwickeln aus verschiedenen Gründen auch außerhalb dieser Möglichkeiten alternative Kooperationsmodelle. Um eine grobe Einordnung dieser Aktivitäten und deren Relevanz vornehmen zu können, erfolgt eine erste Bestandaufnahme über Vernetzungsaktivitäten in der Wundversorgung.

2.1.6.1 Gesetzliche Verankerung vernetzter Versorgungsformen

„Die Optimierung der Schnittstellen zwischen den Versorgungssektoren gehört zu den bedeutendsten Herausforderungen der Gesundheitspolitik.“¹⁹¹ Entsprechend versucht der Gesetzgeber seit Ende der 1980er Jahre die sektorenübergreifende Versorgungskoordination durch verschiedene gesundheitspolitische Reformen und

¹⁸⁹ Vgl. Aguirre-Duarte (2015), S. 67.

¹⁹⁰ Vgl. Kreyher (2001), S. 45f.

¹⁹¹ Amelung (2012a), S. 328.

gesetzliche Verankerungen zu verbessern, die über die kollektivvertragliche Regelversorgung hinausgehen und auf freiwilliger Basis Selektivverträge zwischen Krankenkassen - ohne die Zwischenschaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) - und einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern erlauben, um den oben aufgezeigten Herausforderungen besser begegnen zu können.¹⁹² Gleichzeitig können und sollen Selektivverträge durch die Aufweichung des streng regulierten Gesundheitsmarktes (vgl. hierzu die Ausführungen zur Finanzierung in Abschnitt 2.1.4 und zu den Marktmechanismen in 3.1.2.3) und des Verhandlungs- und Vertragsmonopols der KVen den Wettbewerb zwischen Leistungserbringern sowie zwischen Krankenkassen stimulieren.¹⁹³ Dies umfasst innerhalb des Behandlungsmarktes den Wettbewerb um Patienten bzw. innerhalb des Versicherungsmarktes um Versicherungsnehmer und insgesamt den Wettbewerb um die aus eigener Sicht jeweils günstigsten Vertragskonditionen.¹⁹⁴

Dabei lösen Selektivverträge das Kollektivvertragssystem an sich nicht ab. Vielmehr bieten sie den Krankenkassen die Möglichkeit, einzelne kollektivvertragliche Leistungen zu substituieren oder ihren Versicherten darüber hinausgehende Leistungen anzubieten, indem sie mit einzelnen Leistungserbringern oder mit einer Gruppe von Leistungserbringern bilaterale Verträge schließen.¹⁹⁵ Werden im Rahmen von Selektivverträgen kollektivvertragliche Leistungen substituiert, bedarf es anschließend einer Bereinigung des kollektivvertraglich zur Verfügung stehenden Budgets um die im Rahmen von Selektivverträgen erbrachten Leistungen.¹⁹⁶

Zu den gesetzlich formulierten Möglichkeiten von Selektivverträgen gehören im wesentlichen *Modellvorhaben*, die *Besondere Versorgung*, die *hausarztzentrierte Versorgung* und *strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme)*. Die Leitidee ist bei allen die Verbesserung der Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung, indem neue Versorgungskonzepte erprobt werden, bei denen sich die Arbeitsteilung stärker an den Patientenbedürfnissen ausrichten soll.¹⁹⁷ Die vertraglichen Rahmenbedingungen können die Parteien innerhalb der gesetzlichen Möglichkeiten individuell aushandeln.

¹⁹² Vgl. Goepel et al. (2015), S. 18; Tscheulin/Rost (2001), S. 341.

¹⁹³ Vgl. Albrecht et al. (2010), S. 21.

¹⁹⁴ Vgl. Albrecht et al. (2010), S. 19.

¹⁹⁵ Vgl. Paquet (2011), S. 11 und 24.

¹⁹⁶ Vgl. Graf von Stillfried/Erhart/Czihal (2019), S. 26ff.; Busse/Blümel/Spranger (2017), S. 75. Das Verfahren dieser Bereinigung wird vom Bewertungsausschuss festgelegt.

¹⁹⁷ Vgl. Oehme (2019), S. 11; Paquet (2011), S. 24.

Modellvorhaben zielen auf eine Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen ab. Sie sind auf 8 Jahre begrenzt und eine wissenschaftliche Auswertung ist verpflichtend. Angestrebt wird insbesondere auch die Erprobung von Aufgabenneuverteilungen zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen gemäß der aktuellen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), wobei Diagnose und Indikationsstellung weiterhin der ärztlichen Verantwortung obliegen.¹⁹⁸ Um insbesondere regionale Versorgungsbedarfe zu decken, bietet die *Besondere Versorgung* Krankenkassen die Möglichkeit, mit unterschiedlichsten Vertragspartnern Verträge abzuschließen.¹⁹⁹

Zur Stärkung der hausärztlichen Grundversorgung und effizienteren Nutzung vorhandener Ressourcen, gibt es die Möglichkeit einer *Hausarztzentrierten Versorgung*. Hierbei können sich Versicherte (auf freiwilliger Basis) verpflichten, einen vorab festgelegten Vertragsarzt als primäre Anlaufstelle zu konsultieren, der dann den Behandlungsablauf koordinieren soll. Ziel ist es dabei, z. B. Facharztkonsultationen oder Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Die teilnehmenden Vertragsärzte müssen dabei bestimmten Anforderungen nachkommen, wie z. B. dem Besuch von Qualitätszirkeln. Die Versicherten erhalten für ihre Teilnahme monetäre Anreize und für die teilnehmenden Ärzte sind Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs der GKV möglich.²⁰⁰

Disease-Management-Programme (DMP) sollen dazu beitragen, die Versorgung von spezifischen Patientengruppen mit einer chronischen Erkrankung im langfristigen Behandlungsverlauf sektorenübergreifend und interdisziplinär, aber in erster Linie auf ambulanter Versorgungsebene zu verbessern. Ein wichtiger Aspekt hierbei sind Schulungen der Leistungserbringer und Patientenschulungsprogramme, um die Eigenverantwortung des Patienten zu unterstützen (Patient als Ko-Produzent). Die Behandlung soll nach Leitlinienstandards erfolgen und nach festgelegten Standards dokumentiert sowie evaluiert werden.²⁰¹

Die nachstehende Tabelle 1 fasst wesentliche Punkte in Hinblick auf die Art der Steuerung, der notwendigen Vertragspartner und die Bedeutung im Kontext der chronischen Wunde der angeführten Selektivverträge zusammen.

¹⁹⁸ Vgl. AOK Gesundheitspartner (2023b), o. S.

¹⁹⁹ Vgl. AOK Gesundheitspartner (2023a), o. S.

²⁰⁰ Vgl. Graf von Stillfried/Erhart/Czihal (2019), S. 20; Lübeck/Beyer/Gerlach (2015), S. 360f.

²⁰¹ Vgl. Busse/Blümel/Spranger (2017), S. 190; Linder et al. (2015), S. 345.

Versorgungsform	Modellvorhaben	Besondere Versorgung	Hausarztzentrierte Versorgung	Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme oder DMP)
Grundlage	§ 63 SGB V	§ 140a SGB V	§ 73b SGB V	§ 137f SGB V
Art der Steuerung	<ul style="list-style-type: none"> • Prüfung neuer Verfahrens-, Vergütung-, Organisations- und Finanzierungsformen der Leistungserbringung • Beschränkt auf max. acht Jahre • Ziele, Dauer und Art sind vorab festzulegen • Substitution ärztlicher Leistungen durch Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde gemäß der aktuellen Richtlinie des G-BA • Bereinigung des Budgets 	<ul style="list-style-type: none"> • Sektorenübergreifend und interdisziplinär • Ersetzt die integrierte Versorgung (IV-Verträge) nach §§ 14a-d und schließt Strukturverträge (früher § 73a) ein • Indikationsspezifisch/nicht-indikationsspezifisch möglich • Wirtschaftlichkeit nach vier Jahren nachzuweisen • Freiwillige Teilnahme der Versicherten • Zusätzliche Vergütungsbestandteile möglich • Bereinigung des Budgets 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt als Gatekeeper, der die Versorgung koordiniert • Überweisungen an Fachärzte nur durch gewählte Hausärzte • Muss den Versicherten von jeder Krankenkasse angeboten werden, freiwillige Teilnahme der Versicherten, monetäre Anreize für Patienten • Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs der GKV möglich • Bereinigung des Budgets 	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinierte Betreuung chronisch Kranker durch Hausarzt • Sektorenübergreifend und interdisziplinär, in erster Linie auf ambulanter Ebene • Zeitlich unbegrenzt • Freiwillige Einschreibung von Patienten, Versorgung anhand evidenzbasierter Leitlinien • Festlegung der chronischen Erkrankungen erfolgt durch einen Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses • Evaluationen vorgeschrieben • Krankenkassen erhalten für jeden eingeschriebenen Patienten einen pauschalen Zusatzbeitrag aus dem Gesundheitsfonds, der jedoch nur die zusätzlichen Verwaltungskosten deckt
Notwendige Vertragspartner	Krankenkassen oder ihre Verbände mit allen GKV-zugelassenen LE oder KVen	Krankenkassen mit allen GKV-zugelassenen LE und Zusammenschlüssen dieser (auch KVen), Pflegeeinrichtungen, Medizinprodukteherstellern etc., gemäß § 140a Abs. 3 SGB V	Krankenkasse mit „Gemeinschaften (...), die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten“; Nachrangig auch andere hausärztliche LE	Krankenkassen mit allen GKV-zugelassenen LE

Versorgungsform	Modellvorhaben	Besondere Versorgung	Hausarztzentrierte Versorgung	Strukturierte Behandlungsprogramme (<i>Disease-Management-Programme oder DMP</i>)
Bedeutung für chronische Wunden	<ul style="list-style-type: none"> • Für Diagnose „chronische Wunde“ möglich • Evaluation durch Bundesministerium für Gesundheit in 2026 geplant • Verbreitung unklar 	<ul style="list-style-type: none"> • Häufigste gewählte Form im Kontext Wunde (85 %), insbesondere für Indikation Diabetischer Fuß, aber auch chronische Wunde allgemein • Aber meist nur Arztpraxen eingeschlossen, gefolgt von Krankenhäusern; einige Akteure werden wenig (z.B. ambulante Pflege) oder gar nicht berücksichtigt (z.B. Pflegeheime, Apotheken), aber möglich • Problem: mit jeder Krankenkasse separater Vertrag, meist einzelne LE oder zwischengeschaltete Managementgesellschaft, starre Vertragsbedingungen und Anforderungen • Bis 2008 Anschubfinanzierung für IV-Verträge, schneller Anstieg der Vertragsabschlüsse, danach relativ konstant (2011: 6339 Verträge), aktuell keine zentrale Erfassung 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbreitung im Rahmen der Wunde gering • 2016 deutschlandweit mehr als 4,1 Mio. Teilnehmer (eingeschriebene Versicherte) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein eigenes Programm für die chronische Wunde • Im Kontext der Wunde relevante chronische Grunderkrankungen, für die DMP möglich sind: <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes mellitus Typ I - Diabetes mellitus Typ II • 2014 deutschlandweit insgesamt 9.1917 DMPs, 6,5 Mio. eingeschriebene Versicherte • Im Rahmen der Wunde Verbreitung gering

Tabelle 1: Vernetzte Versorgungsformen auf gesetzlicher Grundlage als Alternative²⁰²

²⁰² Eigene Darstellung unter Beachtung der aktuellen Gesetzgebung, in Anlehnung an Graf von Stillfried/Erhart/Czihal (2019), S. 26ff.; Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (2019), S. 40; Busse/Blümel/Spranger (2017), S. 19ff., 202 ff.; Schreyögg/Weinbrenner/Busse (2017), S. 114f.; Goepel et al. (2015), S. 19; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), S. 32.

Zur Förderung der integrierten Versorgung und der Versorgungsforschung wurde im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes im Jahr 2015 außerdem der Innovationsfonds durch das Bundesministerium für Gesundheit ins Leben gerufen. Von 2016 – 2019 wurden „innovative, insbesondere sektorenübergreifende Versorgungsformen und die patientennahe Versorgungsforschung“ mit jährlich 300 Millionen Euro gefördert.²⁰³ Im Rahmen des Digitale-Versorgung-Gesetzes wurde 2019 beschlossen, den Innovationsfonds von 2020 – 2024 mit einer jährlichen Förderung von 200 Millionen Euro fortzuführen.²⁰⁴

Als Ergebnis all dieser Reformen entstehen in Deutschland vermehrt Netzwerkstrukturen. In sog. Gesundheitsnetzen bzw. Gesundheitsnetzwerken versuchen Leistungserbringer ihre Einzelleitungen vertragsgestützt zu integrieren und in einer zu vereinbarenden Art und Weise zusammenarbeiten.²⁰⁵ Die gesetzlich verankerten Möglichkeiten, außerhalb der Regelversorgung Kooperationen zwischen verschiedenen Akteuren zu realisieren, bieten in vielen Fällen allerdings wenig Anhaltspunkte für eine konkrete Ausgestaltung der Kooperation oder deren Auflösung.²⁰⁶ Die Realisierung von gesetzlich verankerten Vernetzungsinitiativen hängt zudem maßgeblich von der Bereitschaft der Krankenkassen ab. Diese werden solche Verträge immer auch unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit gegenüber der Regelversorgung betrachten.²⁰⁷ Die Krankenkassen messen den Versorgungsformen außerhalb der Regelversorgung jedoch eine geringe Bedeutung bei und bemängeln zudem die formalisierten Vertragsschließungsverfahren sowie die komplexen Regelungen hinsichtlich einer etwaigen Budgetbereinigung.²⁰⁸

Entsprechend lässt sich auch mit Blick auf die Anzahl der im Rahmen von Selektivverträgen behandelten Wundpatienten konstatieren, dass diese relativ gering ist und 2014 laut einer Erhebung von Goepel et al. (2015) lediglich 2,4 % aller gesetzlich versicherten Wundpatienten einschloss.²⁰⁹ Aber nicht alle Vernetzungsbestrebungen gehen auf die durch den Gesetzgeber initiierten Reformbestrebungen zurück bzw. existieren vertragsgestützt im Rahmen der ordnungspolitisch geschaf-

²⁰³ Bundesministerium für Gesundheit (2019c), o. S.

²⁰⁴ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.), o. S.

²⁰⁵ Vgl. Buschner/Kormann (2010), S. 12; Braun/Schumann/Güssow (2009), S. 4.

²⁰⁶ Vgl. Sydow/Auschra (2015), S. 2.

²⁰⁷ Vgl. Dietrich/Znotka (2017), S. 144.

²⁰⁸ Vgl. Wille (2013), S. 7ff.

²⁰⁹ Vgl. Goepel et al. (2015), S. 22.

fenen Möglichkeiten nach dem SBG V. Vielmehr können sich die Leistungsanbieter auch außerhalb der dargestellten gesetzlichen Grundlagen untereinander vernetzen und dabei unterschiedliche Versorgungsbereiche mehr oder weniger zusammenführen. Vorstellbar sind bspw. die Versorgung nach vereinheitlichten Leitlinien, ein besserer Informationsaustausch, verabredete Behandlungspfade mit klaren Zuständigkeiten oder auch die Nutzung einer gemeinsamen Infrastruktur.²¹⁰

D.h. konkret, dass hier mit dem Begriff des Gesundheitsnetzwerks ganz allgemein eine neue Organisationsform im Gesundheitswesen assoziiert wird, deren Ausgestaltung (zunächst) nicht weiter spezifiziert ist, sondern von den Akteuren frei und unabhängig von vertraglichen Zwängen seitens der Krankenkassen gestaltet werden kann, und dass ferner nicht zwangsläufig ein neues Versorgungskonzept wie bei Strukturieren Behandlungsprogrammen (DMP) oder generell eine Kombination mit neuen Finanzierungsmodellen und Selektivverträgen damit einhergehen muss.²¹¹ Eine tiefere Auseinandersetzung mit dem Netzwerkbegriff erfolgt im Rahmen des Kapitels 3.1.1.

2.1.6.2 Wundnetzwerke in Deutschland – eine erste Bestandsaufnahme

Im Gesundheitswesen existieren unter dem Oberbegriff Gesundheitsnetzwerk oder Gesundheitsnetz unterschiedliche Vernetzungsformen, deren Ausrichtung und Anzahl schier unmöglich zu erfassen scheinen. Dies ist letztlich auch weder zielführend, noch Anspruch dieser Arbeit. Da hier vielmehr Wundnetzwerke im Fokus stehen, erfolgt auch eine Konzentration auf eben jene Netzwerke. Unter dem Begriff Wundnetzwerk werden hier anlehnd an Goepel et al. (2014) „(...) alle Formen einer Kooperation zwischen wundversorgenden Einrichtungen wie Kliniken, Praxen oder Pflegedienste [gefasst]. Gemeint sind z.B. Wundnetze, Wundzentren oder Wund-Arbeitsgemeinschaften.“²¹²

Einleitend wurde bereits auf die Erhebung von Goepel et al. (2014) aufmerksam gemacht, nach der zu diesem Zeitpunkt in Deutschland 35 Wundnetzwerke identifiziert werden konnten, wobei 31 von diesen bereits aus einer vorherigen Erhebung aus 2012 bekannt waren. Die Autoren stellen auch fest, dass von den zuvor 49 iden-

²¹⁰ Vgl. Schreyögg/Weinbrenner/Busse (2017), S. 107f.

²¹¹ Vgl. Hahn (2013), S. 7; Amelung (2011), S. 5.

²¹² Goepel et al. (2014), S. 961.

tifizierten Wundnetzen 18 nicht mehr in der erstmals dokumentierten Form existieren oder gar nicht mehr ermittelt werden konnten. Diese Zahlen deuten insgesamt auf eine hohe Dynamik hinsichtlich der Gründung und Auflösung von Wundnetzen hin. Nur in wenigen Netzwerken wurden zudem Selektivverträge geschlossen.²¹³

Durch eigene Recherchen konnten 85 solcher Wundnetzwerke ausfindig gemacht werden (Stand August 2018), wobei sieben von diesen zu diesem Zeitpunkt als nicht mehr existent eingestuft werden müssen, da die vermerkte Internetpräsenz inaktiv war, die Netzwerkauflösung ermittelt werden konnte oder schlicht keinerlei Informationen zu diesen auffindbar waren.²¹⁴ Ob alle anderen Netzwerke zu diesem Zeitpunkt überhaupt und in welcher Art und Weise aktiv waren, scheint zweifelhaft bzw. kann an dieser Stelle nicht definitiv beantwortet werden. Es ist davon auszugehen, dass die Zahlen im Laufe der Zeit stark variieren, da kontinuierlich neue Wundnetze hinzukommen, sich aber auch welche auflösen.

Weitere Ausführungen zu dieser Erhebung und tiefergehende Analysen ausgewählter Bereiche, erfolgen in thematisch passenden Abschnitten. Diese erste Bestandsaufnahme soll an dieser Stelle lediglich die Bestrebungen von Leistungserbringern verdeutlichen, sich in intersektoralen und/oder interprofessionellen Wundnetzen formell oder informell zusammenzuschließen und die Relevanz des Phänomens der Wundnetze unterstreichen.

2.1.6.3 Vernetzung als Innovation für das Gesundheitssystem?

Netzwerke werden nicht nur als *alternative*, sondern gar als *innovative* Organisationsform bezeichnet.²¹⁵ Um beurteilen zu können, ob hier wirklich von einer Innovation gesprochen werden kann, bedarf es einer näheren Betrachtung des Innovationsbegriffs. Auch wenn kein vollständig erschöpfender Blick auf den Begriff der Innovation erfolgt, soll vor dem aufgezeigten Problemhintergrund zumindest ein für diese Arbeit geltendes Innovationsverständnis hergeleitet werden.

²¹³ Vgl. Goepel et al. (2014), S. 962f. Die Wundnetze sind auf der zugehörigen Webseite <https://www.wundnetze.de/wundnetze-in-deutschland/> mit Ansprechpartnern und weiteren Informationen einsehbar.

²¹⁴ Hierbei wurden zunächst alle Wundnetze auf der Seite [wundnetze.de](https://www.wundnetze.de) erfasst. Ergänzt wurden diese um die ICW Arbeitsgruppen (<https://www.icwunden.de/ueber-uns/regionalgruppen.html>) sowie mithilfe einer freien, internetbasierten Suche.

²¹⁵ Vgl. Bensmann (2018).

Innovare bedeutet dem lateinischen Ursprung nach erneuern, *innovatio* Erneuerung, Veränderung oder Wandel. Nach Schumpeter (Erstauflage 1911) ist eine Innovation die Durchsetzung neuer Kombinationen von Produktionsmitteln, dies können z. B. neue Güter oder Produktionsmethoden sein.²¹⁶

Wie im linearen Innovationsmodell in Abbildung 9 dargestellt, ist die Geburtsstunde einer Innovation die Invention, bei der Verbesserungspotenzial aufweisende Alternativen für bestehende Praktiken generiert werden. Invention kann dabei als Idee oder als Prototyp eines Produktes, einer Dienstleistung oder eines Prozesses verstanden werden.



Abbildung 9: Von der Invention zur Diffusion

Anschließend wird die Idee umgesetzt bzw. für den Markt zugänglich gemacht (Innovation). Durch die Adoption der alternativen Praktik seitens der Individuen, diffundiert diese anschließend und wird zur Normalität, während die alten Praktiken verdrängt werden.²¹⁷

Eine weit gefasste Definition findet sich im Oslo-Manual von OECD & Eurostat (2005): „An innovation is the implementation of a new or significantly improved product (good or service), or process, a new marketing method, or a new organizational method in business practices, workplace organisation or external relations.“²¹⁸ Auf den Gesundheitssektor bezogen, definieren Goes und Park (1997) eine Innovation als „(...) a medical technology, structure, administrative system, or service that is relatively new to the overall industry and newly adopted (...).“²¹⁹ Für Brandt et al. (2017) beziehen sich Innovationen in der Gesundheitswirtschaft allgemein auf den medizinisch-technischen Fortschritt, der wiederum ähnlich der Sicht

²¹⁶ Vgl. Schumpeter (1997), S. 100f. Insgesamt unterscheidet er fünf Fälle: Herstellung eines neuen Gutes oder Qualitätssteigerung, Einführung einer neuen Produktionsmethode, Erschließung eines neuen Absatzmarktes, neue Bezugsquellen für Rohstoffe oder Halbfabrikate, Durchführung einer Neuorganisation.

²¹⁷ Vgl. Pröll/Ammon/Maylandt (2011), S. 49.

²¹⁸ OECD (2005), S. 46. Ähnlich bei Hauschildt et al. (2016), S. 3-12. Innovationen können nach den Autoren neuartige Produkte, Prozesse, Dienstleistungen, Technologien oder Organisationsstrukturen sein. Die Autoren liefern auf S. 5 eine Zusammenstellung verschiedener Definitionen von Innovationen.

²¹⁹ Goes/Park (1997), S. 674.

von Goes und Park durch Innovationen in den Bereichen Medizintechnik und Pharmazeutischer Industrie, aber auch durch neue Behandlungsstandards, neue OP-Verfahren und neue Behandlungsprozesse (clinical pathways) ermöglicht wird.²²⁰ Eine stärker auf den Dienstleistungscharakter des Gesundheitssektors abstellende Definition findet sich bei Greenhalgh et al. (2004), die im Rahmen eines Reviews auf das Gesundheitswesen bezogene Innovationen als „a set of behaviors, routines, and ways of working that are directed at improving health outcomes, administrative efficiency, cost effectiveness or users' experience and that are implemented by planned and coordinated actions“ umschreiben.²²¹ Wichtig ist in allen Fällen, dass diese Innovationen als neu wahrgenommen werden und von den alten Praktiken abweichen. Zudem zielen sie auf eine Verbesserung der vorherigen Situation ab. Die Koordination kann dabei durch Einzelpersonen, Teams oder Organisationen erfolgen. Diese Innovationen können, aber müssen nicht mit einer neuen Technologie verbunden sein.²²²

Ganz klassisch lassen sich Produkt- und Prozessinnovationen voneinander unterscheiden, die mit Ausnahme von Greenhalgh et al. auch in den vorstehenden Definitionen angeführt werden. Während unter dem Begriff Prozessinnovation neuartige Faktorkombinationen subsummiert werden, durch die Waren oder Dienstleistungen günstiger, schneller oder qualitativ hochwertiger produziert werden können und eine innerbetriebliche Effizienzsteigerung ermöglichen, zielen Produktinnovationen auf den Verwertungsprozess am Markt. Hierbei wird (potenziellen) Kunden eine neue oder bessere Leistung in Form neuer Waren oder Dienstleistungen angeboten und das Ziel der Effektivität verfolgt.²²³ Produktinnovationen im Gesundheitswesen können neben neuen Arzneimitteln z.B. auch neue Medizinprodukte sein. Prozessinnovationen bedingen Veränderungen von Abläufen im Gesundheitswesen, dies können z.B. neue operative Verfahren, durch Telemedizin²²⁴ unterstützte Patientenversorgung oder auch Disease-Management-Programme (DMP)

²²⁰ Vgl. Brandt/Heinecke/Jung (2017), S. 58f.

²²¹ Greenhalgh et al. (2004), S. 582.

²²² Vgl. Greenhalgh et al. (2005), S. 28.

²²³ Vgl. Hauschildt et al. (2016), S. 6.

²²⁴ Telemedizin ist die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen (Diagnostik und Therapie) durch Überbrückung von räumlicher Distanz unter Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien.

sein.²²⁵ Bei digitalen Prozessinnovationen wird zudem IT zur Verbesserung der Geschäftsprozesse eingesetzt.²²⁶ Dabei unterstützt IT die Geschäftsprozesse bzw. im medizinischen Kontext Behandlungspfade, diese müssen zuvor aber (sektorenübergreifend) entwickelt werden.²²⁷

Eine Trennung dieser Innovationstypen scheint indes zunehmend fraglich, da diese insbesondere bei Dienstleistungen vielfach zusammenfallen²²⁸ oder voneinander abhängig sind, da neue Produkte häufig Prozessinnovationen herbeiführen oder Prozessinnovationen nur durch neuartige Produkte ermöglicht werden. Diese Vernetzung wird – positiv betrachtet – häufig durch die Digitalisierung ermöglicht bzw. – eher negativ betrachtet – sogar notwendig. Werden überdies die Strukturen des Gesundheitswesens verändert, z. B. durch neue rahmengebende Gesetzesänderungen, kann gar von Strukturinnovationen gesprochen werden.²²⁹

Hinsichtlich des Grades der Innovation lassen sich Durchbruchinnovationen und Verbesserungsinnovationen unterscheiden. Während der Durchbruch, wie bspw. die Erfindung des Penicillins, eine radikale Veränderung mit sich brachte, bedingen Verbesserungsinnovationen eine inkrementelle Veränderung, also die Optimierung oder Weiterentwicklung von bereits existenten Produkten, Prozessen oder Strukturen.²³⁰ Die empfundene Neuartigkeit ist subjektiv, d.h. sie hängt stark von der individuellen Wahrnehmung ab, unabhängig von einem objektiven Neuheitsgrad.²³¹ Etwas kann innovativ für die ganze Menschheit sein, aber auch nur für eine einzelne Branche, eine Unternehmung oder gar für einzelne Personen.²³²

Schwarz und Howaldt (2013) sehen in der heutigen Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft die Verdrängung linearer und weitgehend statischer Beschreibungen von Innovationsprozessen durch systemisch interaktive Modelle. Innovationen werden demnach nicht durch einzelne Innovationstreiber angestoßen, sondern durch vernetzte Organisationen und Individuen, die neue Handlungspraktiken mithilfe interaktiver Prozesse entwickeln, um sie anschließend zu erproben und zu verbreiten.²³³ Werden dabei soziale Praktiken aufgebrochen und neu konfiguriert „mit

²²⁵ Vgl. May (2013), S. 26.

²²⁶ Vgl. Davenport (1993), S. 37ff.

²²⁷ Vgl. Geiger/Wolf (2011), S. 341.

²²⁸ Vgl. Hauschildt et al. (2016), S. 6.

²²⁹ Vgl. Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode (06.03.2015), S. 21f.

²³⁰ Vgl. Bauer (2010), S. 62.

²³¹ Vgl. Rogers (2003), S. 12.

²³² Vgl. Hauschildt et al. (2016), S. 17ff.

²³³ Vgl. Schwarz/Howaldt (2013), S. 55.

dem Ziel, Probleme oder Bedürfnisse besser zu lösen beziehungsweise zu befriedigen, als dies auf der Grundlage etablierter Praktiken möglich ist“²³⁴ und neue soziale Praktiken etabliert, die breit in die Gesellschaft getragen, von dieser sozial akzeptiert und schließlich zur allgemeinen Routine werden, kann gar von sozialen Innovationen gesprochen werden.²³⁵ Wird durch die Akteure versucht, Schnittstellen im Gesundheitswesen zu Nahtstellen umzuformen, indem diese sich stärker vernetzen und ihr Handeln koordinieren, kann dies im Rahmen dieser Sichtweite als Versuch gewertet werden, eine soziale Innovation (zumindest) anzustoßen. Weiterführend können Gesundheitsnetzwerke als innovative Versorgungsform zudem selbst Innovationsprozesse zur Entwicklung neuer Konzepte, Produkte und Dienstleistungen stärken und die Innovation gleichzeitig zum Patienten bringen.²³⁶

Letztlich steht auch zu Beginn sozialer Innovationen die Invention, in diesem Fall als Alternative zu bestehenden Praktiken, an die sich in der letzten Phase die Diffusion und Adoption durch die Akteure anschließt, die aber nur erreicht werden kann, wenn die Akteure die neue soziale Praxis im Vergleich mit der alten als für sich oder z. B. die Patienten vorteilhafter wahrnehmen.²³⁷ Goldmann, Kemna und Urner (2016) stellen fest, dass neue Kooperationsmodelle wie Arztnetze oder andere kooperative Gesundheitsnetze durchaus das Potenzial zu einer gesamtgesellschaftlichen Diffusion haben und damit eine soziale Innovation herbeiführen können. Gleichzeitig sind sie der Ansicht, dass das Engagement Einzelner eher auf lokaler Ebene zur Verstetigung neuer sozialer Praktiken beitragen kann, überregional jenseits eines Anstoßes jedoch nicht zwingend hinreichend sein wird, um Adoptions- und Diffusionsprozesse maßgeblich so zu beeinflussen, dass dadurch nachhaltige soziale Veränderungen herbeigeführt werden können.²³⁸ Ritter, Lürßen und Pöser (2016) gehen hier weiter und sehen nicht nur das Potenzial, sondern vertreten die Ansicht, dass Gesundheitsnetzwerke generell als soziale Innovationen angesehen werden können.²³⁹

²³⁴ Schwarz/Howaldt (2013), S. 56.

²³⁵ Vgl. Goldmann/Kemna/Urner (2016), S. 75; Howaldt/Schwarz (2010), S. 90.

²³⁶ Vgl. Williams (2011), S. 216; Küng (2010), S. 381.

²³⁷ Vgl. Goldmann/Kemna/Urner (2016), S. 75.

²³⁸ Goldmann/Kemna/Urner (2016), S. 84f.

²³⁹ Vgl. Ritter/Lürßen/Pöser (2016), S. 106.

Dies ist aus Sicht dieser Arbeit jedoch weder zielführend, noch ist nach bisherigem Erkenntnisstand ersichtlich, dass eine weitflächige Diffusion der Netzwerkidee stattgefunden hat. Vielmehr handelt es sich um einzelne „Leuchtturmprojekte“, deren Ausgang teils noch unklar ist und die bisherige soziale Praktiken mitnichten ersetzen, sondern punktuell hauptsächlich parallel zu diesen existieren.²⁴⁰ Diese Schlussfolgerung lässt sich durch Aussagen von Baas (2017) stützen, der zu dem Ergebnis kommt, dass die neuen und vermeintlich innovativen Versorgungsmodelle die Patientenversorgung als Inselmodelle bisher nur punktuell und regional haben verändern können. Die Kollektivversorgung an sich und das angeprangerte Silodenken innerhalb der Sektoren, werden durch die bisherigen Vernetzungsbestrebungen nicht abgelöst oder verdrängt, da sich an den strukturellen und politischen Rahmenbedingungen grundsätzlich nichts ändert.²⁴¹ Amelung (2011) formuliert es ein wenig optimistischer und ist zwar auch der Ansicht, dass durch neue Versorgungsformen die grundsätzliche Organisation des Gesundheitswesens nicht in Frage gestellt wird, aber durchaus „aufgemischt“ wird, indem gezielt Alternativen geschaffen werden.²⁴² Statt von einer Revolution im Gesundheitswesen auszugehen, erwartet Baas vor diesem Hintergrund eher eine Evolution innovativer Versorgungsmodelle, die dank der durch die Digitalisierung geschaffenen Möglichkeiten vereinfacht und beschleunigt werden wird, auch wenn sich noch viele Akteure im Gesundheitswesen gegen diese sträuben.²⁴³

Sinnvoller erscheint es, bei dem Terminus der Prozessinnovation zu bleiben, wobei dies nur zutrifft, wenn Dank der Vernetzung die Art der Patientenversorgung – technisch ausgedrückt die Herstellung der Gesundheit – verändert wird,²⁴⁴ was u.a. durch die Art des Informations- und Kommunikationsaustausches beeinflusst werden kann. Die Einbindung von elektronischen Hilfsmitteln, wie digitale Bildgebungsverfahren oder neue Dokumentationssysteme, fallen auch in diesen Bereich.

²⁴⁰ Vgl. Schang/Sundmacher/Grill (2020), S. 518

²⁴¹ Vgl. Baas (2017), S. 313.

²⁴² Vgl. Amelung (2011), S. 6.

²⁴³ Vgl. Baas (2017), S. 314.

²⁴⁴ Nicht dass es missverstanden wird, egal ob gesetzlich begründet oder nicht, es handelt sich bei allen im Rahmen dieses Kapitels aufgezeigten Kooperationsformen um solche, bei der die unterschiedlichen Versorgungsschritte weiterhin von einzelnen Leistungserbringern erbracht werden und nicht etwa die Vereinigung zu einem Unternehmen zum Ziel haben. Die Einzelleistungen werden genau genommen nicht gebündelt, sondern vielmehr sinnvoll kombiniert und aufeinander abgestimmt. Vgl. Katzmaier (2010), S.168.

Nach außen hin handelt es sich in diesen Fällen meist um Dienstleistungsinnovation, da sich diese an den Patienten richten.²⁴⁵ Aus Patientensicht kann es durchaus dazu führen, dass die aufeinander abgestimmten Einzelleistungen als Gesamtleistung wahrgenommen werden, wenn die Vernetzung offen kommuniziert wird.

Gesundheitsnetzwerken haftet zweifellos etwas *Innovatives* an. Dabei ist es wichtig hervorzuheben, dass es sich um eine Kombination von Innovationstypen handelt, und dass je nach Blickwinkel, Akteur und auch Ausrichtung und Aktivität eines Gesundheitsnetzes, eine andere Sichtweise greift bzw. greifen muss.²⁴⁶

Zusammenfassend sollen Wundnetzwerke für den Zweck dieser Arbeit aus Sicht der Leistungserbringer als Prozessinnovationen verstanden werden, bei der die Herstellung der Gesundheit als Abkehr von der Regelversorgung neu organisiert wird, mit dem Ziel, die Versorgung von Patienten besser, schneller und bestenfalls kostengünstiger zu gestalten. Langfristig kann daraus eine soziale Innovation entstehen, die mit einer generellen Verhaltensveränderung im Gesundheitssektor einherginge und damit gesamtgesellschaftlich bedeutungsvoll wäre. Insbesondere den Blickwinkel der Leistungserbringer bzw. Health Professionals einzunehmen, scheint erforderlich, da diese im deutschen Gesundheitswesen weitgehend frei in ihren Entscheidungen sind und privatwirtschaftlichen Zwängen unterliegen. Folglich hängt eine kooperative Zusammenarbeit, egal welcher Art, stark vom Engagement der Einzelpersonen oder leistungserbringenden Organisationen ab.²⁴⁷

Auch wenn das Potenzial der im Gesetz verankerten besonderen Versorgungsformen nach wie vor hervorgehoben wird und interorganisationale Gesundheitsnetzwerke kein neues Phänomen darstellen, wird der bisherige Diffusionserfolg eher verneint.²⁴⁸ Dies gilt insbesondere für interprofessionelle und sektorenübergreifende Kooperationen. Als Gründe hierfür sehen Stock und Refaelli (2019) vor allem juristische Aspekte, wie ärztliche Haftungsfragen und andere berufsrechtliche Aspekte wie die Budgetverantwortung sowie eine ungenügende Berücksichtigung der Realität in Regularien und Gesetzen, die letztlich in einer großen Unsicherheit bei den Leistungserbringern münden.²⁴⁹ Die Wissenschaftliche Kommission für ein

²⁴⁵ Vgl. Varkey/Horne/Bennet (2008), S. 383.

²⁴⁶ Vgl. Varkey/Horne/Bennet (2008), S. 383.

²⁴⁷ Vgl. Bühler (2013), S. 11.

²⁴⁸ Vgl. Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (2019), S. 55; Sydow/Auschra (2015), S. 2.

²⁴⁹ Stock/Redaelli (2019), S. 266f.

modernes Vergütungssystem (2019) führt ebenso die unterschiedlichen Rechtsregelungen an, nennt ergänzend aber auch die unterschiedlichen Interessensvertretungen, das föderale System mit uneinheitlichen Planungs- und Finanzierungsmodellen, die Informationsasymmetrien zwischen den Leistungserbringern, den fehlenden Datenaustausch und die unterschiedlichen Systematiken bei der Leistungsdefinition, die ein Aufbrechen der angestammten Strukturen verhindern.²⁵⁰ Kapitza (2010) stellt auf einen gänzlich anderen Aspekt ab und empfindet die Abwehr von Prozessinnovationen als typischen Reflex, da die im Gesundheitswesen mutmaßlich Betroffenen im Zuge eines vermeintlichen Kooperationszwangs von ihren bisherigen, hier nicht näher definierten Gewohnheiten abweichen sollen, wobei er hauptsächlich auf die leistungserbringenden Akteure und Krankenkassen abzielt.²⁵¹

Innovationen im Gesundheitswesen können umfassende Eingriffe in ein komplexes System bedeuten, deren Nutzen für die Akteure zunächst zweifelhaft erscheint und das Ausmaß der erforderlichen Veränderungen anfangs unklar ist.²⁵²

Ogleich die nur kurz aufgezeigten Gründe im weiteren Verlauf zu eruieren sind, erklären sie ansatzweise die geringe Anzahl behandelter Wundpatienten im Rahmen von Selektivverträgen und die schwankende Anzahl an Wundnetzen ebenso wie den Umstand, dass augenscheinlich in einigen Fällen nur das Gebilde zu existieren scheint, ohne auszumachende Aktivitäten. Was plausibel und einfach klingt, nämlich aus den Schnittstellen im Versorgungsprozess im Sinne einer Prozessinnovation Nahtstellen zu machen,²⁵³ scheint in der Realität nicht so einfach bzw. nachhaltig zu bewerkstelligen sein,²⁵⁴ obschon die aufgelösten oder inaktiven Netzwerke zu Beginn sicherlich mit großen Erwartungen und einer anfänglichen Euphorie gegründet wurden.²⁵⁵ Ein Grundproblem ist sicher, dass die Strategie einer integrierten bzw. vernetzten Versorgung mehr verlangt, als verschiedene Sektoren oder Professionen mithilfe gesetzlicher Möglichkeiten zu verbinden oder außerhalb dieser eine Netzwerkstruktur zu bilden, diese muss auch mit Leben gefüllt werden.

Die Darstellung der Versorgungssituation im deutschen Gesundheitswesen und der Einblick in die derzeitige Situation der vernetzten Versorgungsformen liefern

²⁵⁰ Vgl. Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (2019), S. 55f.

²⁵¹ Vgl. Kapitza (2010), S. 182

²⁵² Vgl. May (2013), S. 32.

²⁵³ Vgl. Obrist (2013), S. 157.

²⁵⁴ Studien zu Kooperationen im Businesskontext berichten von Misserfolgsquoten zwischen 50-70%. Vgl. hierzu Barringer/Harrison (2000), S. 368.

²⁵⁵ Vgl. Deeds/Hill (1999), S. 147. Sie bezeichnen die anfängliche Euphorie als *honeymoon phase*.

keine Antworten, warum und wie Wundnetze entstehen und wie sich diese charakterisieren lassen, aber sie helfen dabei, die Kontextfaktoren herauszustellen und verdeutlichen – angesichts der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen für das Gesundheitssystem – die Aktualität des Themas. In einem nächsten Schritt bedarf es Erklärungsansätze aus der allgemeinen Netzwerkforschung, die sich auf Netzwerke in der Wundversorgung übertragen lassen und zum Verständnis des Phänomens der Netzbildung im Gesundheitswesen beitragen.

Doch zuvor widmet sich der nächste Abschnitt vertiefter der Digitalisierung bzw. den Informations- und Kommunikationstechnologien als vermeintliche Treiber für Vernetzungsinitiativen, da diese insbesondere dann eine zentrale Rolle spielen, wenn die (Zusammen-)Arbeit neugestaltet und umorganisiert wird. Tlw. ermöglichen IKT gar erst Prozessinnovationen oder die durch die Vernetzung steigenden Prozessanforderungen zwingen zum Einsatz dieser.²⁵⁶ Dieser Abschnitt wird bewusst nicht als Unterkapitel der derzeitigen Versorgungssituation eingeordnet, um die grundsätzliche Bedeutung des Themas für das Gesundheitswesen und diese Arbeit stärker hervorzuheben.

2.2 Digitale Vernetzung im Gesundheitswesen

Es klang bereits an, dass vernetzte Patientenversorgung und der Einsatz organisationsübergreifender Informationssysteme eng miteinander verbunden zu sein scheinen, um einen effizienten Informationsaustausch zwischen den involvierten Akteuren zu gewährleisten.²⁵⁷ Kurscheid und Eble (2016) sind der Meinung, dass weder eine bessere Zusammenarbeit der Professionen, noch eine Reorganisation der Verantwortlichkeiten es vermögen werden, gegenwärtige und zukünftige Versorgungsprobleme zu lösen, ohne den Gebrauch vorhandener informationstechnischer Lösungen.²⁵⁸ Nur wenn die Aktivitäten innerhalb eines Netzwerks aufeinander abgestimmt sind und die Kommunikation und der Informationsfluss zwischen den Leistungserbringern intensiviert wird, kann es gelingen, die Gesundheitsversorgung auch qualitativ hochwertig zu gestalten.²⁵⁹ Entsprechend konzentrieren

²⁵⁶ Vgl. Grisot/Vassilakopoulou/Aanestad (2018), S. 109f.; Kubitschke/Müller/Meyer (2017), S. 530; Kapitza (2010), S. 187.

²⁵⁷ Vgl. Hellrung et al. (2009), S. 103.

²⁵⁸ Vgl. Kurscheid/Eble (2016), S. 5.

²⁵⁹ Vgl. Lluch/Abadie (2013), S. 2; Hellrung (2011), S. 151; Haas (2006), S. 2.

sich viele Veröffentlichungen auf die informationstechnische Vernetzung oder heben zumindest die Bedeutung informationstechnischer Möglichkeiten für die Vernetzung im Gesundheitswesen hervor.

Um der Bedeutung der Digitalisierung und den Informations- und Kommunikationstechnologien für das Gesundheitswesen Ausdruck zu verleihen, widmet sich der vorliegende Abschnitt den Chancen und Herausforderungen sowie den spezifischen Einsatzmöglichkeiten und gibt anschließend einen Überblick über die Bedeutung des Themas und die Verbreitung von IKT in Wundnetzwerken.

2.2.1 Digitalisierung, Kommunikations- und Informationstechnologien und eHealth

Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) haben schon seit Jahren eine hohe Bedeutung im Gesundheitswesen, die in den nächsten Jahren weiter zunehmen wird und bieten im Gesundheitswesen durch verschiedene Anwendungen Möglichkeiten, die Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patienten zu unterstützen.²⁶⁰ Eine sinnvolle Digitalisierung kann zudem zu einem erleichterten und teilweise automatisierten Informationsaustausch im Versorgungsverlauf führen.²⁶¹

Die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitsbereich wird von der WHO auch unter dem Begriff eHealth zusammengefasst und steht für den Digitalisierungsprozess im Gesundheitswesen. Im weitesten Sinne geht es dabei darum, den Informationsfluss durch elektronische Mittel zu verbessern, die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen zu unterstützen und das Gesundheitssystem zu managen.²⁶² Daneben werden die Begriffe Digital Health und Health IT (HIT) synonym verwendet. Eysenbach (2001) fasst den Begriff eHealth weiter und versteht diesen eher als ein Konzept: „e-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology.”²⁶³

²⁶⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), o.S.; Henke et al. (2011), S. 151.

²⁶¹ Ex/Amelung (2019), S. 108.

²⁶² Vgl. Peters/Klenke (2016), S. 108; World Health Organization (o.J.), S. 1.

²⁶³ Eysenbach (2001), e20.

Auch nach dieser Definition bilden IKT die Basis für eHealth.²⁶⁴ Sie stellen die Schlüsseltechnologien dar, um den Herausforderungen, die bspw. durch den demografischen Wandel und die Urbanisierung auf das Gesundheitssystem zukommen, zu begegnen.²⁶⁵ Die Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Chancen, aber auch die Herausforderungen, die mit der Digitalisierung einhergehen. Im Rahmen der Patientenversorgung bergen IKT bzw. Health IT dabei insbesondere das Potenzial, die in den vorherigen Abschnitten beschriebenen Informations- und Versorgungsabbrüche durch den Aufbau sektorenübergreifender Kommunikationswege zu unterbinden oder so zumindest deren Überwindung zu fördern.²⁶⁶ Die idealerweise daraus resultierende Informationskontinuität (*information continuity*) wirkt sich direkt oder indirekt auf die Qualität der Versorgung (*quality of care*) aus.²⁶⁷

²⁶⁴ Vgl. Matusiewicz/Thielscher (2017), S. 4.

²⁶⁵ Vgl. Ex/Amelung (2019), S. 108; Matusiewicz/Thielscher (2017), S. 4.

²⁶⁶ Vgl. Ozegowski/Cardinal (2019), S. 59; Kubitschke/Müller/Meyer (2017), S. 516.

²⁶⁷ Vgl. Fischer/Aust/Krämer (2016), S. 11; Rudin/Bates (2014), S. 15; Abraham/Nishihara/Akiyama (2011), S. 168; Wierdsma et al. (2009), S. 55; Haggerty et al. (2003), S. 1220f.

Bereich	Chancen	Herausforderungen
Medizinisch	<ul style="list-style-type: none"> • Ableitung neuer Behandlungsmöglichkeiten durch Erfassung und Analyse medizinischer Daten • Neue Behandlungsmöglichkeiten durch neue Technologien (z. B. neue bildgebende Verfahren) • Sammlung und Bereitstellung von Gesundheitsdaten durch den Patienten und Kontrolle der eigenen Gesundheit (z. B. Smartwatches) 	<ul style="list-style-type: none"> • Angst vor Datenmissbrauch und Cyberattacken • Angst vor technischen Fehlern und falschen Diagnosen • Intransparenz beim Datenschutz und Sicherheitsstandards • Problem Doctor Google • Patienten handeln eigenmächtig
Organisatorisch	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau sektorenübergreifender Kommunikationswege (z. B. Elektronische Patientenakte) • Kommunikation zwischen Medizinern und Patienten (z. B. Videosprechstunde) • Neue Softwarelösungen für Praxis- und Krankenhausmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlen umfassender und standardisierter Kommunikationstools und Austauschplattformen • Zunahme von Insellösungen • Zunahme von bürokratischem Aufwand für Leistungserbringer • Veränderungen von Arbeitsabläufen für Leistungserbringer

Tabelle 2: Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen²⁶⁸

Dagegen bezeichnen Ex und Amelung (2019) die Digitalisierung insgesamt als ideologisiert, ohne dass dabei vordergründig der mögliche Nutzen für Patienten oder Akteure im Gesundheitswesen im Mittelpunkt steht²⁶⁹ und sie sind der Ansicht, „Digitalisierung isoliert wird kaum eine Bereicherung für das Gesundheitswesen sein.“²⁷⁰ Entsprechend begreifen sie Digitalisierung und alle damit einhergehenden Konzepte nicht als Ziel, sondern als Mittel zum Zweck. Genauer gesagt als *ein* Mittel zum Zweck, um letztlich eine stärker vernetzte, patientenorientierte Gesundheitsversorgung zu ermöglichen und bestenfalls den dargelegten „Megatrends“ bzw. den daraus ableitbaren Konsequenzen für das Gesundheitswesen zu begegnen. Die voranschreitende Digitalisierung und die damit verbundenen IKT-Lösungen führen zwar nicht automatisch zu einer besseren Versorgung, sind in ihrer Bedeutung aber nicht zu vernachlässigen. Dies ist schon allen dem Umstand geschuldet, dass sich durch die voranschreitende Digitalisierung und neuartige Technologien neue Möglichkeiten ergeben, sich zu vernetzen und die einzelnen Teilprozesse von Institutionen und Leistungserbringern besser zusammenzuführen.²⁷¹ Entsprechend mögen sie zwar keine hinreichende Voraussetzung für Vernetzungsinitiativen sein,

²⁶⁸ In Anlehnung an PwC (2018), S. 18.

²⁶⁹ Vgl. Ex/Amelung (2019), S. 107.

²⁷⁰ Ex/Amelung (2019), S. 108.

²⁷¹ Vgl. Niechzial (2020), S. 128; Kubitschke/Müller/Meyer (2017), S. 520.

können aber bedeutend als Treiber für patientenzentrierte Behandlungs- und Versorgungsprozesse über Schnittstellen hinweg fungieren.²⁷²

Im Vergleich mit anderen Branchen zeigt sich, dass der Digitalisierungsgrad im Gesundheitswesen nach wie vor gering ist.²⁷³ Laut einer Studie der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2018 schneidet Deutschland im Ländervergleich bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen schlecht ab und liegt auf Platz 16 von 17. Dabei sind der Studie folgend sowohl die finanziellen Ressourcen als auch die technologischen Voraussetzungen vorhanden. Auch werden erfolgreiche digitale Versorgungsprojekte wahrgenommen, jedoch nur regional begrenzt oder einzelne Leistungserbringer betreffend.²⁷⁴ Die entscheidende Hürde scheint die Nutzerakzeptanz der Akteure im Gesundheitswesen zu sein, an der es aufgrund der Vorbehalte gegenüber Veränderungen fehlt.²⁷⁵

Lux (2019) betrachtet dies etwas differenzierter und sieht die Digitalisierung im Rahmen der medizinischen Leistungserstellung aufgrund der zunehmenden Anzahl von Operationsrobotern oder volldigitalisierter Operationen als recht fortgeschritten an. „Andere Bereiche, wie die akteursübergreifende digitale Unterstützung bzw. Dokumentation des Behandlungsprozesses, Vernetzung der Akteure oder der Einsatz einheitlicher Standards befinden sich noch ganz am Anfang.“²⁷⁶ Auch Lluch und Abadie (2013) bescheinigen Deutschland im Vergleich mit sieben anderen Ländern hinsichtlich der Diffusion der integrierten Versorgung und des sektorenübergreifenden Einsatzes von IKT insgesamt nur geringe Fortschritte.²⁷⁷ Schreyögg (2009) bezeichnet die informationstechnische Vernetzung in anderen Branchen als etwas Selbstverständliches, wohingegen er ein Fehlen dieser in vielen Gesundheitsnetzwerken konstatiert, dabei wäre es seiner Ansicht nach hier für die Netzwerksteuerung essenziell.²⁷⁸ Während bspw. die als „Mittelpunkt der IT-Architektur“²⁷⁹

²⁷² Vgl. Kubitschke/Müller/Meyer (2017), S. 530; Kubitschke/Cullen (2005), S. 17.

²⁷³ Vgl. Baierlein (2017), S. 5.

²⁷⁴ Vgl. Bertelsmann Stiftung (2018), S. 3. Einbezogen wurden 14 EU-Länder und zusätzlich Australien, Israel und Kanada.

²⁷⁵ Vgl. Bertelsmann Stiftung (2018), S. 7.

²⁷⁶ Lux (2019), S. 11.

²⁷⁷ Vgl. Lluch/Abadie (2013), S. 4. Vergleichsländer: Dänemark, Estland, Frankreich, Italien, Niederlande, Spanien, Großbritannien.

²⁷⁸ Vgl. Schreyögg (2009), S. 219f. Schreyögg sieht es als Notwendigkeit, eine Netzwerkdatenbank mit klinischen und administrativen Daten aufzubauen. Dies bezeichnet er gar als Herzstück des Gesundheitsnetzwerks. Die Zugänglichkeit zu diesen Daten für Forschungszwecke sei durchaus in Teilen anonymisiert möglich.

²⁷⁹ Vgl. Geiger/Wolf (2011), S. 342.

umschriebene elektronische Dokumentation der Krankengeschichte in Disease-Management-Programmen verpflichtend ist, unterliegt der Einsatz in anderen, nicht auf gesetzlicher Grundlage existierenden Gesundheitsnetzen, der Freiwilligkeit.

Dabei ist den Leistungserbringern der aktuelle Stellenwert der Digitalisierung bspw. für das Schnittstellenmanagement oder die sektorenübergreifende Vernetzung durchaus bewusst und wird für die Zukunft sogar noch höher eingeschätzt.²⁸⁰ Um die Vorbehalte abzubauen, empfiehlt die Bertelsmann Stiftung (2018) ein nationales Kompetenzzentrum, das den Digitalisierungsprozess koordiniert, aber nicht erzwingt, sondern Schritt für Schritt vorgehend die Betroffenen mitnimmt.²⁸¹

2.2.2 Informationstechnische Einsatzmöglichkeiten

Die Digitalisierung und alle damit einhergehenden Konzepte sind nicht das eigentliche Ziel, sondern stellen einen Baustein dar, um eine vernetzte und patientenorientierte Gesundheitsversorgung zu implementieren.²⁸² Die Bandbreite an Unterstützungsmöglichkeiten für Akteure im Gesundheitswesen durch IKT-Anwendungen ist dabei groß und umfasst nach Haas (2006) die Unterstützung bei der Verarbeitung von Daten, der Dokumentation und Speicherung von Wissen und Versorgungsdaten, der Kommunikation und des Informationsaustausches, der effektiveren Organisation der Behandlung sowie behandlungsrelevanten Entscheidungen auf Grundlage von Studienergebnissen und der Fernüberwachung von Patienten.²⁸³

Komplexe IKT-Anwendungen wie Krankenhausinformationssysteme (KIS) können dabei mehrere Unterstützungsfunktionen in unterschiedlichen Ausprägungen erfüllen. Die genannten Unterstützungsdimensionen gelten allgemein für die Akteure im Gesundheitswesen, können aber weiterführend zu einer Integration von Teilleistungen verhelfen. Wird der eHealth-Markt als Ganzes betrachtet, fällt auf, dass hier IKT-Anwendungen, die den Konsumenten in seiner Gesunderhaltung unterstützen, ausgeklammert werden. Da das Angebot von digitalen Angeboten insbesondere im privaten Bereich stetig wächst und weitergedacht auch diese Anwen-

²⁸⁰ Vgl. Karbach/Reiher (2017), S. 244f.

²⁸¹ Vgl. Bertelsmann Stiftung (2018), S. 6.

²⁸² Vgl. Ex/Amelung (2019), S. 7f.

²⁸³ Vgl. Haas (2006), S. 10f.

dungen für einen Austausch im Sinne einer aktiveren Patientenrolle mit der professionellen Ebene denkbar wären,²⁸⁴ bietet sich eine Darstellung (Abbildung 10) von Deloitte (2014) an, bei der der sog. eHealth-Markt in drei Ebenen unterteilt wird:

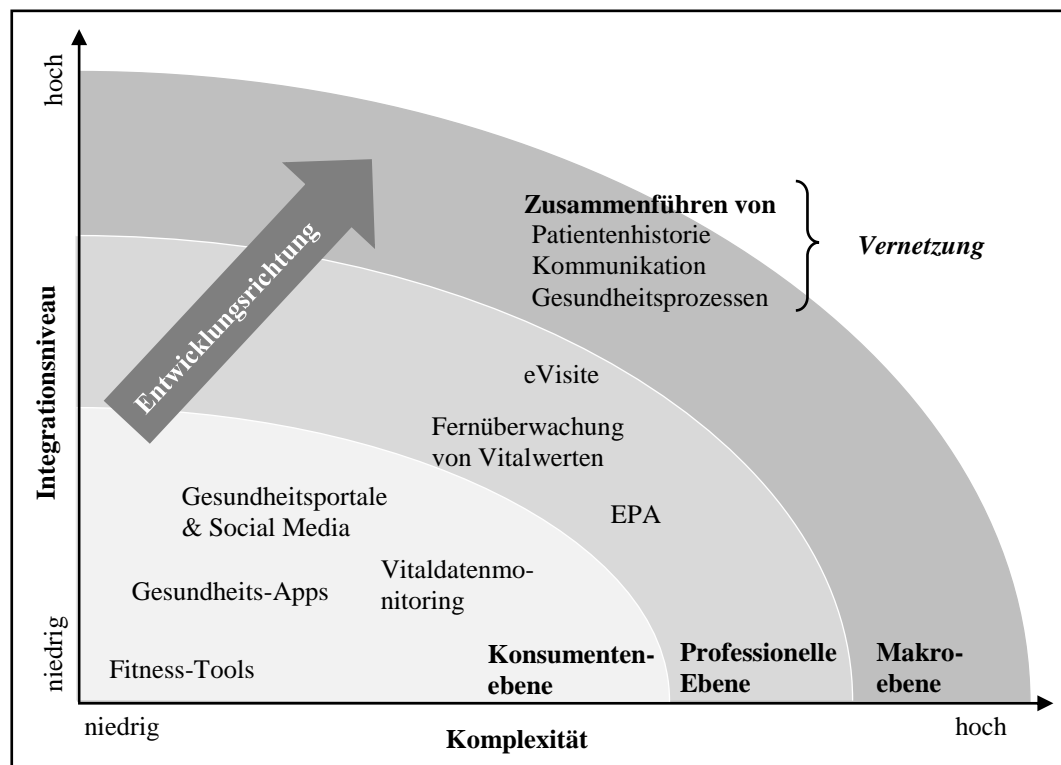


Abbildung 10: Die drei eHealth-Ebenen²⁸⁵

- *Konsumenten-Ebene:* Auf dieser Ebene, auch als zweiter Gesundheitsmarkt bezeichnet, lassen sich alle Anwendungen einordnen, die im privaten Bereich verfügbar sind, wie Gesundheits-Apps, Assistenzsysteme oder Gesundheitsportale
- *Professionelle Ebene:* Anwendungen auf der professionellen Ebene werden im Rahmen der Behandlung eingesetzt und ermöglichen telemedizinische Dienste an der Schnittstelle Leistungserbringer und Patient. Hierzu zählen z. B. die Messung

²⁸⁴ Vgl. Grisot/Vassilakopoulou/Aanestad (2018), S. 110.

²⁸⁵ In Anlehnung an Deloitte (2014), S. 5.

und Übermittlung von Vitalwerten, die eVisite oder auch die Elektronische Patientenakte (EPA)^{286, 287}

- *Makro-Ebene*: Diese Ebene ist als übergreifender Rahmen zu verstehen, da hierunter IKT-Anwendungen fallen, die digitale Gesundheitsangebote vernetzen (sollen). Dazu bedarf es zunächst der Bereitstellung einer geeigneten Netzinfrastruktur und anschließend der Herstellung eines sektorenübergreifenden Informationsflusses²⁸⁸

Im Rahmen dieser Arbeit ist insbesondere die Makroebene mit der Zusammenführung der Patientenhistorie, der Kommunikation und den Gesundheitsprozessen von Interesse. Um dies zu erreichen, müssen die bereits eingesetzten Informations- und Kommunikationstechnologien zusammengeführt oder durch standardisierte Lösungen ersetzt werden. Gegenwärtig existieren zwischen den Sektoren und den

²⁸⁶ Hinsichtlich des Begriffs der Elektronischen Patientenakte spricht Haas (2006) von einer Begriffsvielfalt, z. B. Elektronische Krankenakte (EKA), Elektronische Gesundheitsakte (EGA), Electronic Patient Record (EPR) oder Electronic Health Record (EHR). Ebd. S. 434ff. und (2017), S. 47. Auf den folgenden Seiten erläutert Haas (2017) die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Systeme. Die Begrifflichkeiten werden in der Literatur und im Sprachgebrauch teilweise jedoch synonym verwendet. Hervorzuheben ist insbesondere, dass die EPA bzw. eEPA dem ursprünglichen Konzept nach von Leistungserbringern geführt wird (= Electronic Health Record), während die EGA vom Patienten selbst verwaltet wird und wesentlich umfangreicher sein kann, da hier vom Patienten selbst gesammelte Gesundheitsdaten von Fitnessstrackern o.ä. hinterlegt werden können. Eine ausführliche Diskussion zur patientenzentrierten EGA mit entsprechenden Anwendungsfällen findet sich z. B. bei Fitte et al. (2019).

²⁸⁷ In Deutschland gibt es seit 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA), die als App allen gesetzlich Versicherten von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden soll und einen Zugriff über die elektronische Gesundheitskarte erlaubt. In dieser Akte sollen nach und nach Befunde, Diagnosen, Therapien, Impfungen, elektronische Arztbriefe und weitere Daten mit dem Einverständnis des Patienten gespeichert werden können. Die Nutzung der ePA durch den Patienten ist freiwillig und er soll ab 2022 selbst entscheiden können, wer welche Daten einsehen darf und welche er löschen möchte. Während Krankenhäuser und Apotheken für den (sicheren) Datenaustausch dazu verpflichtet werden, sich dafür der sog. Telematikinfrastruktur (TI) anzuschließen, müssen Ärzte, die dies ab Juli 2021 nicht tun, einen Honorarabzug in Kauf nehmen und für Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen sowie für Physiotherapeuten ist der Anschluss gänzlich freiwillig. Viele andere Berufsgruppen werden gar nicht berücksichtigt. Der Anfang für ein übergreifendes, stärker vernetztes Gesundheitswesen scheint gemacht, doch viele Fragen sind noch nicht abschließend geklärt. Dies betrifft insbesondere das Thema Datenschutz und in dem Zusammenhang auch haftungsrechtliche Fragen sowie die hochkomplexe Aufgabe der Interoperabilität. Vgl. health innovation hub (2020), S. 3. Auch unklar ist, inwiefern weitere Leistungserbringer angeschlossen werden und welche anderen Funktionalitäten, außer der elektronischen Speicherung von Daten, die ePA langfristig bieten kann. Wenn in dieser Arbeit von der Elektronischen Patientenakte (EPA) gesprochen wird, dann wird damit nicht die ePA als vom Patienten verwaltete Akte assoziiert, sondern eine Akte, die von den Leistungserbringern geführt wird. Vgl. weiterführend Bundesministerium für Gesundheit (2019b), URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/elektronische-patientenakte.html> und Gematik (2020), URL: <https://www.gematik.de/>.

²⁸⁸ Vgl. Peters/Klenke (2016), S. 111ff., S. 116; Deloitte (2014), S. 4f.

Professionen jedoch Informationsbrüche und Inkompatibilitäten der vorhandenen IT-Lösungen und übergreifende, standardisierte Lösungen sind nicht in Sichtweite.

Dies liegt vor allem an den unterschiedlichen Anwendungen. Während bspw. in Arztpraxen sog. Praxisverwaltungssysteme (PVS) eingesetzt werden, in denen alle medizinischen und abrechnungsrelevanten Daten erfasst werden, nutzen Krankenhäuser Krankenhausinformationssysteme (KIS), die jeweils an die speziellen Anforderungen des Krankenhauses angepasst werden.²⁸⁹ Gesundheitsrelevante Daten liegen in diesen Einrichtungen durchaus auch außerhalb dieser Systeme sowie zusätzlich auch bei anderen Leistungserbringern – heterogen aufbereitet und stark verteilt – vor.²⁹⁰ Damit ein Datenaustausch zwischen den verschiedenen Systemen ermöglicht werden kann (*Interoperabilität*), braucht es Schnittstellen. Hierfür stehen verschiedene Standards bzw. Regelformate zur Verfügung, was es wiederum schwierig macht, sich auf einen Standard zu einigen.²⁹¹ Sind Systeme *interoperabel*, besitzen sie die Fähigkeit „mit anderen Systemen ohne Zugriffsbeschränkungen oder weitere Barrieren zu interagieren. Wenn zwei Systeme miteinander vereinbar sind, nennt man sie auch kompatibel.“²⁹² Aber bereits sektorenintern gestaltet sich der Datenaustausch von System zu System schwierig, da es z. B. zwischen den aktuell mehr als 160 durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zugelassenen PVSen keine Schnittstellen gibt. Aus Sicht von Hard- und Softwareanbietern ist dies vermutlich auch gar nicht erstrebenswert, wollen sie doch nicht die Geschäftsgrundlage für ihre eigenen Basissysteme - und mögliche Erweiterungsmodule - gefährden.²⁹³ Aber selbst wenn Systeme in der Lage sind untereinander zu kommunizieren, bedeutet dies nicht, dass sie sich auch „verstehen“. Dies ist dann der Fall, wenn die Nutzer bspw. uneinheitliche Terminologien für gleiche Sachverhalte nutzen. Verstehen sich Systeme, ohne dass die Inhalte Interpretationsspielraum lassen, ist die Rede von *semantischer Interoperabilität*. Damit dies jedoch

²⁸⁹ Vgl. Buck et al. (2019), S. 449; Jäschke/Lux (2017), S. 334 und 341.

²⁹⁰ Vgl. Kohlschein/Wener/Meisen (2019), S. 69.

²⁹¹ Vgl. Böttinger/Weiß (2019), S. 29; Jäschke/Lux (2017), S. 344; Thun/Dewenter (2017), S. 670.

²⁹² Thun/Dewenter (2017), S. 670. Es lassen sich verschiedene Formen der Interoperabilität von IKT-Systemen unterscheiden: Rechtliche, organisatorische, semantische, syntaktische und strukturelle und Systeminteroperabilität. Eine Erläuterung hierzu findet sich a. a. O. Ausführlicher bei Haas (2006), inkl. technischer Details.

²⁹³ Vgl. Ozegowski/Cardinal (2019), S. 64; Jäschke/Lux (2017), S. 338. Die KBV veröffentlicht hierzu regelmäßig eine Zulassungsliste unter www.kbv.de.

möglich ist, müssen sich alle Akteure auf semantische Standards einigen, d.h. dieselben Terminologien und Klassifikationen nutzen.²⁹⁴ Thun (2009) bedauert, dass jeder Sektor unterschiedliche Kommunikationsstandards nutzt und eigene Softwarelösungen entwickelt. Als weitere Ursachen für die fehlende Interoperabilität führt sie zudem die unkoordinierte Standardentwicklung, die Blockadehaltung der Softwareindustrie sowie die angeführte organisatorische Trennung der Sektoren an, die einer technischen Vernetzung entgegenstehen. Zudem ist sie der Ansicht, dass Leistungserbringer und Patienten eine elektronische Kommunikation von Patientendaten aufgrund der Angst vor dem gläsernen Arzt bzw. Patienten nicht wünschen.²⁹⁵ Auch die „aufgrund der Sensibilität persönlicher gesundheitsrelevanter medizinischer Informationen“ bestehenden, hohen datenschutzrechtlichen und datensicherheitsrechtlichen Anforderungen spielen hier sicherlich eine Rolle.²⁹⁶

Um die Inkompatibilität bestehender IT-Infrastrukturen zu umgehen, können Gesundheitsnetzwerke auch auf eine netzwerkinterne, einrichtungübergreifende Elektronische Patientenakte (eEPA) setzen. Dies ermöglicht dann zwar einen Informationsaustausch zwischen den heterogenen Akteuren, führt aber im Zweifel auch zu Doppelarbeiten, wenn bspw. Patienteninformationen aufgrund fehlender Schnittstellen im lokalen, angestammten System und im Netzwerksystem erfasst werden müssen. Im Idealfall sollte bei der Auswahl der netzwerkseitigen Softwarelösung darauf geachtet werden, dass eine Schnittstelle verfügbar ist und die Interoperabilität zu den anderen Systemen gewährleistet wird.²⁹⁷ Bestenfalls werden eEPA-Systeme zudem so konzipiert, dass sie nicht nur reine Dokumentations- und Informationsverwaltungssysteme sind, sondern den kooperativen Behandlungsprozess abbilden und die vielfältigen Behandlungsschritte der heterogenen Leistungserbringer wieder zu einem patientenorientierten Gesamtbild zusammenfügen. Weiterführend sollten sie zudem die Zusammenarbeit zwischen Patient und Leistungserbringer verbessern und das Selbstmanagement des Patienten unterstützen.²⁹⁸

Dies entspricht aufgrund der bisherigen Erkenntnisse jedoch eher einem Wunschenken und führt weitergehend dazu, dass Insellösungen entstehen, die es

²⁹⁴ Vgl. Thun/Dewenter (2017), S. 675; Thun (2009), S. 134; Haas (2006), S. 110.

²⁹⁵ Vgl. Thun (2009), S. 134f. Eine Übersicht über verschiedenen Standards und Standardisierungsorganisationen findet sich ebd., S. 152-160 oder bei Breil (2016).

²⁹⁶ Holderried/Höper/Holderried (2020), S. 395.

²⁹⁷ Vgl. Haas (2017), S. 128; Brettreich et al. (2009), S. 180f.

²⁹⁸ Vgl. Haas (2017), S. 114f.

im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung zu vermeiden gilt.²⁹⁹ Fernab dieser Problematik, können IKT im Rahmen des Einsatzes in Gesundheitsnetzwerken die in Abbildung 11 dargestellten Funktionen erfüllen.

Kommunikation/ Informationstransfer	<ul style="list-style-type: none"> • eArztbrief • eRezept • eÜberweisung
Dokumentation medizinischer Daten	<ul style="list-style-type: none"> • (einrichtungübergreifende) Elektronische Patientenakte (eEPA)
Konsultation und Einweisung	<ul style="list-style-type: none"> • Einweiserportale • Telekonsultation für Zweitmeinung/Unterstützung
Wissenbereitstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Leitlinienserver • (einrichtungübergreifende) Datenbank • eLearning-Tools
Prozessunterstützung und -überwachung	<ul style="list-style-type: none"> • Prozessabbildung (Workflow) • Meldungen zu Auffälligkeiten und Plausibilitätsprüfungen
Informationsaufbereitung und Auswertung (Forschung und Evaluation)	<ul style="list-style-type: none"> • Register • Falldatenbanken
Unterstützung der Geschäftsprozesse	<ul style="list-style-type: none"> • Abrechnungs-Tools • Abbildung von B2B-Prozessen • Controlling von Finanzen etc.

Abbildung 11: Beispielhafte Anwendungsfelder von IKT in Gesundheitsnetzwerken³⁰⁰

Westbrook et al. (2009) zeigen mit einem Verweis auf zwei Studien auf, dass der Einsatz von IKT nicht nur die Effizienz im Gesundheitssektor steigern kann. Er kann auch dabei helfen, Fehler zu reduzieren, die teamorientierte Versorgung zu unterstützen, zur Integration optimaler Praktiken in den Versorgungsalltag beizutragen und neue effiziente Dienstleistungen durch veränderte berufliche Rollen sowie Verantwortlichkeiten zu ermöglichen.³⁰¹ Im Rahmen einer Fallstudie in Japan stellen Abraham et al. (2011) fest, dass ein elektronisch gestützter Informationsaustausch sogar die Kultur einer Gesundheitseinrichtung verändern kann, indem Ko-

²⁹⁹ Vgl. PwC (2018), S. 41.

³⁰⁰ Eigene Darstellung in Anlehnung an Brettreich et al. (2009), S. 180; Haas (2006), S. 21.

³⁰¹ Vgl. Westbrook et al. (2009), S. 202.

operationen über Fachbereiche und organisatorische Grenzen hinweg als Bereiche-
rung empfunden werden. Die Autoren gehen gar soweit, von einem Transformati-
onsprozess des Gesundheitswesens durch IKT zu sprechen.³⁰²

Es wird deutlich, dass Informations- und Kommunikationstechnologien eine
Schlüsselrolle einnehmen können, um sogar radikale Veränderungen der Arbeits-
organisation und Arbeitsweise zu ermöglichen und in Hinblick auf die kooperative
Zusammenarbeit notwendige Informationen zwischen den Leistungserbringern und
Sektoren zu übertragen.³⁰³ Auch wenn ein Informationsaustausch nicht ausreichend
ist, damit die kooperative Zusammenarbeit gelingt, ist sie notwendig für diese.³⁰⁴

Ob und welches Informations- und Kommunikationssystem letztlich eingesetzt
werden sollte, hängt von den speziellen Gegebenheiten ab. Dafür sollte zunächst
die strategische Ausrichtung des Gesundheitsnetzes klar sein und nachgelagert eine
dazu passende IT-Strategie festgelegt werden, die auch die Funktionen der IKT (s.
Abbildung 11) spezifizieren sollte. Auch hier wird erneut deutlich, dass die IKT nur
ein Mittel zum Zweck ist und nur eingebettet in eine Netzwerkstrategie eingesetzt
werden sollte, ohne diese zu bestimmen.³⁰⁵ Schubert fasst es treffend wie folgt zu-
sammen: „Die neuen Informationstechnologien bilden (...) die grundlegende Infra-
struktur zur Reduktion der mit der Vernetzung verbundenen Komplexität.“³⁰⁶

Ähnlich nehmen es Kubitschke, Müller und Meyer (2017) wahr, die zwar posi-
tive Effekte durch den Einsatz von IKT und eHealth für die Integration und Koope-
ration im Gesundheitswesen feststellen, gleichzeitig jedoch betonen, dass sie als
alleinige Treiber im Sinne eines Ermöglichens (*enabler*) einer kooperativen Ver-
sorgung weniger in Frage kommt, da es zunächst darauf ankommt, dass auch die
bis dahin getrennten Versorgungsprozesse aufeinander abgestimmt und angepasst
werden, um die gemeinsame Nutzung einer IKT-Anwendung erst sinnvoll ermög-
lichen zu können. Nicht zu vernachlässigen ist dabei, dass die IKT einen Mehrwert
für das gesamte Netzwerk und für die Aufgabenerfüllung der Akteure ermöglicht
und gleichzeitig einen individuellen Nutzen für die beteiligten Akteure zulässt.³⁰⁷

³⁰² Vgl. Abraham/Nishihara/Akiyama (2011), S. 168.

³⁰³ Vgl. Grisot/Vassilakopoulou/Aanestad (2018), S. 109; Kubitschke/Müller/Meyer (2017),
S. 516; Nolte/McKee (2011), S. 235.

³⁰⁴ Vgl. Thomson/Perry (2006), S. 27.

³⁰⁵ Vgl. Brettreich et al. (2009), S. 181f.

³⁰⁶ Vgl. Schubert (2008), S. 8.

³⁰⁷ Vgl. Kubitschke/Müller/Meyer (2017), S. 529f. Weiterführung zu driver (Treiber/Unterstützer)
vs. enabler (Ermöglicher) vgl. z. B. Rief (2008), S. 242f. und die dort angegebene Literatur.

Nach diesem Überblick über die Bedeutung und die Einsatzmöglichkeiten von Informations- und Kommunikationstechnologien speziell in Gesundheitswerken, soll der Blick wieder auf die Wundnetzwerke gelenkt werden. Dabei wird im folgenden Abschnitt der Frage nachgegangen, welche Informations- und Kommunikationstechnologien in Wundnetzwerken zum Einsatz kommen (können) und welche Bedeutung diese für eine kooperative Wundversorgung spielen.

2.2.3 Verbreitung von IKT in Wundnetzwerken

Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind auf aktuelle medizinische Daten und Informationen über den Behandlungsverlauf angewiesen, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten.³⁰⁸ Dies gilt umso mehr für die Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden, da die Therapie komplex ist und viele heterogene Leistungserbringer erfordert.³⁰⁹ Um räumlich und zeitlich getrennt erhobene, medizinische Informationen zur Wundbehandlung zusammenzuführen und allen an der Behandlung Beteiligten zugänglich zu machen, kommt im Kontext der Wunde der sog. elektronischen Wunddokumentation als spezieller Teilbereich einer Elektronischen Patientendokumentation (EPA) eine besondere Rolle zu. Eine elektronische Wunddokumentation ermöglicht eine lückenlose Wundbehandlung und kann ihre „Wirkung entfalten, wenn die Vielzahl von Akteuren, nämlich die Hausärzte, niedergelassenen Fachärzte, Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, ambulante Pflegedienste sowie Wundexperten in einer geordneten Form kooperieren“ und eben auf jene gemeinsam zugreifen können.³¹⁰ Solche Anwendungen werden in unterschiedlichen Funktionalitäten angeboten, die über eine reine Dokumentation hinausgehen können³¹¹ und sowohl Unterstützung beim Behandlungs- und Prozessablauf als auch bei Entscheidungen im Rahmen der Behandlung bieten können.³¹²

³⁰⁸ Vgl. Dittmar/Wohlgemuth/Nagel (2009), S. 16.

³⁰⁹ Vgl. Abschnitt 2.1.3.

³¹⁰ Hübner et al. (2016), S. 189.

³¹¹ Vgl. hierzu die Studie von Hübner et al. (2016). Die Autoren ermitteln 62 Unternehmen mit 64 Produkten (Herbst 2014). 18 dieser Firmen werden mittels Fragebogen auf die Funktionen Kompatibilität mit bestehenden Datensätzen, Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz, Mobilität der Daten (organisationsübergreifend) und Eignung für Telemedizin (Bildübermittlung, Fallkonferenzen etc.), Registerfähigkeit und Interprofessionalität (Berufsgruppenspezifisch).

³¹² Vgl. Niechzial (2020), S. 123; Haas (2017), S. 46 u. S. 84.

Strebt ein Netzwerk eine technische Unterstützung an, geht es vorrangig um die Frage, ob die bereits vorhandenen heterogenen elektronischen Dokumentationssysteme mithilfe einer Schnittstelle vernetzt werden können bzw. sollen oder ob eine eigene Netzwerklösung notwendig ist.³¹³ Meist kommt eher die zweite Variante in Betracht, weil die bestehenden zahlreichen elektronischen Dokumentationssysteme der verschiedenen Sektoren wie aufgezeigt heterogen und zumeist inkompatibel sind. Auch dienen sie eher zur Leistungsabrechnung als der lückenlosen und strukturierten Patientenversorgung.³¹⁴

Wundnetzwerke, in denen die Akteure bereits mehr oder weniger soziale Beziehungen zueinander aufweisen, stellen eine gute Basis für die Einführung einer solchen gemeinsamen IKT dar.³¹⁵ Dafür müssen sich die Mitglieder jedoch auf ein Dokumentationssystem einigen oder eine Software speziell für das Netzwerk entwickeln lassen. Zu bedenken ist, dass aufgrund eines fehlenden, einheitlichen Standards ein Konsens über die zu dokumentierenden Inhalte hergestellt werden muss.³¹⁶ Eine gemeinsame Wunddokumentation impliziert, dass die Weiterbehandler die Möglichkeit haben, die Dokumentation fortzuführen, damit eine lückenlose Verlaufskontrolle erreicht werden kann.

Sehr breit beim Thema IKT setzen Bogenstahl und Schultz (2011) an, indem sie in einer Benchmarkingstudie von vertraglich verbindlichen Versorgungsnetzwerken³¹⁷ beim Status Quo von IKT-Instrumenten auch das Vorhandensein einer Homepage und eines Internetportals mit geschlossenem Mitgliederbereich (Intranet) erfragten. In Anbetracht dessen, dass viele Leistungserbringer immer noch das Fax als Kommunikationsmedium bevorzugen (Vgl. Abschnitt 2.1.2), erscheint dies zunächst nachvollziehbar. Des Weiteren untersuchten sie die Verbreitung einer Elektronischen Patientendokumentation, eines elektronischen Controlling bzw. Reporting-Instruments, einer Abrechnungssoftware, einer elektronischen Terminplanung und eines Data Warehouses zur zentralen und integrierenden elektronischen Informationsspeicherung.³¹⁸ Die Autoren stellen fest, dass zwar 84 % der untersuchten Netzwerke über eine eigene Homepage verfügen und 68 % ein Internetportal

³¹³ Vgl. Buck et al. (2019), S. 453.

³¹⁴ Vgl. Klemm (2016), S. 177.

³¹⁵ Vgl. Teckert (2020), S. 633f.; Ross et al. (2010), S. 123.

³¹⁶ Vgl. Storck et al. (2019), S. 389.

³¹⁷ Verträge nach den §§ 140a-d SGB V (Stand 2008) sowie erweitert Ärztenetzwerke, nicht speziell auf die Wunde bezogen.

³¹⁸ Vgl. Bogenstahl/Schultz (2011), S. 86.

mit einem geschlossenem Mitgliederbereich vorweisen, aber nur wenige Versorgungsnetzwerke eine Elektronische Patientendokumentation nutzen (30 %). Auch die Verbreitung der weiteren erfragten Instrumente ist vergleichsweise gering.³¹⁹

Speziell auf Wundnetze bezogen geben laut der Studie von Goepel et al. (2014) zum Zeitpunkt der Erhebung immerhin 14 der 35 Wundnetze (40 %) an, dass eine einheitliche digitale Wunddokumentation vorliegt und weitere 10 (29 %) planen, diese zukünftig umsetzen zu wollen.³²⁰ Weitere digitale Anwendungen werden hier nicht erfragt. Offen bleibt zudem die Frage, welche Funktionalitäten die digitalen Wunddokumentationen bieten und ob diese tatsächlich auch von allen Netzwerkmitgliedern eingesetzt werden, da das bloße Vorhandensein einer einheitlichen digitalen Wunddokumentation nichts über deren Nutzung aussagt.

Es gibt durchaus auch Beispiele von Wundnetzwerken, in denen IKT bzw. die damit erfassbaren Daten als zentrales Element (Zentralrechner) des Netzwerks demonstriert werden, wie beim Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein (Vgl. Abbildung 12). Dieses hat 2016 laut eigenen Angaben eine Telematikinfrastruktur³²¹ implementiert, mit den Komponenten Telemedizin (Fotodokumentation, Telekonsile), einrichtungsübergreifende Patientenakte und Telemonitoring/Homecare. Die Datenerfassung soll dabei standardisiert erfolgen, d.h. es werden Pflichtfelder vorgegeben, deren mögliche Werte aus vorab definierten Alternativen ausgewählt werden können. Die neue Telematikinfrastruktur und die Standardisierung fußen auf Erfahrungen aus dem vorherigen Versuch, im Netzwerk gesammelte Patientendaten hinsichtlich der Heilungsraten, Behandlungskosten etc. auszuwerten. Aufgrund unvollständiger Datensätze, Unterbrechungen des Informationsflusses oder nicht standardisierter Daten war eine Auswertung jedoch nicht möglich. Das neue System soll zudem den Behandlungsprozess besser unterstützen.³²²

³¹⁹ Vgl. Bogenstahl/Schultz (2011), S. 86f.

³²⁰ Vgl. Goepel et al. (2014), S. 963f.

³²¹ Der Begriff Telematik setzt sich aus den Wörtern „Telekommunikation“ und „Informatik“ zusammen und bezeichnet die Vernetzung verschiedener IT-Systeme.

³²² Vgl. Storck/Schmidt (2016), S. 25f. Das Versorgungsmodellprojekt und die damit verbundene Datenbank bzw. das Register wird als TOMORROW (Technical Office Mittlerer Oberrhein for Research on Wounds) bezeichnet.

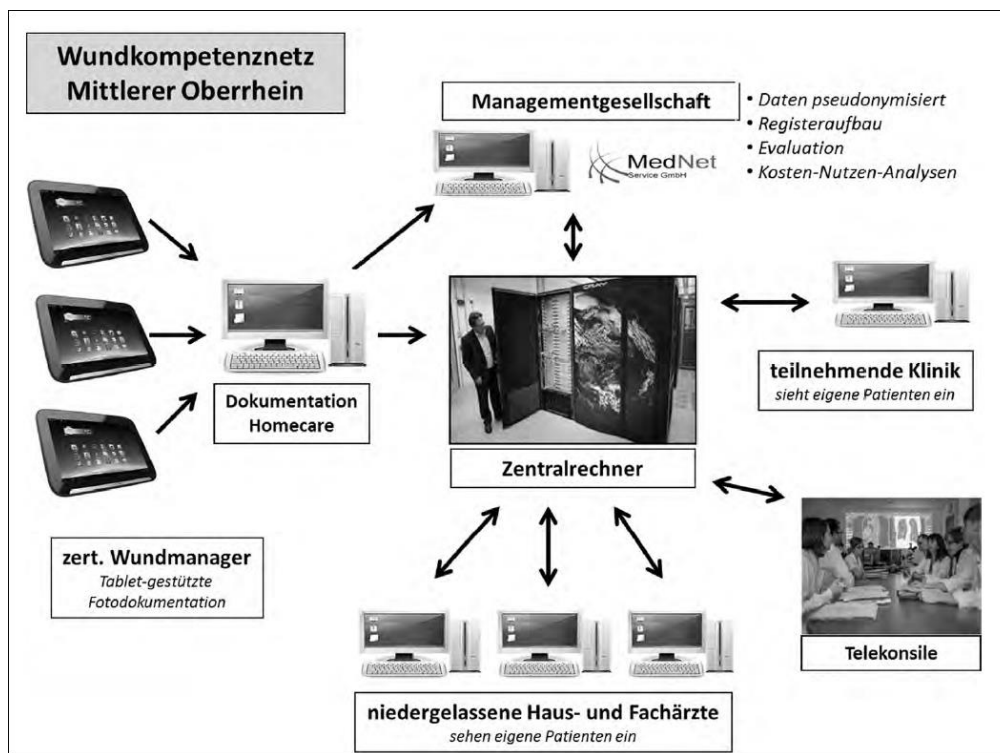


Abbildung 12: Organisationsstruktur im Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein³²³

Wie aus der Abbildung ersichtlich wird, sind Ärzte, Homecare-Unternehmen und Kliniken in die Organisationsstruktur eingebunden und haben je nach Status in der Behandlung Lese- oder Schreibrechte für die zentral abgelegte Patientenakte.³²⁴ Ob die neue Telematikinfrastruktur die erhofften Resultate ermöglicht hat, kann nicht beurteilt werden, da keine aktuelleren Veröffentlichungen bekannt sind.

Im Verlauf dieser Arbeit wird zu prüfen und zu hinterfragen sein, welche Arten von Informations- und Kommunikationstechnologien in Anlehnung an die erfragten Anwendungen von Bogenstahl und Schultz (2011) in den Wundnetzwerken vorhanden sind und tatsächlich auch eingesetzt werden. Dazu werden folgende *Detailfragen* formuliert:

- *Welchen Stellenwert nehmen Informations- und Kommunikationstechnologien in den Wundnetzwerken ein?*
- *Welche IKT-Anwendungen sind vorhanden?*
- *Welche Bedeutung wird IKT allgemein für die kooperative Wundversorgung beigemessen? Welche Einsatzbereiche werden als sinnvoll erachtet?*

³²³ Storck/Schmidt (2016), S. 25.

³²⁴ Vgl. Storck/Schmidt (2016), S. 26.

3 Theoretische und konzeptionelle Grundlagen

Nachdem der Kontext von Wundnetzwerken und die Bedeutung von Informations- und Kommunikationstechnologien für diese dargelegt wurden sowie eine erste Bestandsaufnahme zur Verbreitung von Wundnetzwerken und der Relevanz von IKT in diesen erfolgte, widmet sich dieses Kapitel den theoretisch-konzeptionellen Grundlagen des Netzwerkphänomens. Diese sollen dazu beitragen, ein umfassendes Verständnis für die Entstehung, die Charakteristik sowie das Management von Wundnetzen zu ermöglichen, um letztlich die Forschungsfragen konkretisieren und anschließend die empirische Untersuchung theoriegeleitet konzeptualisieren zu können.

3.1 Gesundheitsnetzwerke zur Wundversorgung

Obwohl der Begriff des *Netzwerks* im Laufe dieser Arbeit häufig verwendet wurde, blieb eine analytische Betrachtung bisher aus und wird nun nachgeholt.

Es gibt eine Reihe betriebswirtschaftlicher und soziologischer Arbeiten zu Netzwerken, die unterschiedliche Perspektiven auf den Netzwerkbegriff eröffnen und insgesamt einen wertvollen Beitrag für die Vernetzung im Gesundheitswesen liefern können.³²⁵ Diese Arbeiten lassen sich nach dem untenstehenden Modell (Abbildung 13) von Sydow (1992) in die phänomenologische, die methodische und die theoretische Ebene unterteilen, die starke Interdependenzen aufweisen.

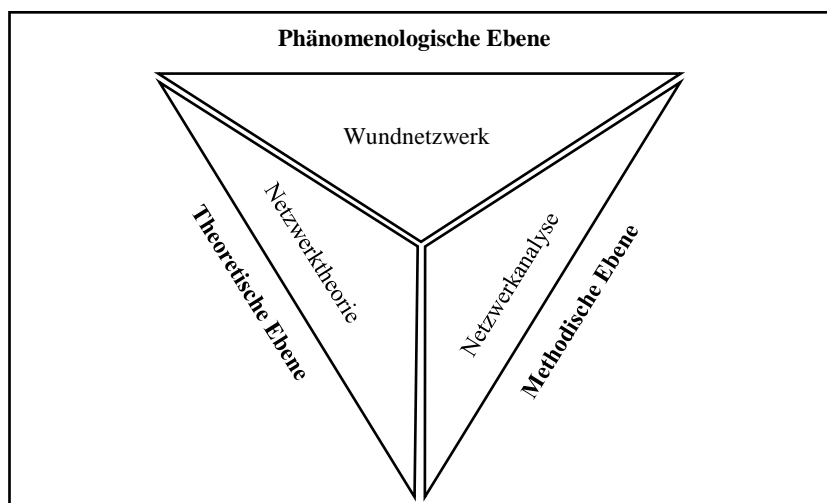


Abbildung 13: Ebenen des Netzwerkbegriffs³²⁶

³²⁵ Vgl. Amelung/Sydow/Windeler (2009), S. 13.

³²⁶ In Anlehnung an Sydow (1992), S. 119.

Auf *phänomenologischer Ebene* sind (Wund)Netzwerke als empirische Objekte bzw. Phänomene beobachtbar und es wird ergründet, was unter einem Netzwerk zu verstehen ist. Auf *theoretischer Ebene* ist es das übergeordnete Ziel, eine Theorie für Netzwerke zu entwickeln (induktiv), die das Netzwerkphänomen in Gänze beschreibt, Gesetzmäßigkeiten aufdeckt und so „Hypothesen zur Entwicklung und Strukturierung von Netzwerken, zum Verhalten von Netzwerkmitgliedern, zu den Bedingungen und Folgen bestimmter Netzwerkkonfigurationen oder zur Abgrenzung eines Netzwerkes von seiner Umwelt“ abzuleiten ermöglicht.³²⁷ Da es jedoch nicht *die eine* eigenständige Netzwerktheorie gibt, gilt es, je nach Forschungsinteresse unterschiedliche Theorieansätze heranzuziehen, die sich als Grundlage für die Netzwerkanalyse auf methodischer Ebene eignen. Entsprechend sind auch in dieser Arbeit Theorieansätze zu wählen, die es erlauben, sich dem Netzwerkphänomen in seiner Gänze zu nähern, ohne den Blick isoliert auf einzelne Akteure oder Elemente zu richten. Diese Theorien sollen insbesondere zum Verständnis der Entstehung und Entwicklung des Realphänomens Wundnetze beitragen.³²⁸ Die Auseinandersetzung mit und die Beschreibung bzw. Analyse der (Wund)Netze ist auf der *methodischen Ebene* zu verorten. Durch die Anwendung verschiedener Erhebungs- und Auswertungsmethoden soll das Netzwerk-Phänomen mit seinen strukturellen Eigenschaften und vorherrschenden Mustern erfasst werden.³²⁹ Erst die Einnahme einer theoretisch gestützten und methodisch begründeten Perspektive erlaubt eine tiefere Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Wundnetzwerke.

Die folgenden Ausführungen orientieren sich an diesem Modell, wobei der Versuch einer trennscharfen Einordnung nicht über die Interdependenzen hinwegtäuschen darf und berücksichtigen folgende Themenfelder:³³⁰

- Definition von (Wund-)Netzwerken
- Entstehung von (Wund-)Netzwerken
- Typologie von (Wund-)Netzwerken
- Erfolg und Erfolgsfaktoren von (Wund-)Netzwerken
- Management von (Wund-)Netzwerken³³¹

³²⁷ Sydow (1992), S. 125.

³²⁸ Vgl. Glatzel (2012), S. 56; Sydow (1992), S. 126.

³²⁹ Vgl. Sydow (1992), S. 121.

³³⁰ Die Themenfelder orientieren sich weitgehend an Teller et al. (2005), S. 31.

³³¹ Dieses Themenfeld wird gesondert im Kapitel 3.2 behandelt.

3.1.1 Phänomenologische Ebene – Wundnetzwerke

Das Vernetzungsphänomen im Gesundheitswesen wurde skizziert und in Hinblick auf Wundnetze erfolgte in Abschnitt 2.1.6.2 eine erste Bestandsaufnahme. Eine nähere Auseinandersetzung mit dem Begriff *Netzwerk* wurde indes vernachlässigt, bis auf die Feststellung, dass es sich hierbei um eine alternative und innovative Organisationsform handelt (vgl. Abschnitt 2.1.6.3).

Im täglichen Sprachgebrauch wird der Begriff Netzwerk vielseitig verwendet, um damit bspw. bestehende soziale Beziehungen mit anderen Menschen oder Gruppen darzulegen.³³² Netzwerke existieren empirisch-praxeologisch in allen gesellschaftlichen Bereichen mit der zu Grunde liegenden Annahme, dass diese „Probleme besser lösen, als andere organisatorische Arrangements und institutionelle Strukturen oder sie zumindest sinnvoll ergänzen können.“³³³ Zu unterscheiden sind zunächst primäre Basisnetzwerke, die nicht organisiert sind, wie die Familie und sekundäre, informelle Netzwerke, die gering organisiert sein können, wie bspw. Selbsthilfegruppen oder stark organisiert sein können, wie Vereine. Während diese Netzwerkformen als (eher) natürliche Netzwerke gelten, lassen sich hiervon tertiäre Netzwerke als künstliche Netzwerke abgrenzen, die von professionellen Akteuren gegründet werden. Hierzu zählen institutionelle Kooperationen im gemeinnützigen Bereich sowie marktbezogene Kooperationen wie Produktionsnetzwerke.³³⁴

Die konzeptionell-theoretische Netzwerkforschung, die sich an den Konzepten der Management- und Organisationsforschung orientiert, versucht allgemeingültige und systematisierende Beschreibungsmerkmale für den Netzwerkbegriff zu extrahieren. Generell kann ein Netzwerk „als eine abgegrenzte Menge von Knoten oder Elementen und der Menge der zwischen ihnen verlaufenden sogenannten Kanten“³³⁵ definiert werden, wobei die Knoten oder Elemente die Akteure, Ereignisse oder Objekte symbolisieren können und die Kanten die Beziehungen zwischen diesen. Bühler (2013) bezeichnet Netzwerke als „ein System aus mehreren Elementen,

³³² Wobei das eigene, personenbezogene Netzwerk auch als egozentrisches Netzwerk bezeichnet wird.

³³³ Schuhmann (2008), S. 10.

³³⁴ Vgl. Schubert/Veil (2013), o. S.; Schubert (2008), S. 38f.

³³⁵ Jansen (2006), S. 58.

die untereinander verbunden sind und Informationen, Material, Dienstleistungen oder Wissen austauschen“³³⁶ und stellt stärker auf den (Ressourcen)Austausch der Elemente ab, die hierbei Personen oder Organisationen sein können.

Neben dem Netzwerkbezug werden Begriffe wie *Kooperation* und *Allianz* im allgemeinen Sprachgebrauch und in der Literatur nebeneinander und uneinheitlich verwendet.³³⁷ Zentes et al. (2005) begreifen die Begriffe Allianz und Kooperation als Synonyme, die alle Formen zwischenbetrieblicher Zusammenarbeit bezeichnen. Netzwerke sind den Autoren nach hingegen Unterformen der Allianz bzw. der Kooperation, da hier „mindestens drei Akteure unter Einbeziehung direkter und indirekter Beziehungen zusammenarbeiten.“³³⁸ Die Netzwerkforschung betrachten sie entsprechend als Teil der Kooperationsforschung.³³⁹ Die Grenze von mindestens drei Akteuren ziehen auch Provan und Kenis (2008), wonach sich Netzwerke auszeichnen als „groups of three or more legally autonomous organizations that work together to achieve not only their own goals but also a collective goal.“³⁴⁰ Diese (Netzwerk)Ziele ergeben sich im Rahmen eines Aushandlungsprozesses als Schnittmenge der individuellen Ziele und bilden die Existenzgrundlage für eine Zusammenarbeit.³⁴¹ Sydow (2010) hingegen unterscheidet die Begrifflichkeiten nach ihrer Komplexität und ist der Ansicht, dass mit dem Netzwerkbezug deutlich komplexere Beziehungsgeflechte einhergehen als mit Kooperationen oder Allianzen.³⁴²

Kooperationen jedweder Art implizieren demnach, dass die involvierten Akteure eine wie auch immer geartete Beziehung haben. „Conversely, (...) interorganizational relationships are established for the purpose of co-operation.“³⁴³ Unter dem Begriff *interorganisational relationships*, also der Interorganisationsbeziehungen, verstehen Sydow und Windeler (1994) „all jene Beziehungen (...), die zwei oder mehr Organisationen (...) miteinander unterhalten“³⁴⁴ und die aufgrund „ökonomischer Transaktionen oder infolge anderer aufgabenbezogener und/oder sozialer Interaktionen“³⁴⁵ entstehen. Der Beziehungsbegriff schließt Geschäftsbeziehungen

³³⁶ Bühler (2013), S. 31.

³³⁷ Vgl. Zentes/Swoboda/Morschett (2005), S. 5; Alter/Hage (1993), S. 44.

³³⁸ Zentes/Swoboda/Morschett (2005), S. 6.

³³⁹ Vgl. Zentes/Swoboda/Morschett (2005), S. 6.

³⁴⁰ Provan/Kenis (2008), S. 231.

³⁴¹ Vgl. Miklis (2004), S. 241f.

³⁴² Vgl. Sydow (2010a), S. 3.

³⁴³ van Raak/Paulus/Mur-Veeman (2005), S. 14.

³⁴⁴ Sydow/Windeler (1994), S. 2.

³⁴⁵ Sydow/Windeler (1994), S. 3.

ebenso ein wie persönliche Beziehungen oder informationstechnische Beziehungen.³⁴⁶ Formelle wie informelle Beziehungen bilden demnach die Grundlage jeder Kooperation und sind gleichzeitig Resultat dieser.

Anders als einer hierarchischen Struktur oder einer reinen Marktlogik folgend, gilt in Netzwerken zudem eher das Prinzip der Selbstorganisation und der Aushandlung von Aufgaben und Pflichten. Powell (1990) merkt an „the parties to a network agree to forego the right to pursue own interests at the expense of others.“³⁴⁷ Ähnlich formulieren es Hauschildt et al. (2016): „An die Stelle von Befehl und Gehorsam treten Verhandlungen und Verträge, in denen Leistungen und Gegenleistungen sorgsam beschrieben werden. Die Koordination erfolgt hierarchiefrei als Schnittstellenmanagement.“³⁴⁸

Im Gesundheitswesen finden sich auch verschiedene Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit von Leistungserbringern. Einige dieser (gesetzlich verankerten) vernetzten Versorgungsformen wurden in Abschnitt 2.1.6.1 dargestellt. Weitere mit dem Netzwerk oder der Kooperation verwandte Begriffe sind in diesem Kontext die Arbeitsgemeinschaft, die Integrierte Versorgung oder das Case Management.³⁴⁹ Wie dargelegt, konzentriert sich diese Arbeit auf Vernetzungen zwischen wundversorgenden Einrichtungen und Einzelpersonen, die sich als Wundnetzwerk, Wundnetz, Wundzentrum oder Arbeitsgemeinschaft bezeichnen.³⁵⁰ Die Bezeichnung Wundnetzwerk ist dabei unabhängig von der inhaltlichen Ausrichtung. Entscheidend ist nur, dass deren Mitglieder sich zusammensetzen „aus unterschiedlichen, jeweils wirtschaftlich selbständigen Einheiten oder Wundtherapeuten vor Ort mit dem Interesse, eine Verbesserung der Wundbehandlung von Patienten mit chronischen Wunden zu ermöglichen und damit ihre Lebensqualität zu verbessern“, bestenfalls, ohne dabei vorrangig eigenwirtschaftliche Interessen zu verfolgen.³⁵¹

Weitergehend werden diese interorganisationalen Wundnetze in Anlehnung an Sydow (1992), Provan und Kenis (2008) sowie ergänzt um die Ausführungen in Kapitel 2.1.6.3, als innovative Organisationsform und Gegenentwurf zur Regelversorgung verstanden, die durch komplex-reziproke, kooperative und relativ stabile

³⁴⁶ Vgl. Sydow/Windeler (1994), S. 3.

³⁴⁷ Powell (1990), S. 303.

³⁴⁸ Hauschildt et al. (2016), S. 253f.

³⁴⁹ Vgl. Schicker (2008b), S. 147.

³⁵⁰ Goepel et al. (2014), S. 961.

³⁵¹ Tigges (2016), S. 40.

Beziehungen zwischen autonomen Organisationen und/oder Individuen zur Erreichung nicht nur eigener, sondern gemeinsamer Ziele gekennzeichnet ist, wobei langfristig eine bessere, schnellere und bestenfalls kostengünstigere Versorgung von Wundpatienten erreicht werden soll.³⁵² „Eine *Vernetzung* der einzelnen Leistungsanbieter im Gesundheitssystem (...) ist dann erreicht, wenn die Kooperation ständig funktioniert, d.h. dass sie zu einer Selbstverständlichkeit geworden ist.“³⁵³ Ein Netzwerk ist damit Ergebnis und zugleich Verstetigung einer Kooperation.

Im Gegensatz zum klassischen Bild der arztzentrierten Versorgung (vgl. hierzu auch Abschnitt 2.1.2), bei dem sich ein Großteil der Ärzte sich und ihre Beziehung zum Patienten als Mittelpunkt sehen und andere Leistungserbringer dabei nur zuarbeiten oder vom Arzt erteilte Anordnungen ausführen (Abbildung 14 links), entsteht durch die Beziehungen idealerweise ein Kooperationsmodell, bei dem alle Leistungserbringer gleichberechtigt sind und allein den (Wund)Patienten in den Mittelpunkt ihres Wirkens rücken (Abbildung 14 rechts).

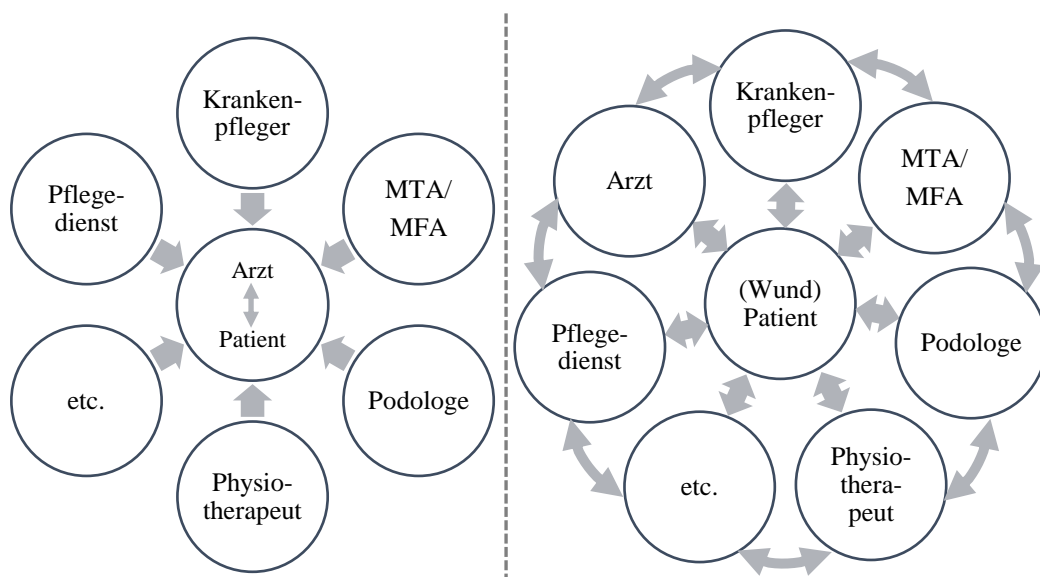


Abbildung 14: Arzt-Patientenzentriertes Kooperationsmodell vs. Patientenzentriertes Kooperationsmodell³⁵⁴

Für den Aufbau und den Betrieb der Wundnetze stehen den Akteuren dabei verschiedene Gestaltungsoptionen zur Auswahl. Da hier Individuen bzw. Organisatio-

³⁵² Vgl. Provan/Kenis (2008), S. 231; Sydow (1992), S. 82.

³⁵³ Bühler (2013), S. 16.

³⁵⁴ Eigene Darstellung in Anlehnung an Wilm/Jork (1987), S. 453f.

nen mit divergierenden Zielen, Interessen, Kulturen, Werten und Historien aufeinandertreffen, bedarf es dabei eines Aushandlungsprozesses.³⁵⁵ Inwieweit in der Realität bei diesem die Bedürfnisse der Wundpatienten berücksichtigt werden, bleibt zu hinterfragen. Neben dieser theoretischen Betrachtung des Netzwerkbegriffs soll dabei zur Beantwortung der Forschungsfragen folgender *Detailfrage* nachgegangen werden: *Was assoziieren die Wundnetze selbst mit dem Begriff des Netzwerks bzw. der Kooperation?*

Welche Optionen generell für die Ausgestaltung eines Wundnetzes denkbar sind, ist Gegenstand der methodischen Netzwerkebene und wird in Kapitel 3.1.3 dargelegt. Zuvor erfolgt jedoch die Auseinandersetzung mit ausgewählten Theorieansätzen zur Entstehung von Wundnetzen.

3.1.2 Theoretische Ansätze der Netzwerkforschung

Das bloße Phänomen des Vorhandenseins von Wundnetzwerken erklärt nicht deren Existenz. Um dies zu bewerkstelligen, bedarf es zunächst eines theoretischen Zugangs. Es wurde darauf verwiesen, dass es nicht die eine geschlossene Netzwerktheorie³⁵⁶ gibt, auch ist es nicht Ziel dieser Arbeit eine solche zu entwickeln. Vielmehr werden in der Forschung je nach Teilbereich und Interessenschwerpunkt verschiedene Theorieansätze zu Grunde gelegt.³⁵⁷ Die Berücksichtigung verschiedener Theorien – im Sinne einer pluralistischen Methodologie – kann Feyerabend

³⁵⁵ Vgl. De Rond/Bouchikhi (2004), S. 66.

³⁵⁶ Es existiert zwar die sog. (soziale) Netzwerktheorie, allerdings fußt diese Bezeichnung eher auf dem zu beschreibenden Forschungsgegenstand (der Begriff Netzwerk wird hier weit ausgelegt und reicht von Freundschaftsnetzwerken bis hin zu Vertragsnetzwerken) als auf einem theoretischen Unterbau, um sich jenem zu nähern. Kritiker führen an, dass sich die (soziale) Netzwerktheorie je nach Forschungsinteresse von anderen Theorien bedient und allenfalls einen methodisch-analytischen Rahmen bietet. Statt des Begriffs der *sozialen Netzwerktheorie* findet sich in der Literatur entsprechend häufig der Ausdruck *soziale Netzwerkanalyse*. Dem halten Ebers/Maurer (2018), S. 410 ff. entgegen, dass die Netzwerktheorie eine Reihe von Mechanismen theoretisiert, über die Netzwerke ihre Wirkung auf das Verhalten der Akteure entfalten. Vgl. weiterführend Borgatti/Brass/Halgin (2014); Ebers/Maurer (2018). Nach eigenen Erkenntnissen handelt es sich bei der (sozialen) Netzwerktheorie eher um ein Sammelsurium verschiedener theoretischer Zugänge. So bedienen sich z.B. die von Ebers/Maurer angeführten Autoren Tasselli/Kilduff/Menges (2015) der Strukturierungstheorie oder Bensaou/Galunic/Jonczyk-Sédès (2014) u. a. der Theorie des Sozialkapitals. Dies erscheint aufgrund der Komplexität und Abgrenzung des jeweiligen Netzwerkbegriffs vollkommen legitim, um verschiedene Netzwerkphänomene zu erfassen. Nur kann dies die oben getroffene Aussage, dass es keine geschlossene Netzwerktheorie gibt, nicht entkräften.

³⁵⁷ Vgl. Glatzel (2012), S. 56; Sydow (1992), S. 127f.

(1987) folgend fruchtbar sein für eine ausgewogene und ganzheitliche Erfassung des hiesigen Untersuchungsgegenstandes, zumal jede Theorie ihre Grenzen hat.³⁵⁸

Basierend auf dem Forschungsgegenstand und dem übergeordneten Forschungsziel, werden für die vorliegende Arbeit bedeutsame Ansätze und deren Erklärungsbeiträge im Folgenden diskutiert, wobei die Ausführlichkeit der Erläuterungen unterschiedlich ausfallen wird. Dies liegt darin begründet, dass die Ansätze für die Arbeit und die Fragestellungen unterschiedlich relevant sind und es weder zielführend, noch sinnvoll wäre, jeden Ansatz in aller Breite und Tiefe zu behandeln.

3.1.2.1 Soziale Austauschtheorie

Die soziale Austauschtheorie (SAT) versucht zu erklären, wie soziale Beziehungen entstehen und fortbestehen. Sie stellt ein individualistisches Konzept dar und betrachtet die Interaktionen zwischen Individuen oder Organisationen als Austauschbeziehungen von materiellen und immateriellen Werten.³⁵⁹ Damit es zu Interaktionen kommt, muss der gefühlte Individualnutzen aus dem Austausch größer sein als der eigene Aufwand, mindestens jedoch gleichwertig.³⁶⁰ Jede Austauschbeziehung wird entsprechend aus einer Kosten-Nutzen-Perspektive betrachtet und entweder als vorteilhaft oder als unvorteilhaft bewertet. Entscheidend ist dabei, dass die Bewertung in Relation gesetzt wird zum (empfundenen) Nutzen der Tauschpartner und ein negatives oder positives Ungleichgewicht zu Konflikten führen kann.³⁶¹ Homans (1961, 1974) bezeichnet dies als die *Regel der ausgleichenden Gerechtigkeit (the rule of distributive justice)*.³⁶²

Der Begriff *Nutzen (reward)* kann dabei jegliches positiv Empfundene und der Begriff *Kosten* negativ Empfundenes sein und ist für jeden Akteur individuell zu definieren.³⁶³ Die Komponenten der Austauschbeziehung und deren Bewertung erfolgen subjektiv als Gesamtbewertung.³⁶⁴

³⁵⁸ Vgl. Feyerabend (1986), S. 34-39. Konkret schreibt Feyerabend: „Theorienvielfalt ist für die Wissenschaft fruchtbar, Einförmigkeit dagegen lähmt ihre kritische Kraft.“ Ebd., S. 39.

³⁵⁹ Die soziale Austauschtheorie ist keine in sich geschlossene Theorie, sondern eher ein Oberbegriff für tlw. heterogene theoretische Strömungen, denen jedoch ähnliche Annahmen zu Grunde liegen. Hauptvertreter sind u. a. Emerson (1962) Homans (1961, 1974) und Thibaut/Kelley (1959). Siehe weiterführend zu den Strömungen und Vertretern bei z.B. Lambe/Wittmann/Spekman (2001) sowie Cook/Rice (2006).

³⁶⁰ Vgl. Stock-Homburg/Groß (2019), S. 80f.; Stock-Homburg (2010), S. 61; Staehle/Conrad/Sydow (1999), S. 364; Sydow (1992), S. 228.

³⁶¹ Vgl. Staehle/Conrad/Sydow (1999), S. 311f.

³⁶² Vgl. Homans (1974), S. 248.

³⁶³ Vgl. Homans (1974), S. 30ff.

³⁶⁴ Vgl. Thibaut/Kelley (1959), S. 21.

Da eine Austauschbeziehung „als eine Episode in einer bestehenden sozialen Beziehung begriffen und deshalb als immer mehr oder weniger abhängig vom bereits bestehenden Netzwerk interorganisationaler Beziehungen“³⁶⁵ betrachtet werden kann, wird dabei nicht die einzelne Transaktion, sondern die (soziale) Beziehung als solche in den Vordergrund gerückt und bewertet. Ein Netzwerk (*exchange network*) wird folglich erst durch die Verknüpfung von Austauschbeziehungen (*exchange relations*) gebildet und ist als Struktur nicht einfach da.³⁶⁶

Netzwerke beruhen auf den Grundsätzen des gegenseitigen Austausches verschiedener Leistungen sowie von Informationen und Wissen, aber auch von sozialen Annehmlichkeiten oder Freundschaft.³⁶⁷ Dabei sollte möglichst eine Balance von Nutzen (Nehmen) und Kosten (Geben) für die Netzwerkmitglieder hergestellt werden. Ein potenzielles Mitglied wird dem Netzwerk nur beitreten und Austauschbeziehungen pflegen, wenn die Erträge gleich oder größer den Kosten sind, wobei Erträge und Kosten nicht als rein monetäre Größen zu verstehen sind. Durch die weite Auslegung der Erträge bzw. des Nutzens, wird in der SAT die Relevanz sozialer Nutzenaspekte wie Vertrauen oder Anerkennung hervorgehoben.³⁶⁸ Solche Nutzenaspekte können positiv auf die Bewertung der Austauschbeziehungen wirken und gleichzeitig zur Operationalisierung der SAT herangezogen werden.³⁶⁹ Lambe, Wittmann und Spekman (2001) zeigen auf, dass soziale Nutzenvariablen gar formale Managementmechanismen von interorganisationalen Austauschbeziehungen ersetzen können, indem formale und informale Mechanismen ineinandergreifen, wobei das *Wie* der gegenseitigen Beeinflussung bzw. Kompensation nicht abschließend beantwortet werden kann.³⁷⁰ Des Weiteren resümieren die Autoren, dass die SAT allein nur bedingt die Entstehung und Wirkungsweisen interorganisationaler Austauschbeziehungen und das Verhalten von Netzwerkpartnern erklären kann³⁷¹ und nach Möglichkeit in Verbindung mit anderen Theorien wie z. B. der Transaktionskostentheorie genutzt werden sollte.³⁷²

³⁶⁵ Sydow (1992), S. 194. Aus dem Englischen übersetzt nach Cook/Emerson (1984), S.3. Als Vertreter des sog. kontextbezogenen, austauschtheoretischen Ansatzes, nachdem Austauschbeziehungen in Netzwerken das Ergebnis des vergangenen und des aktuellen sozialen Kontextes sind, gilt v.a. Emerson (1962, 1972).

³⁶⁶ Vgl. Sydow (1992), S. 194; Cook (1977), S. 64.

³⁶⁷ Vgl. Zimmermann (2011), S. 6; Lambe/Wittmann/Spekman (2001), S. 4.

³⁶⁸ Vgl. Meffert/Bruhn/Hadwich (2018), S. 70.

³⁶⁹ Vgl. Lambe/Wittmann/Spekman (2001), S. 14.

³⁷⁰ Vgl. Lambe/Wittmann/Spekman (2001), S. 26.

³⁷¹ Vgl. Lambe/Wittmann/Spekman (2001), S. 25.

³⁷² Vgl. Lambe/Wittmann/Spekman (2001), S. 28f.

Die individuelle Bewertung hängt letztlich von den Erwartungen sowie den verfügbaren Alternativen ab. Diese beiden Größen dienen somit als Referenzniveaus.³⁷³ Fällt die Ergebnisbewertung der Austauschbeziehung im Vergleich zu den Erwartungen und den verfügbaren Alternativen besser aus, wird angenommen, dass die Bindung und die Zufriedenheit mit der Austauschbeziehung hoch ist und das Mitglied tendenziell an der Austauschbeziehung festhält. Wie oben bereits angeführt, muss diese Ergebnisbewertung, im Sinne des Gerechtigkeitsziels, dem Nutzenvergleich mit den Austauschpartnern standhalten. Da sich Netzwerke im Laufe der Zeit verändern können und sich damit die Anfangsbedingungen ändern, kommt es zu einer kontinuierlichen Neubewertung der Netzwerkteilnahme, mit dem Ziel, zu beurteilen, ob die Kooperation weiterhin lohnend und gerecht ist.³⁷⁴

Die SAT kann insgesamt zur Begründung beitragen, warum Wundnetzwerke jenseits eines Effizienzstrebens entstehen sowie den Vernetzungskontext und vor allem den Charakter der sozialen Beziehungen stärker in den Mittelpunkt rücken.³⁷⁵ Wenn die Alternative zur Vernetzung das Festhalten an bestehenden Strukturen bedeutet, müssen entsprechend die als positiv und negativ empfundenen Veränderungen, die sich für jeden Einzelnen mit dem Netzwerkeintritt ergeben, erfasst werden, da diese eine Quelle für die Beurteilung der Beziehungen darstellen. Entscheidend ist dabei zudem das Streben nach Gleichheit bzw. Gerechtigkeit zwischen den Partnern. D.h. es darf nicht das Gefühl entstehen, im Vergleich zu den Austauschpartnern benachteiligt zu werden.

Ableitend bietet die SAT ein theoretisches Grundgerüst, um folgenden *Detailfragen* nachzugehen:

- *Warum und unter welchen (sozialen) Bedingungen kommen Austauschbeziehungen in Wundnetzwerken zustande, bestehen fort und entwickeln sich weiter?*
- *Wie werden die Austauschbeziehungen angesichts des sozialen Nutzens und der sozialen Kosten inhaltlich ausgestaltet?*

³⁷³ Vgl. Stock-Homburg/Groß (2019), S. 82f.; Hassebrauck/Küpper (2010), S. 160; Stock-Homburg (2010), S. 61ff. Das Erwartungsniveau basiert auf den persönlichen Bedürfnissen, Ansprüchen und Erfahrungen und wird als *Comparison Level (CL)* bezeichnet. Die verfügbaren Alternativen bilden das *CL_{alt.}*

³⁷⁴ Vgl. Stock-Homburg/Groß (2019), S. 82; Stock-Homburg (2010), S. 62.

³⁷⁵ Vgl. Schmid (2005), S. 243 und die dort angegebene Literatur.

3.1.2.2 Anreiz-Beitrags-Theorie

Die Anreiz-Beitrags-Theorie (ABT) kann in Anlehnung an Stock-Homburg (2019, 2010) thematisch den Austauschtheorien zugeordnet werden, da hier die Interaktionen von Organisationen und Individuen austauschtheoretisch betrachtet werden. Die ABT führt die Evolution von Kooperationen ähnlich wie die soziale Austauschtheorie auf den Nutzen bzw. das Nutzenkalkül der Akteure zurück und trägt zur Erklärung eines interpersonellen Gleichgewichts bei.³⁷⁶ Dabei steht das Verhalten von Organisationsteilnehmern im Fokus und Organisationen werden als Handlungssysteme begriffen, die sich nicht aus eigenständigen Akteuren, sondern aus deren Entscheidungen und (bewussten) Handlungen konstituieren, entsprechend wird die ABT auch häufig den verhaltenswissenschaftlichen Entscheidungstheorien zugerechnet.³⁷⁷

Die Anreiz-Beitrags-Theorie geht insbesondere auf Barnard (1938) sowie March und Simon (1958) zurück, die der Frage nachgehen, wie Akteure durch Anreize dazu bewegt werden können, sich Organisationen anzuschließen (*desicion to participate*) und sinnvolle Beiträge (*desicion to produce*) für den Fortbestand dieser beizutragen. Damit ein Netzwerk überhaupt entstehen kann, braucht es Individuen und/oder Organisationen, die dazu bereit sind, mit anderen zu kooperieren. Nach Barnard (1970) ist diese Bereitschaft unentbehrlich.³⁷⁸ „Die Kooperationsbereitschaft drückt die Einstellung und Bereitschaft der potenziellen Kooperationspartner gegenüber einer Kooperation aus“³⁷⁹ und schließt die Motivation der Partner ein, eine Zusammenarbeit als Alternative zur gegebenen (Arbeits-)Situation in Betracht zu ziehen und zu verwirklichen.³⁸⁰ Mit Organisationen sind dabei nicht nur wirtschaftliche Institutionen gemeint, sondern jede Art von Organisation, in der Mitglieder jegliche Art von Leistungen (Beiträge) erbringen und im Austausch dafür eine Gegenleistung (Anreize) erhalten.³⁸¹ Auch die Begriffe Mitglieder oder Teilnehmer lassen sich weit fassen. Grundsätzlich kann es sich dabei um Arbeitnehmer, Kapitalgeber, Lieferanten, Kunden oder ganze Organisationen wie bspw. politische

³⁷⁶ Vgl. Stock-Homburg/Groß (2019), S. 77; Stock-Homburg (2010), S. 41.

³⁷⁷ Vgl. z. B. Berger/Bernhard-Mehlich/Oertel (2018), S. 124f.; Martin (2008), S. 13. March/Simon (1958) bezeichnen sie auch als Motivationstheorie (theory of motivation), ebd., S. 84.

³⁷⁸ Vgl. Barnard (1970), S. 79.

³⁷⁹ Linn (1989), S. 37.

³⁸⁰ Vgl. Klemann (2009), S. 282.

³⁸¹ Vgl. Bonazzi (2014), S. 76.

Institutionen oder Verbände handeln. Zumeist sind jedoch die innerhalb der Organisation Beschäftigten gemeint und von Interesse.³⁸² Die Organisation wiederum kann nur dann Anreize bieten, solange ausreichend Beiträge geleistet werden, die sich in Anreize überführen lassen. Ist dies nicht der Fall, befindet sich die Organisation in einem Ungleichgewicht.³⁸³ Das Ziel der Organisation ist es demnach, ein Anreiz-Beitrags-Gleichgewicht zwischen angebotenen Anreizen (*inducements*) und Beiträgen (*contributions*) der Akteure herzustellen.³⁸⁴ Um dies zu erreichen, stehen der Organisation verschiedene Instrumente zur Verfügung, die von Ausschluss derjenigen Teilnehmer, die nicht die erwarteten Beiträge leisten, über Werbung, bis zur Indoktrination und „Einpflanzung von Motiven“ reichen.³⁸⁵

Auf der Seite der (potenziellen) Organisationsteilnehmer ist ein Gleichgewichtszustand erreicht, wenn die durch die Organisation angebotenen Anreize größer oder zumindest im Verhältnis mit den Beiträgen als gleichwertig bewertet werden. Für die Entscheidung, sich einer Organisation anzuschließen und Beiträge für diese zu leisten, wägt der Mensch laut Barnard demnach die Vorteile gegen die Nachteile ab und bewertet seinen Gesamtnutzen,³⁸⁶ wobei er anmerkt, dass die meisten Menschen dies „nur gelegentlich logisch“³⁸⁷ tun. Die Kooperationsbereitschaft kann als das Resultat dieser Abwägung und der Befriedigung individueller Bedürfnisse durch die Alternative der Kooperation zu unabhängigem Handeln betrachtet werden.³⁸⁸

Da es sich um ein subjektives Abwägen handelt, bleibt dabei unklar, welche Anreize und Beiträge für die Akteure überhaupt relevant sind und welchen Wert sie diesen beimessen.³⁸⁹ Dies liegt unter anderem an den unterschiedlichen und zeitlich instabilen Motiven und Bedürfnissen, die das Individuum versucht, durch die Organisationsteilnahme zu befriedigen. Je nach Organisationskontext können zudem andere Anreize denkbar sein.³⁹⁰ March und Simon (1958) schreiben dem menschlichen Entscheider in diesem Kontext eine begrenzte Informationsgenerierung und

³⁸² Vgl. Staehle/Conrad/Sydow (1999), S. 432; March/Simon (1958), S. 89.

³⁸³ Vgl. Büttgen (2003), S. 329; Ahlert (1996), S. 92.

³⁸⁴ Vgl. Berger/Bernhard-Mehlich/Oertel (2018), S. 125f.

³⁸⁵ Vgl. Barnard (1970), S. 129ff.

³⁸⁶ Vgl. Barnard (1970), S. 122.

³⁸⁷ Barnard (1970), S. 137.

³⁸⁸ Vgl. Barnard (1970), S. 80.

³⁸⁹ Vgl. Staehle/Conrad/Sydow (1999), S. 433.

³⁹⁰ Vgl. Berger/Bernhard-Mehlich/Oertel (2018), S. 126.

-verarbeitungskapazität sowie eine begrenzte Rationalität zu.³⁹¹ Entsprechend suchen diese nicht nach der optimalen, sondern nach einer befriedigenden Lösung ihrer Bedürfnisse oder anders „[o]ptimizing is replaced by satisficing“.³⁹²

Barnard unterscheidet wie in Tabelle 3 verdeutlicht spezifische Anreize, die Einzelnen persönlich angeboten werden können, von allgemeinen Anreizen, die sich nicht spezifisch auf einzelne Personen zuschneiden lassen.³⁹³

Spezifische Anreize	
Materielle	z. B. Geld, Güter und physische Bedingungen
Persönliche nicht-materielle	z. B. Auszeichnungen, Prestige, persönliche Macht, Gratifikationen, Arbeitsplatzsicherheit
Physische Arbeitsbedingungen	z. B. gute Arbeitsplatzbedingungen, positives Arbeitsklima
Ideelle Werte	z. B. Stolz auf die eigene Arbeit, Selbstlosigkeit, Loyalität
Allgemeine Anreize	
Soziale Attraktivität/Kulturelle Ähnlichkeit	z. B. ähnliche/r religiöse Herkunft, Bildung, sozialer Status, Sitten und Gebräuche, Erziehung
Werthomogenität, ähnliche Vorgehensweisen	z. B. Vertrautheit mit den Arbeitsbedingungen und Arbeitsweisen
Teilhabe/Dabei-Sein-Wollen	z. B. Chance, Teil von etwas (Großem) zu sein
Zugehörigkeitsgefühl	z. B. persönliches Wohlbehagen, soziale Integration (Herdeninstinkt)

Tabelle 3: Spezifische und allgemeine Anreizarten³⁹⁴

Bei seinen Ausführungen betont er die Bedeutung immaterieller Anreize, da sich bei materiellen Belohnungen jenseits des Existenzminimums ein Sättigungseffekt einstellt und die meisten Menschen nicht bereit sind, nur für materielle Güter härter oder mehr zu arbeiten.³⁹⁵ Beiträge hingegen sind Leistungen bzw. Zahlungen, die der Teilnehmer erbringen muss, wie bezahlte/unbezahlte Arbeitsleistung, Kapital, Motivation, Teamorientierung oder Eigenverantwortlichkeit.³⁹⁶

March und Simon (1958) vertiefen Barnards Anreiz-Beitrags-Theorie (*inducement-contribution-theory*) und rücken in Erweiterung an Barnards Gedanken die Untergliederung der Entscheidung zur Teilnahme (*decision to participate*) und zur produktiven Beitragsleistung (*decision to produce*) stärker in den Fokus.³⁹⁷ Dabei weisen sie darauf hin, dass für die Teilnahmeentscheidung andere Überlegungen

³⁹¹ Vgl. March/Simon (1958), S. 150f.

³⁹² Vgl. March/Simon (1958), S. 169. Weiterführung siehe v.a. die Arbeiten von Herbert A. Simon, der sich vertiefend mit dem individuellen Entscheidungsverhalten beschäftigt und den Ausdruck *satisficing* geprägt hat und sich aus den Wörtern *satisfying* (befriedigend) und *sufficing* (genügend) zusammensetzt.

³⁹³ Vgl. Barnard (1970), S. 124.

³⁹⁴ Vgl. Bonazzi (2014), S. 76f.; Barnard (1970), S. 124-129.

³⁹⁵ Vgl. Barnard (1970), S. 126.

³⁹⁶ Vgl. Stock-Homburg/Groß (2019), S: 78; Stock-Homburg (2010), S. 58; March/Simon (1958), S. 84f.

³⁹⁷ Vgl. Staehle/Conrad/Sydow (1999), S. 433; March/Simon (1958), S. 48.

eine Rolle spielen als bei der Entscheidung zur Leistungserbringung.³⁹⁸ Während die Teilnahmeentscheidung auf dem bereits beschriebenen Gleichgewichtsgedanken aufbaut und dabei insbesondere die angebotenen Anreize ausschlaggebend sind, hängt die Entscheidung zur Beitragsleistung während der Mitgliedschaft zusätzlich von den wahrgenommenen Alternativen ab.³⁹⁹ Diese Entscheidungen werden, wie erwähnt, nur begrenzt rational getroffen.⁴⁰⁰

Mit dem Organisationseintritt geht zunächst die Bereitschaft einher, oben beispielhaft aufgezeigte Beiträge zu erbringen. Anschließend ergibt sich die Herausforderung, das Verhalten der Organisationsmitglieder während der Mitgliedschaft im Sinne der Organisation zu steuern und zu koordinieren.⁴⁰¹ Bühler (2013) warnt mit Blick auf Kooperationen im Gesundheitswesen davor, dass insbesondere Ärzte trotz eines Beitritts häufig weiterhin ihre (Partikular)Interessen verfolgen.⁴⁰² Damit kommt dem Management innerhalb der Organisation eine bedeutende Rolle zu (vgl. Kap. 3.2). Neben den direkten Beiträgen müssen die Organisationsmitglieder gleichzeitig den organisationalen Ordnungsrahmen akzeptieren.⁴⁰³ Teil eines Gesundheitsnetzwerks zu werden, bedeutet aus individueller Sicht vor allem, dass ein Teil des unabhängigen Handelns zugunsten gemeinsamer Aktivitäten aufgegeben wird. Ferner müssen Ressourcen und Energie für den Aufbau und den Erhalt einer kooperativen Zusammenarbeit aufgebracht werden, zumal „returns in this investment are often unclear or intangible.“⁴⁰⁴

Die Konsequenz eines wahrgenommenen Ungleichgewichts von Anreizen zu Beiträgen muss nach dem Eintritt nicht zwangsläufig zum Verlassen des Netzwerks führen. Denkbar ist ebenso ein Absenken der Beiträge oder eine gänzliche Passivität, was im Grunde einer inneren Kündigung entspricht.

³⁹⁸ Vgl. March/Simon (1958), S. 83.

³⁹⁹ Vgl. March/Simon (1958), S. 84. Auch Barnard (1970) erwähnt diesen Gedanken, führt dies im Gegensatz zu March und Simon aber nicht ausgiebig aus. „Ginge es bei der Entscheidung logisch zu, so müßte der einzelne ausmachen, ob ihm die Kooperation im Vergleich zu unabhängigem Handeln Vorteile bringt und, ist das der Fall, ob die Vorteile größer oder kleiner sind als die, die eine andere Gelegenheit zur Kooperation verspricht.“ Vgl. ebd. S. 80f.

⁴⁰⁰ March/Simon (1958) zeigen zahlreiche Faktoren und Hypothesen auf, die die Teilnahmeentscheidung bzw. den Wunsch des Ausscheidens beeinflussen. Ebd. S. 93-106.

⁴⁰¹ Vgl. Berger/Bernhard-Mehlich/Oertel (2018), S. 123.

⁴⁰² Vgl. Bühler (2013), S. 10.

⁴⁰³ Vgl. March/Simon (1958), S. 90f.

⁴⁰⁴ Van de Ven/Walker (1984), S. 601.

Da zu verschiedenen Zeitpunkten der Organisationsteilnahme andere Anreize wirksam sind, kann für die anfängliche Zusammenarbeit bzw. den Beitritt der Anreiz des Dabei-Sein-Wollens zunächst vollkommen ausreichen. Ob dieser Anreiz jedoch zur produktiven Beitragsleistung führt, ist fraglich. Das Eingehen einer Kooperation im Rahmen eines Gesundheitsnetzwerks muss den Kooperierenden zudem einen größeren Nutzen bieten, als die Alternative des Nicht-Kooperierens.

Eine etwas andere Einteilung ergibt sich auf Grundlage der Ausführungen von Katz (1964), der in Erweiterung zu den von Barnard sowie March und Simon postulierten kooperativen Handlungen drei grundlegende Verhaltensweisen in Organisationen unterscheidet: *membership* – was dem bloßen Beitritt in ein Netzwerk gleich kommt, *in-role-behavior* – als die Minimalerfüllung formaler Rollenerwartungen und *extra-role-behavior* – als das über die formalen Minimalanforderungen hinausgehendes Engagement, das das Funktionieren der Organisation sichert.⁴⁰⁵ In einem Wundnetzwerk kann sich extra-role-behavior z. B. ausdrücken durch Gremienarbeit, das Einbringen von Ideen, um das Netzwerk weiterzuentwickeln oder das Vorantreiben des kooperativen Versorgungsprozesses. Auch das aktive Anwerben von weiteren Leistungserbringern sowie die Integration von Patienten in das Netzwerk, zeugen von einem extra-role-behavior.

Solch ein extra-role-behavior setzt jedoch entsprechendes Commitment voraus, das die zu Grunde liegende Grundhaltung (*mindset*) zum Ausdruck bringt.⁴⁰⁶ Meyer und Allen (1991) entwickeln ein dreidimensionales Commitmentmodell (*TCM: three-component model of commitment*) und unterscheiden *normative commitment* (aus dem Pflichtbewusstsein heraus, Erwartungskonformität), *continuance commitment* (Bedürfnisbefriedigung, Kosten-Nutzen-Kalkül) und *affective commitment* (inneres Verlangen, tiefe Verbundenheit und Identifikation mit Sache/Organisation).⁴⁰⁷ Dabei wird fehlendes Commitment (*uncommitment*) den Rückzug (*disengagement*) aus dem Netzwerk zur Folge haben. *Normative* und/oder *continuance* Commitment führen immerhin zu bedingtem (*contingent*) Engagement. Wird jedoch ein umfassendes (*full*) Engagement angestrebt, liegt der Schlüssel in der Bedürfnisbefriedigung der Individuen, die als Einzelmitglied Teil des Netzwerks sind oder ihre angestammte Organisation repräsentieren – durch entsprechende Anreize

⁴⁰⁵ Vgl. Katz (1964), S. 131f.

⁴⁰⁶ Vgl. Meyer/Allen (1991), S. 82.

⁴⁰⁷ Vgl. Meyer/Allen (1991), S. 61.

und der gleichzeitigen Schaffung eines Kollektivs, in dem sich die Mitglieder als wichtigen Teil begreifen und sich mit diesem identifizieren.⁴⁰⁸

Da die zuvor aufgezeigte Kategorisierung von Anreizen allgemein gehalten ist, werden in Tabelle 4 mögliche Anreizkategorien bzw. Vorteile⁴⁰⁹ aufgezeigt, die sich für Teilnehmer in Gesundheitsnetzwerken im Vergleich zur Alternative der Nicht-Teilnahme bzw. zur individuellen Ausgangssituation ergeben können.

Medizinische Anreize	Je nach Ausrichtung z. B. Steigerung der Versorgungsqualität und der Versorgungseffizienz, die durch die Kooperation mit anderen gesteigert werden kann, indem bspw. die Arbeitsteilung neu definiert wird
Medizinischer und betriebswirtschaftlicher Austausch	Je nach Ausrichtung z. B. Erweiterung des eigenen medizinischen Wissens und betriebswirtschaftlicher Kenntnisse durch bspw. fachlichen Austausch, Weiterbildungen oder Zugang zu Erfahrungswissen
Soziale Anreize	z. B. Steigerung der eigenen beruflichen Zufriedenheit, besseres Verständnis füreinander, mehr miteinander statt gegeneinander und Anerkennung der eigenen Leistung durch Intensivierung des Kontaktes
Finanzielle Anreize	Je nach Ausrichtung und gesetzlichen Rahmenbedingungen z. B. Aufwandsentschädigungen für entstandene Mehrarbeit, Zusatzhonorare und Gewinnung/Bindung von Patienten, Senkung der Transaktionskosten
Zukunftssicherung	Je nach Ausrichtung z. B. Schaffung eines Innovations- und Informationsvorsprungs durch gemeinsame Forschungsaktivitäten, Steigerung der Verhandlungsmacht ggü. der Politik und den Kostenträgern, Sicherung der eigenen Arbeitsstelle, langfristige Arbeitserleichterung

Tabelle 4: Anreize zur Teilnahme an einem Gesundheitsnetzwerk⁴¹⁰

Mögliche finanzielle Anreize, die von staatlicher Seite Kooperationen im Gesundheitswesen über die Sozialversicherungsgesetze fördern sollen, wurden bereits in Kap. 2.1.6.1 erwähnt. Hier wurde auch dargestellt, dass nicht alle Vernetzungsbemühungen finanziell durch den Staat honoriert werden. Da im Gesundheitswesen zudem nicht die üblichen Marktmechanismen greifen, können sich aufgrund der Umlagefinanzierung bspw. mögliche Senkungen von Transaktionskosten an unterschiedlichen Stellen auswirken (vgl. hierzu auch Abschnitt 3.1.2.3). Konkret bedeutet dies, dass die Kostenträger erzielbare Einsparungen nicht zwangsläufig an die Leistungserbringer weitergeben müssen.

Gleichzeitig gehen mit dem Eintritt in ein Gesundheitsnetzwerk Nachteile einher, bzw. es werden von den Teilnehmern Beiträge erwartet. Diese klangen an einigen Stellen bereits an und werden in Tabelle 5 zusammengefasst.

⁴⁰⁸ Vgl. Meyer (2014), S. 44; Meyer/Gagné/Parfyonova (2010), S. 68.

⁴⁰⁹ Die Begriffe Anreize und Vorteile werden hier weitestgehend synonym verwendet, da Anreize nach Homann/Lütge (2002) handlungsbestimmende Vorteilserwartungen sind. Ebd. S. 101.

⁴¹⁰ Eigene Darstellung in Anlehnung an Awe/Schultz (2011), S. 58; Wambach (2011), o.S.; Bartel et al. (2010), S. 143; Morin et al. (2007), S. 192ff.; Grol/Wensing (2005), S. 65f.; van Raak/Paulus/Mur-Veeman (2005), S. 17ff.

Zeitlicher Aufwand	Zeitlicher Mehraufwand für Netzwerktreffen, Abstimmungsprozesse, Fortbildungs- oder Informationsveranstaltungen, da die Netzwerkmitgliedschaft zumeist außerdienstlich und ehrenamtlich erfolgt
Finanzieller Aufwand	Mit dem Netzwerkbeitritt sind häufig Kosten verbunden, z. B. für Mitgliedsbeiträge, Fortbildungskosten oder Investitionskosten
Prozessveränderungen	Je nach Ausrichtung und Verbindlichkeit des Gesundheitsnetzwerks werden z. B. Anpassungen der eigenen Versorgungsroutinen, Arbeitsabläufe oder Strukturen notwendig
Einschränkung der Autonomie	Je nach Ausrichtung und Verbindlichkeit des Gesundheitsnetzwerks z. B. aufgrund von entstehenden Abhängigkeiten und zu erfüllenden Anforderungen

Tabelle 5: Beiträge in Gesundheitsnetzwerken⁴¹¹

Dabei gilt auch hier, dass jeder Akteur, d. h. jedes Individuum und in Erweiterung auch jede Organisation, die Anreize und Beiträge einer Teilnahme an einem Gesundheitsnetzwerk unterschiedlich bewertet. Eine große Rolle spielen hierbei sowohl die Profession als auch der zugehörige Sektor und das persönliche Beschäftigungsverhältnis des Einzelnen.⁴¹²

Die Betrachtung von Anreiz-Beitrags-Beziehungen kann sowohl für die Initiierung als auch für die Durchführungsphase eines Wundnetzwerks einen wichtigen Beitrag leisten. Dies gilt ebenso für eine mögliche Auflösung, zu der es dann kommen kann, wenn ein Ungleichgewicht von Anreizen und Beiträgen vorliegt. Die angestammte Organisation wird um eine weitere soziale Realität - die des Wundnetzwerks - erweitert, wo wiederum gemeinsame Ziele definiert und verfolgt werden. Hier treffen persönliche Ziele und kollektive Ziele aufeinander und das Netzwerk ist zur Erreichung der Netzwerkziele auf die Beiträge der einzelnen Akteure angewiesen. Ist das direkte Interesse an dem kollektiven Ziel und die Verbundenheit sowie Identifikation mit dem Netzwerk eher gering, bedarf es ausreichender anderer Belohnungsmechanismen, die Motivationsquellen darstellen.⁴¹³

Die Analyse von Anreiz-Beitrags-Konstellationen in Gesundheitsnetzwerken, die zum Netzwerkbeitritt und zum kontinuierlichen Mitmachen animieren, bilden eine sinnvolle Klammer aus Transaktionskostentheorie und sozialer Austauschtheorie und damit einen geeigneten Rahmen zur Erklärung von Vernetzungen aus individueller Handlungsperspektive. Gleichzeitig können dadurch evtl. Missverhältnisse und eine Diskrepanz von erwarteten und in der Realität wahrgenommenen

⁴¹¹ Vgl. Awe/Schultz (2011), S. 59f.

⁴¹² Vgl. Grol/Wensing (2005), S. 65.

⁴¹³ Vgl. Bonazzi (2014), S. 73.

Anreiz-Beitrags-Konstellationen sichtbar werden. Wichtig dürfte dabei insbesondere im Gesundheitswesen der Barnard'sche Gedanke sein, dass den immateriellen Anreizen dabei eine bedeutende Rolle zukommt.

An diese Ausführungen anknüpfend, werden folgende *Detailfragen* formuliert, die einer Auseinandersetzung bedürfen:

- *Welche Vorteile bzw. Anreize sprechen für die Entstehung und den Beitritt in ein Wundnetzwerk?*
- *Welche Anreize sind netzwerkübergreifend oder einzelne Professionen und Disziplinen berücksichtigend besonders relevant?*
- *Welche Beiträge leisten die Mitglieder und lassen sich hinsichtlich des Engagements professionsgebundene Unterschiede feststellen?*

3.1.2.3 Transaktionskostentheorie

Die Transaktionskostentheorie (TKT) wird der neuen Institutionenökonomik zugerechnet und basiert auf den Arbeiten von Coase (1937) und Williamson (1990).⁴¹⁴ Sie geht den Fragen nach, warum es Organisationen gibt und wann Transaktionen effizienter organisationsintern oder extern über den Markt abgewickelt werden sollten. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen die mit Transaktionen (Analyseeinheit) verbundenen Kosten von Individuen und Organisationen, wobei Transaktionen stattfinden, „(...) wenn ein Gut oder eine Leistung über eine technisch trennbare Schnittstelle hinweg übertragen wird.“⁴¹⁵ Die durch den Leistungsaustausch anfallenden Kosten werden als Transaktionskosten (TAK) bezeichnet, die „ex ante“ und „ex post“ der Koordination von Leistungsaustauschbeziehungen anfallen können. Im Gesundheitswesen können dies sein:

(1) *Ex ante Transaktionskosten:*

- Anbahnungskosten, z. B. für die Suche nach Gesundheitsdienstleitern durch Patienten oder behandlungsrelevanten Informationen durch Leistungserbringer
- Vereinbarungskosten, z. B. für Verhandlungen, Abstimmungen und Vertragsformulierungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern

⁴¹⁴ Vgl. Swoboda (2005), S. 46f

⁴¹⁵ Williamson (1990), S.1.

(2) *Ex post Transaktionskosten:*

- Abwicklungskosten, z. B. für die Steuerung des Austauschprozesses oder Managementkosten
- Kontrollkosten, z. B. hinsichtlich der Einhaltung vertraglicher Vereinbarungen
- Anpassungskosten, z. B. aufgrund von Veränderungen des Transaktionsinhalts⁴¹⁶

Die TAK werden dabei durch menschliche Faktoren (human factor) und Umweltfaktoren (environmental factors) beeinflusst. Zu den zentralen Annahmen zählt, dass Menschen nur begrenzt rational sind und opportunistisch handeln. Das Verhalten der am Austauschprozess beteiligten Parteien beruht bei der Wahl der optimalen Koordinationsform von Austauschbeziehungen auf eigennütziger Kostenmaximierung.⁴¹⁷ Eine unvollständige Informationsbasis sowie begrenzte menschliche Kapazitäten stehen einem rationalen Verhalten entgegen und nicht vorhersagbare Verhaltensweisen der Transaktionspartner führen ebenso wie unabsehbare Umweltänderungen zu *Unsicherheiten*.⁴¹⁸ Mit steigender *Spezifität* des Austauschprozesses wird weiterhin das Risiko der gegenseitigen Abhängigkeit gesteigert und damit bspw. die Gefahr eines Leistungsausfalls und möglicher Beendigungskosten der Austauschbeziehungen. Einen wichtigen Einfluss auf die TAK hat zudem die *Transaktionshäufigkeit*, die mit steigendem Grad die Entfaltung von Skaleneffekten ermöglichen und damit zu einer Senkung der TAK beitragen kann. Gleichzeitig kann mit steigender Häufigkeit einem opportunistischen Verhalten entgegengewirkt und der Vertrauensaufbau forciert werden.⁴¹⁹

Die marktliche Koordination ist dadurch charakterisiert, dass die Teilnehmer eine genau definierte Leistung austauschen (*buy*) und der Preis als zentraler Koordinationsmechanismus fungiert. In hierarchischen Organisationsformen hingegen, bei der eine Organisation die Leistungen vornehmlich intern erbringt (*make*), erfolgt die Koordination ökonomischer Aktivitäten über Verhaltensanweisungen einer übergeordneten Instanz bzw. der Unternehmensleitung, die Austauschbeziehungen sind hochspezifisch und auf Dauer angelegt.

⁴¹⁶ Vgl. Amelung (2012b), S. 41f.; Picot et al. (2012), S. 70f.

⁴¹⁷ Vgl. Sydow (1992), S. 130.

⁴¹⁸ Vgl. Amelung (2013), S. 27; Klemann (2007), S. 110.

⁴¹⁹ Vgl. Klemann (2007), S. 111.

Interorganisationale Netzwerke wiederum werden als alternative Organisationsform ökonomischer Aktivitäten zwischen den Extremen einer rein marktlichen oder hierarchischen Organisationsform betrachtet⁴²⁰ und können sowohl hierarchische als auch marktliche Charakteristika aufweisen.⁴²¹ Sie entstehen, wenn die Leistungsaustauschbeziehungen im Vergleich zu den Extremen die geringsten TAK verursachen. Eine Annahme ist, dass die kooperative Zusammenarbeit insbesondere durch die mögliche Senkung der Transaktionskosten motiviert ist.⁴²² So überrascht es nicht, dass die TKT als eine der am häufigsten herangezogenen ökonomischen Ansätze zur Erklärung der Netzwerkentstehung eingeordnet wird.⁴²³ Die folgende Abbildung gibt einen Einblick in das breite Spektrum an kooperativen Organisationsformen, die sich zwischen den Extremen Markt und Hierarchie bewegen und in Anlehnung an Klemann (2007) auch Kooperationen im Gesundheitswesen berücksichtigt.

⁴²⁰ Neben dieser Sichtweise, dass Netzwerke eine intermediäre Form zwischen Markt und Hierarchie darstellen (between hierarchy and market), findet sich in der Literatur auch die, dass Netzwerke eine eigenständige Organisationsform neben Markt und Hierarchie (Sichtweise Powell, beyond hierarchy or market) sind. Kappelhoff (2000) hält diese Diskussion als „nicht besonders fruchtbar“ und stellt Überlegungen zu einem abstrakten Verständnis von Netzwerken an. In diesem Ansatz sind Netzwerke Systeme mit einer Menge von Akteuren, zwischen denen soziale Beziehungen bestehen. Den dahinterliegenden Netzwerkansatz versteht er entsprechend „als eine allgemeine Theorie der Formen sozialer Organisation und der Evolution sozialer Gebilde.“ Würden Märkte und Hierarchien ebenso als soziale Gebilde und weniger als abstrakte Koordinationsformen betrachtet werden, wären auch diese seiner Ansicht nach Netzwerke. Viel wichtiger als die Diskussion, ob Netzwerke nun eine hybride oder eine eigenständige Organisationsform sind, ist das Herausarbeiten von operationalisierbaren Dimensionen, also von Netzwerktypologien. Vgl. hierzu Kappelhoff (2000), S. 26. Dies ist auf der methodischen Ebene zu verorten und Gegenstand des Abschnitts 3.1.3.

⁴²¹ Vgl. Morschett (2005), S. 380; Ebers (1997); Sydow (1992), S. 98; Powell (1990).

⁴²² Vgl. Sydow (1992), S. 130.

⁴²³ Vgl. u. a. Glatzel (2012), S. 56; Miklis (2004), S. 187; Sydow (1992), S. 129.

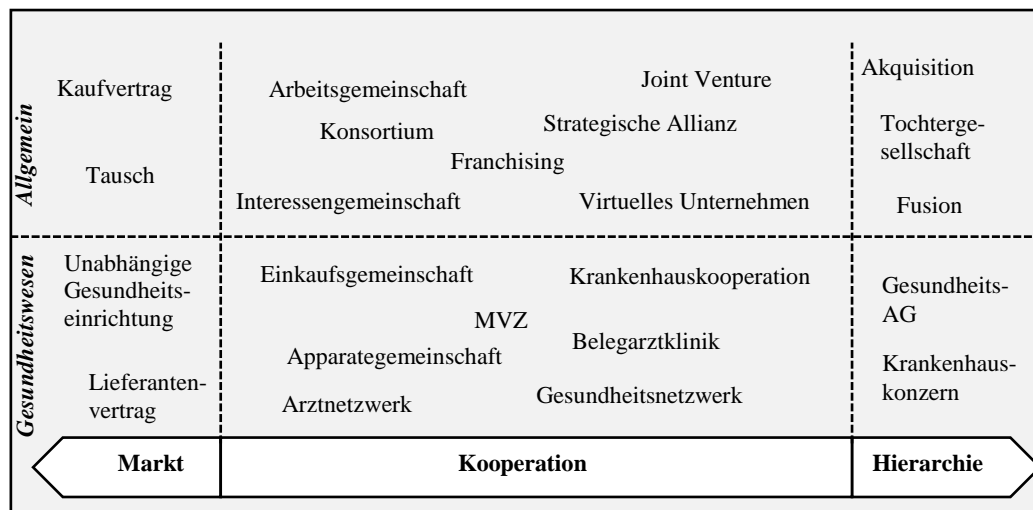


Abbildung 15: Kooperationen als Alternative zu Markt und Hierarchie⁴²⁴

Da die TKT die Effizienzaspekte von Kooperationen fokussiert, kann sie aus transaktionskostentechnischer Perspektive dabei unterstützen, Transferprozesse zu beleuchten und Kooperationen im stark fragmentierten und sektoral getrennten Gesundheitswesen als Möglichkeit einer optimalen Ausgestaltung von Schnittstellen zu begründen. So können aus Anbietersicht durch kooperative Arrangements z. B. mögliche Koordinationskosten und Abstimmungskosten sowie Kontrollkosten gesenkt werden, die insbesondere bei chronischen Krankheiten verstärkt anfallen. Im Gesundheitswesen kann dies bspw. durch die Vereinbarung von Behandlungspfaden und -standards, einen besseren Informationsaustausch (allgemein oder patientenbezogen) zur Vermeidung von Fehlbehandlungen und Doppeluntersuchungen oder Konsultationen und Überweisungen realisiert werden. Gleichzeitig können weiterhin mögliche Effizienzvorteile des Marktes ausgenutzt werden,⁴²⁵ wobei anzumerken ist, dass die Leistungen des deutschen Gesundheitswesens in der Mehrzahl als meritorische Güter definiert werden und wie bereits angemerkt, im Gesundheitswesen nicht die üblichen Marktmechanismen greifen.⁴²⁶ Der Markt kann nicht

⁴²⁴ In Anlehnung an Klemann (2007), S. 88. Da der Fokus im Rahmen dieser Arbeit auf Gesundheitsnetzwerke zur Wundversorgung gelegt wird, wird an dieser Stelle auf eine Definition und Erläuterung der einzelnen Organisationsformen verzichtet und stattdessen auf Klemann (2007) verwiesen, der diese a. a. O. in aller Ausführlichkeit beschreibt.

⁴²⁵ Vgl. Amelung (2012b), S. 40ff.; Dietrich/Znotka (2017), S. 143; Güssow (2007), S. 89; Woratschek/Roth (2005), 159; Sydow (1992), S. 143.

⁴²⁶ Vgl. Georg (2011), S. 215. Meritorische Güter sind Güter, deren Nutzung aufgrund positiver gesamtgesellschaftlicher Auswirkungen ausdrücklich erwünscht ist, die jedoch zu wenig konsumiert und/oder angeboten werden würden, wenn nur der freie Markt sie bereitstellte. Deswegen greift hier der Staat ein. Vgl. hierzu weiterführend Mankiw/Taylor (2018), S. 315-318.

die notwendigen Informationen bereitstellen, um den Preis einer medizinischen Leistung zu bestimmen und die Empfänger der Leistung können die Qualität und Wirksamkeit medizinischer Leistungen nicht vor ihrer Inanspruchnahme beurteilen.⁴²⁷ Die Regulation gänzlich dem Markt zu überlassen, hätte für die Leistungsempfänger sehr hohe anbahnungs- und aushandlungsrelevante Transaktionskosten zur Folge – neben der Gefahr einer mangelnden Inanspruchnahme von gesamtgesellschaftlich relevanten Gesundheitsleistungen, wie z. B. Impfungen. Entsprechend greifen hier staatliche Regulationsmechanismen und eine Finanzierung (festgelegter) medizinischer Leistungen erfolgt über das vorgestellte Umlagesystem (vgl. Abschnitt 2.1.4), auch mit Blick auf eine zielgerichtete und wirtschaftliche Verwendung der finanziellen Mittel durch Leistungserbringer und Kostenträger.⁴²⁸

Diese Regulation hat gleichzeitig zur Folge, dass nicht alle Marktteilnehmer gleichermaßen von einer möglichen Senkung der erwähnten Koordinations- oder Abstimmungskosten profitieren würden. Hinzu kommt, dass die mit steigender Komplexität der inhaltlichen Vernetzungsausgestaltung und der Zunahme des Spezifizierungsgrads anfallenden TAK vor allem in der Gründungsphase von Gesundheitsnetzwerken für Leistungserbringer, aber auch für möglicherweise eingebundene Kostenträger abschreckend sein können – trotz eventueller finanzieller Gründungs-Anschubfinanzierungen.⁴²⁹ Im Vergleich zur etablierten und kollektivvertraglich organisierten Regelversorgung, mit gesetzlich klar definierten Leistungen und Gebührenordnungen, erscheinen kooperative Versorgungsformen damit für die Akteure zunächst nachteilig, zumal die Aussicht auf im Verlauf der Vernetzung zu bergende, individuelle Transaktionskostenvorteile spekulativ ist.⁴³⁰

Um die individuelle Relevanz beurteilen zu können, müssen u. a. die unterschiedlichen Interessenlagen der an der Kooperation beteiligten Akteure, die Ausgestaltung dieser und die betroffenen Gesundheitsdienstleistungen betrachtet werden. Insgesamt spielt auch die Häufigkeit der Inanspruchnahme einer kooperativ angebotenen Gesundheitsdienstleistung durch die Patienten eine entscheidende Rolle.⁴³¹

⁴²⁷ Vgl. Döring (2014), S. 11f.

⁴²⁸ Vgl. Hartweg (2022), S. 40.

⁴²⁹ Vgl. Luthé (2013), S. 24.

⁴³⁰ Vgl. Hartweg (2022), S. 41; Amelung (2012b), S. 41.

⁴³¹ Vgl. Hartweg (2022), S. 41.

Ferner kann sich im Laufe der Zeit der Grad an hierarchischen bzw. marktlichen Merkmalen im Vergleich zu den anfänglichen Netzwerkbedingungen verändern, was in der TKT damit begründet wird, dass die Netzwerkmitglieder kontinuierlich versuchen, die effizienteste Steuerungsform zu etablieren, d.h. diejenige, bei der die TAK am geringsten sind. Jede Veränderung kann diese gleichsam positiv wie negativ beeinflussen.⁴³² Wird der Informationsaustausch bspw. durch eine informationstechnische Vernetzung intensiviert, kann dies zwar einen positiven Effekt auf die Abstimmungskosten haben, verursacht zunächst aber (erneute) Anpassungskosten, z. B. im Rahmen von Investitionen in Hard- und Software.

Amelung (2012) gibt hinsichtlich der Anwendung der Transaktionskostentheorie im Gesundheitswesen zu bedenken, dass das Verhältnis von stationärem zu ambulantem Sektor nicht vergleichbar ist mit vor- und nachgelagerten Produktionsstufen im produzierenden Gewerbe. Vielmehr ist die Behandlungsreihenfolge im Gesundheitswesen variabel, manchmal ist sie gar schleifenartig, weil eine der Produktionsstufen mehrmals involviert wird. Dies gilt insbesondere für chronisch erkrankte Patienten. Die Spezialisierung im Gesundheitswesen führt weiterhin dazu, dass es sich meist nicht um verschiedene Produktionsstufen, sondern um ein diversifiziertes *Sortiment* an Behandlern und Behandlungsmöglichkeiten handelt. Trotz seiner Kritik betont Amelung, dass die Transaktionskostentheorie wichtige Impulse setzt, da sie die Bedeutung der kooperativen Organisationsform als wirkliche Alternative hervorhebt, was besonders im Gesundheitswesen wichtig ist.⁴³³

Ein bereits angedeuteter weiterer Kritikpunkt ist, dass die rein ökonomische Betrachtung zwar gesamtgesellschaftlich greifen mag, aber aus einzelwirtschaftlicher Perspektive nicht für alle Akteure im Gesundheitswesen hinreichend ist, zumal diese mit heterogenen Vergütungsregeln (Vgl. Kap. 2.1.4) konfrontiert sind.⁴³⁴ Zudem wird bemängelt, dass die Entscheidung für eine kooperative Organisationsform nicht nur auf Basis eines ökonomischen Effizienzstrebens getroffen wird, zumal sich Transaktionskosten nur unzureichend operationalisieren lassen. Die Annahme, dass Entwicklungsprozesse in bestehenden Netzwerken auf dem Versuch beruhen, die ökonomische Effizienz weiter zu steigern und die Kosten zu reduzie-

⁴³² Vgl. Cropper/Palmer (2008), S. 639.

⁴³³ Vgl. Amelung (2012b), S. 46.

⁴³⁴ Vgl. Dietrich/Znotka (2017), S. 144.

ren, greift zu kurz. Die TKT schenkt dabei Verhaltenskomponenten, weiteren Motivationsfaktoren, relationalen Normen und gegenseitigem Vertrauen zu wenig Beachtung bzw. lässt diese in ihrer Ursprungsform gar völlig außer Acht.⁴³⁵

Dennoch leistet sie gemeinsam mit der zuvor erläuterten sozialen Austauschtheorie und der Anreiz-Beitrags-Theorie einen wertvollen Erkenntnisbeitrag und lenkt den Blick auf die mit den Transaktionen zwischen den Netzwerkteilnehmern verbundenen Kosten. Unter der Annahme, dass sich dabei berufsspezifische Unterschiede zeigen werden, soll folgenden *Detailfragen* nachgegangen werden:

- *Welchen Stellenwert nehmen ökonomische Aspekte bei der Gründung und Evolution von Wundnetzwerken ein?*
- *Welche Transaktionskostenarten lassen sich im Kontext der Wundnetzwerke identifizieren und welche Relevanz haben diese für die Netzwerkteilnehmer?*
- *Wie wirken sich Unsicherheiten, Transaktionsspezifität und –häufigkeit in den Wundnetzwerken auf die Transaktionskosten aus?*

3.1.2.4 Würdigung der Theorieansätze und zentrale Erkenntnisse

Jede der hier vorgestellten Theorien trägt dazu bei, Teilaspekte der Netzwerkbildung im Gesundheitswesen besser zu greifen und zu verstehen. So bietet die Transaktionskostentheorie ein Verständnis dafür, Gesundheitsnetzwerke aus Effizienzgesichtspunkten als alternative Organisationsform zu den Gegenpolen Hierarchie und Markt zur Koordination von Leistungsaustauschbeziehungen zu verorten. Die SAT und ABT bieten wiederum differenziertes Erklärungspotenzial für das Zusammenspiel von Interaktionen zwischen Netzwerkteilnehmern auf der einen und zwischen dem Netzwerk als Organisation und den Teilnehmern auf der anderen Seite.

Die soziale Austauschtheorie und insbesondere die Anreiz-Beitrags-Theorie bieten zudem einen übergreifenden theoretischen Rahmen zur Erklärung der individuellen Entscheidung, sich einem Wundnetzwerk anzuschließen, in diesem zu verbleiben und im Sinne des Netzwerkes zu agieren.

- Die SAT erklärt die Entstehung und den Fortbestand sozialer (Austausch)Beziehungen, wobei die Interaktionen zwischen Individuen oder Organisationen als

⁴³⁵ Vgl. Cropper/Palmer (2008), S. 639; Swoboda (2005), S. 48; Hillebrand/Biemans (2003), S. 736. Eine ausführliche Kritik findet sich zudem bei Sydow (1992), S. 145-168.

Austauschbeziehungen von materiellen und immateriellen Werten betrachtet werden. Die Verhaltenssteuerung erfolgt durch den Austausch sozialer Werte. Austauschbeziehungen werden dann eingegangen und aufrechterhalten, wenn die Individuen mit der Austauschbeziehung zufrieden sind. Die Bewertung hängt dabei von den eigenen Erwartungen und den Alternativen ab und sollte im Sinne der ausgleichenden Gerechtigkeit zwischen den Partnern ausgewogen sein.

- Die ABT verdeutlicht die Wichtigkeit der Herstellung eines Gleichgewichts von Anreizen und Beiträgen, um sich einer Organisation anzuschließen und in ihrem Sinne zu handeln. Die Verhaltenssteuerung ist an den Gerechtigkeitsgedanken gebunden. Anreize werden durch die Organisation angeboten, die dafür jedoch auf das Engagement und die Beiträge der Mitglieder angewiesen ist und ihrerseits versucht, ein Gleichgewicht herzustellen. Gelingt dies nicht, sind die Entstehung und der Fortbestand des Netzwerks, das erst durch das Handeln seiner Mitglieder konstituiert wird, gefährdet. Damit trägt die ABT dazu bei, die Perspektive des Netzwerks und seiner Mitglieder zu verbinden und in Beziehung zueinander zu setzen.

3.1.3 Methodische Ebene – Typologie und Erfolgsfaktoren von Wundnetzwerken

Einleitend wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Wundnetze als verschieden und nicht miteinander vergleichbar wahrgenommen werden.⁴³⁶ Sie mögen sicherlich unterschiedlich sein, aber dennoch bedarf es Kriterien zur Beschreibung und Analyse dieser, um letztlich herauszustellen, worin genau sie sich unterscheiden. Hierfür stehen verschiedene Typisierungsmöglichkeiten zur Auswahl, die im Folgenden erläutert werden. Zudem befasst sich dieses Unterkapitel, vor dem Hintergrund eines möglichen Zusammenhangs mit der Struktur, mit dem Erfolg und den Erfolgsfaktoren von Wundnetzwerken.

3.1.3.1 Typologie von Wundnetzwerken

Je nach Forschungsinteresse existieren unterschiedliche Klassifizierungsversuche von Netzwerken.⁴³⁷ Gar als grenzenlos werden die Typisierungsmöglichkeiten bezeichnet.⁴³⁸ Von einem „Netzwerkdschunzel“ sprechen Sydow et al. (2003) und

⁴³⁶ Vgl. Tigges (2016), S. 40.

⁴³⁷ Vgl. Johnsen/Lamming/Harland (2008), S. 77f.

⁴³⁸ Vgl. Sydow (2010b), S. 379.

führen literaturbasiert über hundert verschiedene Merkmale an, die für die systematische Unterscheidung von Netzwerken herangezogen werden können.⁴³⁹ Durch die Anwendung dieser Unterscheidungsmerkmale lassen sich Typen ableiten, die eher einen beschreibenden Charakter des Untersuchungsgegenstandes haben, denn einen erklärenden.⁴⁴⁰ Hibbert et al. (2008) bedauern das Fehlen eines gewissen Konsensus zu den Typologien, da jeder Autor andere Typisierungsarten verwendet und/oder diese unterschiedlich benennt und beschreibt.⁴⁴¹ Viele dieser Optionen werden in der Literatur so oder so ähnlich für die Erhebung und Analyse struktureller Eigenschaften von Gesundheitsnetzwerken angeführt oder angewandt. Insofern erfolgt die anschließende Darstellung dieser (weitestgehend) mit direktem Bezug zu Gesundheitsnetzwerken. Falls dabei ein spezieller Bezug zu Wundnetzwerken ersichtlich ist, wird dies entsprechend vermerkt.

Eine häufig genutzte Typologie, wie sie bspw. Braun und Güssow (2006) sowie Lingenfelder und Kronhardt (2001) anführen, ist die Unterscheidung nach horizontalen, vertikalen und lateralen Versorgungsstrukturen, um die unterschiedlichen Wertschöpfungsstufen bzw. die Integrationstiefe/Netzwerktiefe eines Gesundheitsnetzes zu betrachten, wobei die Kategorisierung eher intuitiv hergeleitet scheint.⁴⁴² Während die Kooperationspartner in einem horizontalen Gesundheitsnetz demselben Sektor angehören, zeichnen sich vertikale Netzwerke durch eine sektorenübergreifende Vernetzung aus. Laterale Netzwerke hingegen vereinen unmittelbar am Behandlungsprozess beteiligte Akteure mit sog. mittelbaren Leistungserbringern. In Abbildung 16 sind die möglichen Formen und Kooperationspartner dargestellt.

⁴³⁹ Vgl. Sydow et al. (2003), S. 131.

⁴⁴⁰ Vgl. Sydow et al. (2003), S. 48. Je nach Erkenntnisziel lassen sich dabei Idealtypen von Realtypen unterscheiden. Während Idealtypen im Sinne Max Webers zur Beschreibung übergeordneter Phänomene dienen, indem extreme und reine Ausprägungen von Unterscheidungsmerkmalen erfasst werden, werden real existierende Netzwerke als Untersuchungsobjekte durch sog. Realtypen charakterisiert und differenziert.

⁴⁴¹ Vgl. Hibbert/Huxham/Smith Ring (2008), S. 398.

⁴⁴² Vgl. Braun/Güssow (2006), S. 71; Lingenfelder/Kronhardt (2001), S. 316f.

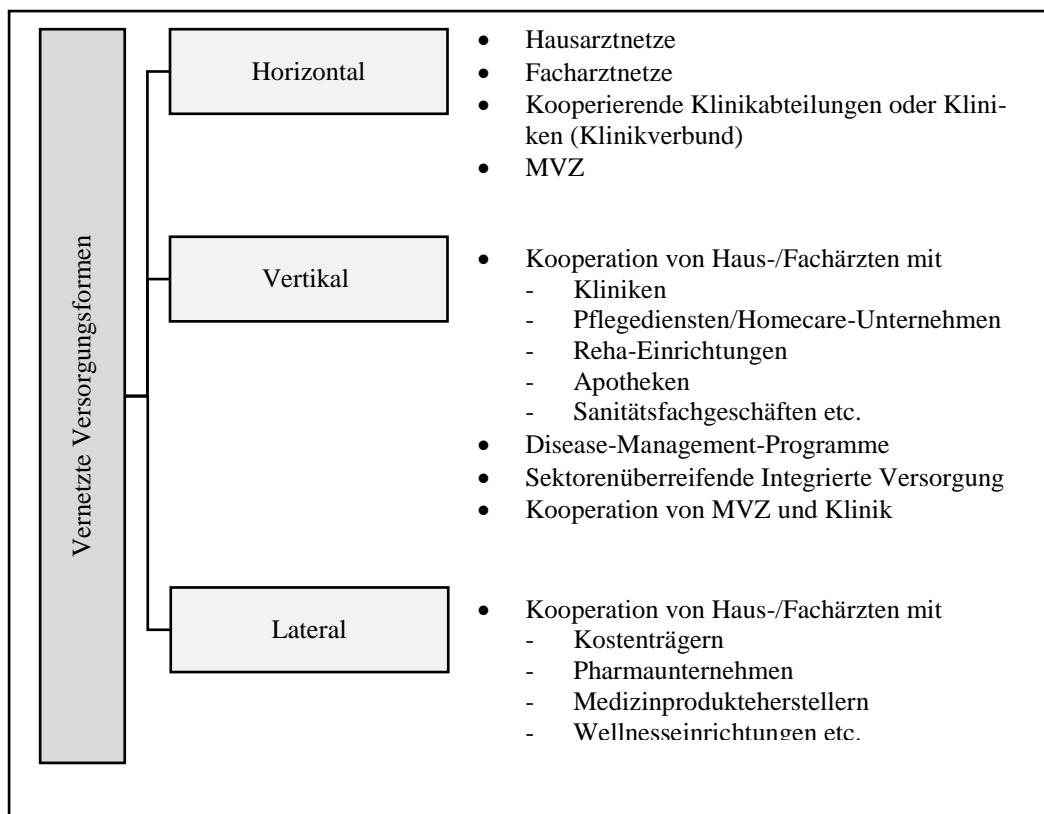


Abbildung 16: Mögliche Versorgungsrichtungen in Gesundheitsnetzwerken⁴⁴³

Eine ähnlich geartete Typisierung der Netzwerktiefe erfolgt über die Unterscheidung *inter* vs. *intra*, genau genommen intra- oder intersektoral, intra- oder interdisziplinär, intra- oder interprofessionell oder multiprofessionell, wobei Mahler et al. (2014) feststellen, dass insbesondere die Begriffe interdisziplinär und interprofessionell häufig synonym verwendet werden.⁴⁴⁴ Während *multi* eher auf ein nebeneinander Arbeiten hindeutet, bezeichnet die Vorsilbe *intra* die Zusammenarbeit innerhalb einer bestimmten Einheit, wie z. B. eines Sektors, einer einzelnen Disziplin (medizinische Fachdisziplin, z. B. Chirurg) oder einer Profession (z. B. Arzt). *Inter* hingegen impliziert die Überschreitung dieser Einheit, indem verschiedene Sektoren, Disziplinen oder Professionen kooperieren.⁴⁴⁵

Eine weitere Möglichkeit zur Bildung von Netzwerktypen bietet die Betrachtung einer möglichen Dominanzbestimmung durch ein oder einige Netzwerkmitglied/er. Liegt solch eine Dominanz vor, handelt es sich um ein fokales bzw. zentrales Netz-

⁴⁴³ Eigene Darstellung in Anlehnung an Lingenfelder/Kronhardt (2001), S. 317.

⁴⁴⁴ Vgl. Mahler et al. (2014), S. 1.

⁴⁴⁵ Vgl. Mahler et al. (2014), S. 2f.

werk. Gegen solch eine Struktur spricht die medizinische und wirtschaftliche Autonomie vieler Leistungserbringer. Entsprechend werden die meisten Gesundheitsnetzwerke in Deutschland als eher polyzentrisch bzw. dezentral ausgerichtet eingeschätzt, d.h. die Netzwerkmitglieder sind gleichberechtigt und lassen sich nicht nach Belieben lenken.⁴⁴⁶ Weiterhin lassen sich Gesundheitsnetzwerke über den Grad der Vernetzungsverbindlichkeit kategorisieren. Während bspw. bei einem Ärzttestammtisch eher der informelle Erfahrungsaustausch im Vordergrund steht und sich daraus keine Verbindlichkeiten ergeben, gehen vertragliche Regelungen mit einem Kostenträger meist mit klaren und verbindlichen Vorgaben einher.⁴⁴⁷

Gesundheitsnetze lassen sich zudem hinsichtlich der inhaltlichen Ausrichtung bzw. der inhaltlichen Ausgestaltung typisieren. Dabei reichen die Typen von sog. Forschungsnetzwerken über Versorgungsnetzwerke (*care networks*), bei denen der Behandlungsprozess nach z. B. gemeinsamen Standards im Vordergrund steht, bis hin zu reinen Informationsnetzwerken, wo das Netzwerk vorrangig als Austauschplattform für Informationen und Kontakte dient.⁴⁴⁸

Ein Gesundheitsnetz kann weitergehend hinsichtlich der Indikationsbreite beschrieben werden. Während indikationsübergreifende Netze eher eine Vollversorgung anstreben, fokussieren sich indikationsbezogene auf bestimmte Krankheitsbilder.⁴⁴⁹ Wundnetzwerke können entsprechend dieser Unterteilung als indikationsbezogen bezeichnet werden, da sie sich auf die Wunde (als Symptom) und mit dieser in Zusammenhang stehenden Erkrankungen konzentrieren.

Güntert (2006) greift die beiden Dimensionen hierarchisch – heterarchisch sowie stabil – dynamisch in Anlehnung an Sydow auf und überträgt diese im Sinne einer mehrdimensionalen Betrachtung auf Gesundheitsnetzwerke. Während Sydow durch die Gegenüberstellung beider Dimensionen zum Ergebnis kommt, dass sich strategische, regionale oder virtuelle Netzwerke von Projektnetzwerken unterscheiden lassen,⁴⁵⁰ führt Güntert konkrete Beispiele für Gesundheitsnetze an, die in Abbildung 17 dargestellt sind.

⁴⁴⁶ Vgl. Braun/Güssow (2006), S. 71f.

⁴⁴⁷ Vgl. Georg (2011), S. 219.

⁴⁴⁸ Vgl. Sheaff/Schofield (2016), S. 446; Goepel et al. (2014), S. 962; Klemann (2007), S. 93f.

⁴⁴⁹ Vgl. Busse/Schreyögg (2017), S. 116f.

⁴⁵⁰ Vgl. Sydow (2010b), S. 382.

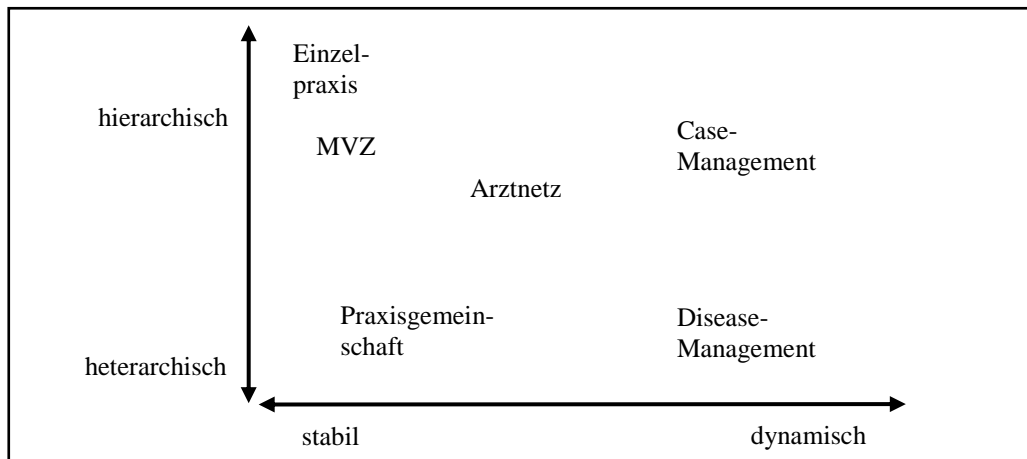


Abbildung 17: Hierarchische – heterarchische, stabile – dynamische Gesundheitsnetzwerke⁴⁵¹

Während stabile Netzwerke durch eine längerfristige Verpflichtung gekennzeichnet sind und mit einer Integration der Versorgung einhergehen, wie bei der Praxisgemeinschaft, sind dynamische Netze – trotz möglicher Verträge – eher lose organisiert, unterliegen einer gewissen dynamischen Anpassung und die Leistungserbringer können einer Vielzahl solcher Netzwerke angehören. Die Dimensionen hierarchisch – heterarchisch sind den Dimensionen fokal – polyzentrisch ähnlich und fokussieren die Steuerungsform nach der Art der Führung. Während hierarchisch organisierte Netzwerke eher über organisatorisch-strukturelle Maßnahmen gesteuert und geführt werden, erfolgt die Steuerung in heterarchischen Netzwerken über von allen akzeptierte Leitfäden, Normen, finanzielle Anreize und Informations- und Kommunikationsmechanismen.⁴⁵²

Da auch Gesundheitsnetzwerke trotz der freiwilligen Vernetzung einer Steuerung bzw. Führung bedürfen (s. 3.2), lassen sich allgemein intern und extern gesteuerte bzw. geführte Gesundheitsnetze typisieren. In der Realität ist dabei eine Kombination aus beiden Möglichkeiten denkbar.⁴⁵³

In Tabelle 6 sind die bis hierhin beschriebenen sowie weitere Typisierungsmöglichkeiten von Gesundheitsnetzwerken aufgelistet. Diese lassen sich in Anlehnung

⁴⁵¹ In Anlehnung an Güntert (2006), S. 6.

⁴⁵² Vgl. Güntert (2006), S. 6f.

⁴⁵³ Vgl. Hildebrandt et al. (2016), S. 65; Braun/Güssow (2006), S. 89.

an Sydow (1992) nach strukturellen und kulturellen Dimensionen unterscheiden und werden in der Tabelle mit *S* (Struktur) oder *K* (Kultur) versehen.⁴⁵⁴

Netzwerktypen	Bestimmung über und Erläuterung	Quelle(n)
Horizontal – vertikal – lateral (<i>S</i>)	Betrachtung der unterschiedlichen Wertschöpfungsstufen bzw. der Integrationstiefe/Netzwerktiefe. <i>Horizontal/intrasektoral</i> : z.B. Praxisnetze, gleiche Ebene im Behandlungsprozess (hier ambulant); <i>vertikal/intersektoral</i> : z.B. zusätzlich mit Krankenhaus, unterschiedliche Ebenen im Behandlungsprozess (sektorenübergreifend); <i>lateral</i> : z.B. zusätzlich mit Wellnesseinrichtung oder Herstellern von Medizinprodukten (nicht unmittelbarer Teil des medizinischen Behandlungsprozesses)	Schreyögg/Weinbrenner/Busse (2017); Maruthappu/Hasan/Zeltner (2015); Klemann (2007); Braun/Güssow (2006); Lingenfelder/Kronhardt (2001) ⁴⁵⁵
Interprofessionell – intraprofessionell (<i>S</i>)	Betrachtung der Netzwerktiefe über die Profession der Akteure. <i>Interprofessionell</i> : Akteure gehören verschiedenen Professionen bzw. Gesundheitsberufen an. <i>Intraprofessionell</i> : Akteure gehören einer Profession an, z.B. Arzt oder Pflegekraft	Goepel et al. (2014); Mahler et al. (2014) ⁴⁵⁶
Regional – überregional (<i>S</i>)	Geografische Ausdehnung bzw. Reichweite der Zusammenarbeit	Goepel et al. (2014); Klemann (2007) ⁴⁵⁷
Fokal (zentral) – polyzentrisch (dezentral) (<i>S</i>)	Dominanzbestimmung. <i>Fokal (zentral)</i> : Dominanz eines oder weniger Mitglieder („Spinne im Netz“), z.B. einer Krankenkasse, eines Krankenhauses, eines MVZ oder sonstigen Großpraxis; <i>polyzentrisch (dezentral)</i> : formale und faktische Gleichberechtigung, z.B. in Praxisnetzen	Bühler (2013); Braun/Güssow (2006) ⁴⁵⁸
Verbindlich – unverbindlich (<i>S</i>)	Grad der Verbindlichkeit. <i>Unverbindlich</i> : unverbindlicher Erfahrungsaustausch ohne Verpflichtungen, z.B. Ärztetammtisch; <i>verbindlich</i> : verbindliche Vernetzung mit klaren Vorgaben, z.B. Verträge mit Kostenträgern	Georg (2011) ⁴⁵⁹
Formal – informal (<i>S</i>)	Grad der Formalität. <i>Formal</i> : Netzwerk mit vertraglichen Regelungen und/oder eigenständiger Rechtsform, mit Sichtbarkeit nach außen; <i>informal</i> : keine gesonderten vertraglichen Regelungen, ohne Rechtsform und formalem Beitritt	Goepel et al. (2014); Bogenstahl (2012) ⁴⁶⁰
Hierarchisch – heterarchisch (<i>S</i>)	(Den Typen fokal/polyzentrisch ähnlich.) Steuerungsform nach der Art der Führung. <i>Hierarchisch</i> : Steuerung/Führung über organisatorisch-strukturelle Maßnahmen, klare Machtverteilung, z.B. in einem MVZ; <i>heterarchisch</i> : Steuerung/Führung eher	Güntert (2006) ⁴⁶¹

⁴⁵⁴ Vgl. Sydow (1992), S. 85. Dabei sind die strukturellen Dimensionen an den Kontingenzansatz (Vgl. hierzu z.B. Kieser (2018)) der empirischen Organisationsforschung angelehnt und die kulturellen an die Organisationskulturforschung (Vgl. hierzu z.B. Conrad/Sydow (1984)). Andere Unterscheidungen finden sich u. a. bei Sydow et al. (2003), S. 54, wo die Basiskategorien Prozess, Inhalt und Funktion angeführt werden und bei Eschenbächer (2009), S. 45, der nach strukturellen, kulturellen, inhaltsbezogenen und strategischen Dimensionen differenziert.

⁴⁵⁵ Vgl. Schreyögg/Weinbrenner/Busse (2017), S. 116; Maruthappu/Hasan/Zeltner (2015), S. 251; Klemann (2007), S. 92; Braun/Güssow (2006), S. 71; Lingenfelder/Kronhardt (2001), S. 316f.

⁴⁵⁶ Vgl. Goepel et al. (2014), S. 964; Mahler et al. (2014), S. 2.

⁴⁵⁷ Vgl. Goepel et al. (2014), S. 961f.; Klemann (2007), S. 97.

⁴⁵⁸ Vgl. Bühler (2013), S. 31f.; Braun/Güssow (2006), S. 71f.

⁴⁵⁹ Vgl. Georg (2011), S. 219.

⁴⁶⁰ Vgl. Goepel et al. (2014), S. 965; Bogenstahl (2012), S. 135.

⁴⁶¹ Vgl. Güntert (2006), S. 6.

Netzwerktypen	Bestimmung über und Erläuterung	Quelle(n)
	über von allen akzeptierte Leitfäden, Normen, finanzielle Anreize und Informations- und Kommunikationsmechanismen, gleichberechtigte Partner, z. B. in Praxisnetzen	
Einfache – komplexe Netzwerke (S)	Zahl und Art der Netzwerkakteure, Dichte des Netzwerks	Sydow et al. (2003) ⁴⁶² (Netzwerke allgemein)
Stabil – dynamisch (S)	Stabilität der Vernetzung. <i>Stabil</i> : längerfristige Verpflichtung, Integration der Versorgung, z. B. im Fall einer Praxisgemeinschaft; <i>dynamisch</i> : eher lose organisiert, dynamische Anpassung, Mitgliedschaften nicht exklusiv, z. B. Disease-Management-Programme	Güntert (2006) ⁴⁶³
Temporär (befristet) – dauerhaft (unbefristet) (S)	Dauer der zeitlichen Vernetzung. <i>Temporär</i> : Meist Projekte mit einem definierten Projektzweck und Projektzeitraum. Kann das Netzwerk nicht verstetigt werden, kommt es zur Auflösung; <i>Dauerhaft</i> : kein projektbezogenes Netzwerk	Klemann (2007) ⁴⁶⁴
Offene – geschlossene Netzwerke (S)	Selektionsgrad. <i>Offen</i> : Jeder Interessierte kann dem Netzwerk beitreten oder aus diesem austreten, es gibt keine Einschränkungen; <i>Geschlossen</i> : Hinsichtlich der Netzwerkmitgliedschaft existieren Ein- und Austrittsbarrieren	Klemann (2007) ⁴⁶⁵ ; Gotzen (2003) ⁴⁶⁶ (auf Praxisnetze bezogen)
Geplant (top-down) – emergent (bottom-up) (S)	Art der Entstehung. <i>Geplant</i> : Gesundheitsnetzwerke können geplant entstehen, dann wird eine zentrale „Leitstelle“ aufgegeben; <i>Emergent</i> : Das Netzwerk wird eher bottom-up und ad-hoc – ohne eine zentrale Leitinstanz gegründet	Luthe (2017) ⁴⁶⁷
Strategisches – regionales – Projektnetzwerk (S)	Art der Führung, Stabilität und Zielsetzung. <i>Strategisches Netzwerk (hierarchisch – stabil)</i> : klare strategische Zielsetzung, Ausrichtung und Führung, z. B. langfristiger Zusammenschluss zu einem Einkaufsverbund mit dem Ziel bessere Konditionen zu vereinbaren; <i>Regionales Netzwerk (heterarchisch – stabil/dynamisch)</i> : Regional begrenzte Netzwerke mit eher geringen Ein- und Austrittsbarrieren, wechselnden Partnern, z. B. um gemeinsame Aktivitäten/Aktionen umzusetzen oder Leistungen zu bündeln; <i>Projektnetzwerk (hierarchisch – dynamisch)</i> : zeitlich befristete Netzwerke, wobei die Beziehungen das Projekt überdauern können. Tlw. mit öffentlicher Förderung zum Aufbau von bspw. Wundnetzen oder Diabetesnetzen	Ehrhardt (2013) ⁴⁶⁸ (ergeben sich bei Sydow durch die Gegenüberstellung der Dimensionen hierarchisch/heterarchisch und stabil/dynamisch in einer Vierfelder-Matrix) ⁴⁶⁹
Intern – extern gesteuert (S)	Art der Steuerung/Führung des Netzwerks. <i>Intern</i> : ehrenamtliche Netzwerkmanager, häufig der Vereinsvorstand und/oder nebenberufliche/hauptberufliche interne Netzwerkmanager; <i>Extern</i> : Steuerung durch externe Managementgesellschaft,	Hildebrandt et al. (2016); Braun/Güssow (2006) ⁴⁷⁰

⁴⁶² Vgl. Sydow et al. (2003), S. 58.

⁴⁶³ Vgl. Güntert (2006), S. 6.

⁴⁶⁴ Vgl. Klemann (2007), S. 97f.

⁴⁶⁵ Vgl. Klemann (2007), S. 96.

⁴⁶⁶ Vgl. Gotzen (2003), S. 87.

⁴⁶⁷ Vgl. Luthe (2017), S. 52.

⁴⁶⁸ Vgl. Ehrhardt (2013), S. 46.

⁴⁶⁹ Vgl. Sydow (2010b), S. 382.

⁴⁷⁰ Vgl. Hildebrandt et al. (2016), S. 65; Braun/Güssow (2006), S. 89.

Netzwerktypen	Bestimmung über und Erläuterung	Quelle(n)
	manchmal zusätzlich zu einer internen – meist ehrenamtlichen – Steuerung	
Vollzeit – Teilzeit-Management (S)	Art der Steuerung/Führung des Netzwerks. <i>Teilzeit</i> : Steuerung durch einen Leistungserbringer im Rahmen eines Teilzeitmodells, neben der eigentlichen Tätigkeit; <i>Vollzeit</i> : Beschäftigung eines Vollzeitmanagers, mit oder ohne medizinischem Hintergrund	Schicker (2008) ⁴⁷¹ (auf Praxisnetze bezogen)
Informationsnetz – Versorgungsnetz (care network) – Forschungsnetzwerk (S)	Netzwerkzweck bzw. Transaktionsinhalt. <i>Informationsnetz</i> : Vorrangig als Austauschplattform für Informationen und Kontakte; <i>Versorgungsnetz</i> : Definition eines am Patienten ausgerichteten, koordinierten und kooperativen Versorgungsprozesses; <i>Forschungsnetzwerk</i> : Zusammenarbeit bei klinischer Forschung	Goepel et al. (2014) ⁴⁷² (auf Wundnetzwerke bezogen); ähnlich bei Klemann (2007) ⁴⁷³
Indikationsübergreifende – indikationsbezogene Versorgung (S)	Grad der Indikationsbreite. <i>Indikationsbezogen</i> : Fokussierung des Netzwerks auf bestimmte Krankheitsbilder, z. B. Schlaganfall oder allgemein Disease Management-Programme; <i>Indikationsübergreifend</i> : eher regionale Netzwerke, die eine „Vollversorgung“ anstreben, z. B. im Rahmen eines MVZ	Schreyögg/Weinbrenner/Busse (2017) ⁴⁷⁴
Varianz IT-Unterstützung (S)	Status-Quo der Verbreitung von Informations- und Kommunikationstechnologien	Bogenstahl/Schultz (2011) ⁴⁷⁵
Zielkongruente – zielinkongruente Netzwerke (K)	Übereinstimmung der Zielsetzungen der Netzwerkteilnehmer, meist als konstituierendes Merkmal angeführt	Mühlbacher (2002) ⁴⁷⁶
Werthomogene – wertheterogene Netzwerke (K)	Übereinstimmung der (kulturellen) Werte innerhalb des Netzwerks: Homogene Werthaltungen ermöglichen ein „Wir-Gefühl“; die Sektorenzugehörigkeit oder die Profession können andere kulturelle Prägnungen und damit Werthaltungen erzeugen	Mühlbacher (2002) ⁴⁷⁷
Vertrauensbasiertes – Misstrauensbasiertes Netzwerk (K)	Erfassung des gegenseitigen Vertrauens, wobei hier Glaubwürdigkeit und Offenheit zu einer Vertrauenskultur beitragen	Eschenbächer (2009); Sydow (1992) ⁴⁷⁸ (Netzwerke allgemein)
Kohäsive – inkohäsive Netzwerke (K)	Stärke des inneren Zusammenhalts des Netzwerks	Sydow et al. (2003); Sydow (1992) ⁴⁷⁹ (Netzwerke allgemein)
Konfliktäre – konfliktfreie Netzwerke (K)	Vorherrschendes Konfliktniveau im Netzwerk	Sydow et al. (2003); Sydow (1992) ⁴⁸⁰ (Netzwerke allgemein)

Tabelle 6: Ausgewählte Typisierungsmöglichkeiten von Gesundheitsnetzwerken⁴⁸¹

⁴⁷¹ Vgl. Schicker (2008b), S. 150.

⁴⁷² Vgl. Goepel et al. (2014), S. 962, 965.

⁴⁷³ Vgl. Klemann (2007), S. 93f.

⁴⁷⁴ Vgl. Schreyögg/Weinbrenner/Busse (2017), S. 116f.

⁴⁷⁵ Vgl. Bogenstahl/Schultz (2011), S. 87.

⁴⁷⁶ Vgl. Mühlbacher (2002), S. 151.

⁴⁷⁷ Vgl. Mühlbacher (2002), S. 248.

⁴⁷⁸ Vgl. Eschenbächer (2009), S. 42; Sydow (1992), S. 85.

⁴⁷⁹ Vgl. Sydow et al. (2003), S. 63; Sydow (1992), S. 85.

⁴⁸⁰ Vgl. Sydow et al. (2003), S. 63; Sydow (1992), S. 85.

⁴⁸¹ Eigene Zusammenstellung.

Die Auswahl der jeweiligen Beschreibungsdimensionen muss theoriegeleitet und entsprechend des Erkenntnisinteresses erfolgen.⁴⁸² Dies gilt auch für die Kombinationen respektive Integration verschiedener Netzwerktypen.

So wählen Goepel et al. (2014) für ihre versorgungswissenschaftliche Untersuchung zu Wundnetzen die Beschreibungsdimensionen regionale Ausdehnung, Netzwerktiefe (über Anzahl, Profession bzw. Disziplin der Netzwerkmitglieder), Netzwerkzweck bzw. Transaktionsinhalt (über Netzwerkaktivitäten) und Formalisierungsgrad (über Rechtsform).⁴⁸³ Als Erhebungsinstrument kommt ein Fragebogen zum Einsatz. Insgesamt werden 35 Wundnetze identifiziert, die in der Mehrzahl regional ausgerichtet sind. In allen Netzwerken sind sowohl ärztliche als auch pflegerische Gruppen vertreten, wobei Klinikärzte und ambulante Pflegende am häufigsten beteiligt sind. Im Median weisen die Netzwerke 27 ambulante Praxen, vier Kliniken und 16 Pflegedienste auf.⁴⁸⁴ Während die meisten Netzwerke als informatives Netz eingeordnet werden, wo der Informationsaustausch, eine einheitliche Dokumentation und Weiterbildungen im Vordergrund stehen, werden nur wenige Netzwerke als Versorgungsnetzwerk mit einer koordinierten Patientenversorgung bezeichnet. Viele streben zudem Kooperationen bei klinischen Studien an. 16 der Wundnetze geben an, in einer Rechtsform organisiert zu sein, wobei 13 von diesen als eingetragener Verein und zwei als GmbH geführt werden.⁴⁸⁵

Insgesamt erlaubt die Untersuchung mit der dazugehörigen Erhebungsmethodik zwar einen groben Überblick, verbleibt jedoch auf der Oberfläche, anstatt ein tiefgreifendes Verständnis für das Phänomen der Wundnetze zu schaffen. Dies führt zu der Schlussfolgerung, dass die Charakterisierung umfassender erfolgen sollte und es Methoden jenseits quantitativ-statischer Art bedarf, um einen vertieften Zugang zum Netzwerkphänomen zu ermöglichen.

Die oben aufgezeigten Typisierungsmöglichkeiten und die Berücksichtigung des spezifischen Kontextes bieten dazu eine Hilfestellung, ohne dabei einem Zwang unterlegen zu sein, alle Merkmale einbeziehen zu müssen. Wichtig ist es zudem zu beachten, dass sich vermeintlich offensichtliche, äußere Merkmale wie die geografische Ausdehnung oder die Netzwerktiefe einfacher erheben lassen als die weniger

⁴⁸² Vgl. Sydow (1992), S. 84.

⁴⁸³ Vgl. Goepel et al. (2014).

⁴⁸⁴ Vgl. Goepel et al. (2014), S. 963.

⁴⁸⁵ Vgl. Goepel et al. (2014), S. 965.

offensichtlichen und erklärungsbedürftigen Merkmale wie der Netzwerkzweck, der Formalisierungsgrad oder das vorherrschende Konfliktniveau.

Es sei ferner festgehalten, dass eine Momentaufnahme durch die Beschreibung verschiedener Netzwerktypen nur der erste Schritt sein kann, der durchaus wichtig und richtig ist, da er einen Überblick über die Verfasstheit und die vorherrschenden Muster ermöglicht. Anschließend gilt es jedoch, Typisierungsmöglichkeiten da zu kombinieren, wo es Sinn macht und die Entwicklung des Netzwerks sowie die Wirkung von Veränderungsereignissen zu berücksichtigen.

Folgende *Detailfragen* lassen sich abschließend aus den vorstehenden Ausführungen ableiten:

- *Welche Merkmale sind für die Beschreibung von Wundnetzwerken relevant und wie lassen sich diese sinnvoll kombinieren?*
- *Welche Parallelitäten und Wirkungszusammenhänge lassen sich zwischen den Netzwerken rekonstruieren?*

Im besten Falle gelingt es bei der Beantwortung der Fragen zudem, die Auswirkungen von Netzwerkmerkmalen im Sinne von Erfolgsfaktoren auf den Netzwerkeffort zu erfassen. Dafür muss zuvor definiert werden, wann ein Netzwerk überhaupt erfolgreich ist, um letztlich die Netzwerkexistenz rechtfertigen zu können. Eine Auseinandersetzung mit dem *Erfolg* und den *Erfolgsfaktoren* eines Wundnetzes ist an dieser Stelle geboten und Gegenstand des folgenden Abschnitts.

3.1.3.2 Erfolg und Erfolgsfaktoren von Wundnetzwerken

Von einem Erfolg wird generell gesprochen, wenn Ziele bewusst durch entsprechende Maßnahmen erreicht wurden. Ein Erfolg kann sich auch durch glückliche Umstände einstellen und ist als solcher zu bewerten, wenn nur das (positive) Ergebnis zählt, und nicht die Absicht dieses herbeizuführen.⁴⁸⁶

Insbesondere für kooperative Arrangements gilt, dass sich Erfolg aus unterschiedlichen Perspektiven evaluieren lässt. Dies kann aus einer makroökonomischen Gesamtperspektive, hier also in Bezug auf das Gesundheitswesen, aus einer Netzwerkperspektive oder aus der Individualperspektive geschehen.⁴⁸⁷ Wird das

⁴⁸⁶ Vgl. Tjaden (2003), S. 58.

⁴⁸⁷ Vgl. Miklis (2004), S. 245.

Netzwerk als eigene Organisation verstanden, erfolgt eine kollektive Erfolgsbestimmung. Wird die Individualperspektive eingenommen, so kann die Erfolgsbestimmung für jeden Akteur einzeln vorgenommen und anschließend bei Bedarf kumuliert werden.⁴⁸⁸ Speziell die Individualperspektive zielt auf die Heterogenität der Akteure im Gesundheitswesen ab, die unterschiedliche Interessen verfolgen und den Erfolg entsprechend anders bewerten bzw. andere Erfolgsdeterminanten heranziehen, die sowohl monetärer als auch nicht-monetärer Art sein können.⁴⁸⁹

Das Netzwerk kann Wohlgemuth und Hess (1999) folgend dann als erfolgreich bezeichnet werden, wenn der Saldo von kooperationsbedingten Anreizen (Vorteilen) und Beiträgen (Nachteilen) für alle Netzwerkmitglieder positiv ausfällt, sich also ein Nutzen ergibt. Stellt sich der Individualerfolg durch einen negativen Saldo nicht ein, droht die Beendigung der Netzwerkmitgliedschaft, wobei diese Schlussfolgerung auf der verhaltensorientierten Sichtweise der Anreiz-Beitrags-Theorie beruht. Der Gesamterfolg des Netzwerks ergibt sich anschließend als kumulierter Nutzwert.⁴⁹⁰

Awe und Schultz (2011) definieren im Kontext von vertraglich verbindlichen Versorgungsnetzwerken den Gesamterfolg eines Netzwerks als die Summe der Einzelerfolge der teilnehmenden Patienten, Krankenkassen und Leistungserbringer, die ähnlich wie bei Wohlgemuth und Hess in Form von Nutzen-Aufwand-Verhältnissen ermittelt werden.⁴⁹¹ Da sich die Erfolgsgrößen aus der Gegenüberstellung von Nutzen und Aufwand ergeben, erinnern diese insbesondere mit Blick auf die Leistungserbringer unweigerlich an die Anreize zur Netzwerkteilnahme bzw. die damit einhergehenden Beiträge.⁴⁹² Hinzu kommt für die Ermittlung des Gesamterfolgs die Betrachtung des strategischen Erfolgs des Versorgungsnetzwerks, den die Autoren als die medizinische Gesamtbehandlungsqualität (medizinischer Erfolg)

⁴⁸⁸ Vgl. Tjaden (2003), S. 59f.; Wohlgemuth/Hess (1999), S. 30f.

⁴⁸⁹ Vgl. Klemann (2007), S. 181f.

⁴⁹⁰ Vgl. Wohlgemuth/Hess (1999), S. 34.

⁴⁹¹ Nutzen und Aufwand können in diesem Kontext zusätzlich zu der Leistungserbringerebene sowohl auf der Patientenebene als auch auf Ebene der Krankenkassen ermittelt werden und erlauben eine outputorientierte Erfolgsbetrachtung. So müssen sich bspw. die Patienten bei den Versorgungsnetzwerken formal über ihre ins Netzwerk eingebundene Krankenkasse einschreiben, um an der selektivvertraglichen Versorgung teilnehmen zu können. Dadurch werden sie gezwungen die vertraglich festgelegten Leistungserbringer aufzusuchen, erhalten dafür in der Regel aber einen finanziellen Bonus. Krankenkassen wiederum können bspw. Kosteneinsparungen realisieren und mehr Transparenz über Kosten und Behandlungsprozesse erlangen, müssen ggf. aber ihre administrativen Prozesse umstellen.

⁴⁹² Vgl. Awe/Schultz (2011), S. 54.

und Behandlungseffizienz durch das Netzwerk sowie die Positionierung auf dem (regionalen) Gesundheitsmarkt und die Marktakzeptanz umschreiben. Als Vergleichsgröße für die Bewertung empfehlen die Autoren derweil die Gegenüberstellung zur bisher üblichen Regelversorgung ohne Netzwerk.⁴⁹³ Was die Autoren nicht explizit berücksichtigen, ist eine mögliche Erfolgsbewertung aus der Gesamtperspektive des Gesundheitswesens, wobei hier argumentiert werden kann, dass dafür die Kumulation der Erfolgsgrößen aus den anderen Bereichen herangezogen werden kann. Hierzu zählen v. a. patientenbezogene Erfolgsgrößen, aber auch krankenkassenseitige Erfolgsgrößen, wenn bspw. davon ausgegangen wird, dass diese ihre Kosteneinsparungen an den Gesamtmarkt weitergeben. Ebenso können Erfolge der Leistungserbringer und des Netzwerks positiv auf das Gesundheitswesen wirken.

Da Wundnetze hier als eigene Organisationsform verstanden werden, steht besonders die Netzwerkperspektive mit einer kollektiven Erfolgsbestimmung im Fokus des Interesses. Dafür müssen Kriterien definiert werden, an denen der Erfolg beurteilt werden kann. Beim klassischen Zielansatz⁴⁹⁴ erfolgt die Beurteilung des Erfolgs auf Grundlage vorab definierter Netzwerkziele. Dabei kann idealerweise ein Zielsystem mit einem/mehreren Oberziel/en und diversen Teilzielen angenommen werden, an dem letztlich das Handeln innerhalb des Netzwerks ausgerichtet werden sollte. Diese Ziele müssen in nächsten Schritt mithilfe von Erfolgsgrößen bzw. Erfolgskriterien operationalisiert bzw. messbar gemacht werden. Mithilfe geeigneter Erfolgsindikatoren gilt es anschließend die Erreichung der Kriterien bzw. der operationalisierten Ziele zu bewerten (vgl. Abbildung 18).⁴⁹⁵

⁴⁹³ Vgl. Awe/Schultz (2011), S. 63.

⁴⁹⁴ Neben dem Zielansatz werden in der Literatur der Systemansatz sowie der interessenpluralistische Ansatz respektive Stakeholderansatz diskutiert. Nach dem Systemansatz wird die Überlebensfähigkeit der Organisation als Erfolg definiert und die Erfolgsbestimmung erfolgt anhand der Organisationsziele ergänzt um die Beziehungen zur Umwelt und die internen Prozesse. Der interessenpluralistische Ansatz betrachtet das oberste Organisationsziel als die Befriedigung interner und externer Anspruchsgruppen, an dessen Erreichungsgrad sich der Erfolg bemisst. Beide Ansätze bauen indes auf dem Zielansatz auf. Da sich der Zielansatz auch zur Bewertung der Vernetzung eignet, werden die anderen Ansätze nicht weiter ausgeführt oder einbezogen. Vgl. zu den Ansätzen die Ausführungen von Evanschitzky (2003), S. 54-57, Tjaden (2003), S. 59 sowie Böing (2001), S. 41ff.

⁴⁹⁵ Vgl. Klemann (2007), S. 183.

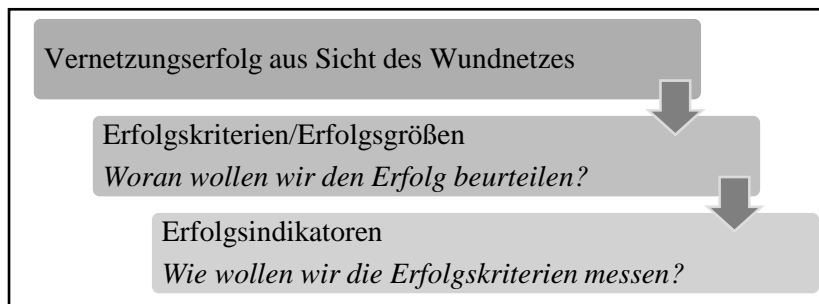


Abbildung 18: Messung des Vernetzungserfolgs⁴⁹⁶

Als erfolgreich kann ein Wundnetz nach diesem Ansatz bezeichnet werden, wenn es seine selbst gesteckten Ziele erreicht hat, wobei sich die Ziele in Anlehnung an Lingenfelder und Kronhardt (2001) sowie Knöppler (2009) grob unterteilen lassen in Qualitäts- und Serviceziele, die sich auf die Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung beziehen, in ökonomische Ziele und in strukturelle Ziele, die auf die Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen abzielen.⁴⁹⁷ Da die Ziele des Wundnetzes im Vorfeld zwischen den Netzwerkteilnehmern vereinbart werden, fließt die Individualperspektive unweigerlich in die kollektive Erfolgsbestimmung ein.⁴⁹⁸

Da jedes Netzwerk andere Ziele hat und auch die Operationalisierungen dieser voneinander abweichen, erfolgt die Erfolgsbestimmung zwangsläufig netzwerkspezifisch.⁴⁹⁹ Denkbar ist ebenfalls ein (Erfolgs)Vergleich mit anderen Wundnetzen. In diesem Fall müssten vorab definierte, einheitliche Kennzahlen abgefragt und gegenübergestellt werden, um zumindest einen relativen Erfolg ermitteln zu können. Dies entspricht womöglich nicht dem Erfolgsverständnis der Netzwerkteilnehmer, ermöglicht aber eine bessere Vergleichbarkeit.⁵⁰⁰ Schang et al. (2020) plädieren für die Berücksichtigung beider Dimensionen und empfehlen netzwerkübergreifende, verpflichtende Evaluationen, die einerseits anhand eines vordefinierten Kriterienkatalogs die Güte der Zusammenarbeit einbeziehen sollten und andererseits die netzwerkspezifischen Ziele.⁵⁰¹

⁴⁹⁶ In Anlehnung an Klemann (2007), S. 183.

⁴⁹⁷ Vgl. Knöppler (2009), S. 259; Lingenfelder/Kronhardt (2001), S. 318.

⁴⁹⁸ Vgl. Klemann (2007), S. 180; Wohlgemuth/Hess (1999), S. 30.

⁴⁹⁹ Vgl. Evanschitzky (2003), S. 55.

⁵⁰⁰ Vgl. Krämer (2016), S. 29.

⁵⁰¹ Vgl. Schang/Sundmacher/Grill (2020), S. 514. Die Netzwerkweite wird dabei ausgedrückt durch die Prozess- und Ergebnisqualität.

Insgesamt ist die Bandbreite an verwendeten Netzwerkerfolgskriterien und Erfolgsindikatoren in der Literatur groß und heterogen. Neben quantitativen Outputkriterien wie der Wirtschaftlichkeit, gilt es auch qualitative⁵⁰² Kriterien wie die Kompetenzerweiterung zu berücksichtigen, wobei der Grundstein für die adäquate Berücksichtigung aller in Frage kommenden Erfolgskriterien, und nachgelagert der Erfolgsindikatoren, bereits im Rahmen der Zielformulierung gelegt wird.

In Anbetracht dessen, dass sich viele Wundnetze wieder auflösen oder zumindest keine Aktivitäten mehr ersichtlich sind, kann Netzwerkerfolg neben dem Grad der Zielerreichung gekennzeichnet sein durch die Überlebenswahrscheinlichkeit bzw. die Stabilität.⁵⁰³ Von der alleinigen Gleichsetzung des Erfolgs mit der Stabilität bzw. der Dauerhaftigkeit einer Kooperation bzw. von Misserfolg mit der Beendigung der Vernetzung ist jedoch abzuraten, da dies insbesondere zu kurz greift, wenn es sich um ein zeitlich befristetes Projekt handelt. In diesem Fall kann dieses Erfolgskriterium nur greifen, wenn das Projekt ungeplant vorzeitig beendet wird.⁵⁰⁴

Die Kombination verschiedener Erfolgsgrößen und Indikatoren ist nicht nur vorteilhaft, sondern in Anbetracht der Heterogenität der hier betrachteten Wundnetze anzuraten.⁵⁰⁵ Neben klassischen Outputkriterien können zudem input- und prozessorientierte Kriterien relevant sein. Diese können dazu beitragen, bei der Erfolgsbewertung nicht nur ein vermeintliches Netzwerkergebnis herauszustellen, sondern ebenfalls das Vernetzungsgeschehen und das Erfolgspotenzial zu evaluieren.⁵⁰⁶ Als Beispiele für input- und prozessorientierte Kriterien können die Qualität des Netzwerks und der Beziehungen oder die Vernetzungsintensität angeführt werden, deren Erreichung gewöhnlich auch die Outputkriterien positiv beeinflussen.⁵⁰⁷

Einen Überblick zu möglichen Erfolgskriterien und -indikatoren für die Erfolgsermittlung von Wundnetzen, bietet die nachfolgende Tabelle 7, wobei anzumerken ist, dass die Indikatoren wechselseitig voneinander abhängig sein können.

⁵⁰² Qualitative Kriterien, als sog. „weiche“ Indikatoren, sind zwar nicht so einfach objektiv quantifizierbar wie quantitative Faktoren, haben im Kontext des Gesundheitswesens aber einen hohen Stellenwert. Zu diesen Faktoren zählt z. B. auch die Patientenzufriedenheit, deren Realisierung im Kontext des Gesundheitswesens zu den bedeutendsten Zielen zählt. Vgl. hierzu Klemann (2007), S. 184.

⁵⁰³ Vgl. Schrader (1993), S. 234. Dieser Zusammenhang basiert auf einer Analyse zu empirischen Studien, wobei diese in der Mehrzahl Joint Ventures betrachten.

⁵⁰⁴ Vgl. Wohlgemuth/Hess (1999), S. 32.

⁵⁰⁵ Vgl. Klemann (2007), S. 185f.

⁵⁰⁶ Vgl. Sydow/Auschra (2015), S. 3; Klemann (2007), S. 186. Durch die Berücksichtigung inputorientierter Kriterien wird lt. Klemann das Erfolgspotenzial herausgestellt.

⁵⁰⁷ Vgl. Sydow/Auschra (2015), S. 3.

Erfolgskriterien/ Erfolgsgrößen		Erfolgsindikatoren
Outputorientierung (<i>Ergebniserfolg</i>)	Wirtschaftlichkeit, Behandlungsqualität, Therapieerfolg, Kompetenzerweiterung, Know-how-Erwerb, Patientenzufriedenheit etc.	Behandlungskosten, Gewinn und Rentabilität, Budgetentwicklung, Marktakzeptanz, Reichweite/Einzugsgebiet, Grad der Patientenzufriedenheit und Lebensqualität, Behandlungsquote, Wundheilungsrate und -dauer, Amputationsraten etc.
Prozessorientierung (<i>Prozesserfolg</i>)	Beziehungsqualität, Prozessqualität, Kommunikations- und Informationsfluss, gegenseitige Lerneffekte etc.	Kooperations- und Leistungsbereitschaft, gegenseitige Akzeptanz, Art/Häufigkeit und Umfang der Kontakte und Konflikte, gemeinsam entwickelte/genutzte Behandlungsstandards und Behandlungspfade, Zuweiserquoten, Grad der Patientencompliance (Therapietreue) etc.
Inputorientierung (<i>Erfolgspotenzial</i>)	Entwicklung der Mitgliederpotenziale (Lernchancen), gemeinsame Ressourcennutzung, Synergiepotenziale etc.	Anzahl gemeinsamer Qualitätszirkel oder Fortbildungen, Anzahl Patientenschulungen, Mitgliederanzahl, Ausbildung/Erfahrung/Kompetenzen und Verhalten der Mitglieder, Mittelausstattung etc.

Tabelle 7: Mögliche Erfolgskriterien und Erfolgsindikatoren für Gesundheitsnetzwerke⁵⁰⁸

Wann und in welchen Abständen eine netzwerkinterne Erfolgsermittlung stattfinden sollte, ist auch vom Zeithorizont der Netzwerkziele abhängig. Denkbar ist ebenso eine begleitende Erfolgsmessung im Sinne einer prozessbegleitenden Evaluation (Vorher-Nachher-Vergleich und Entwicklung der Versorgung im Verlauf des Netzwerkbestehens).⁵⁰⁹

Eine Erfolgsgarantie gibt es für die Vernetzung derweilen nicht. Es deuten sich insgesamt positive Effekte von Wundnetzen an, insbesondere für die Abheilungszeiten, die Wundheilungsraten und die Amputationsraten, auch wenn hier noch großer Forschungsbedarf gesehen wird, um die Ursache-Wirkungs-Beziehung klar nachzuweisen, sowohl in Bezug auf klinische als auch finanzielle Auswirkungen.⁵¹⁰ Balzer (2018) merkt dazu kritisch an, dass die bisherigen Evaluationen der Versorgung in Wundnetzwerken bzw. im Rahmen von Selektivverträgen aufgrund uneinheitlich erhobener Daten oder methodischer Fehler „keine allgemeingültigen Aussagen über bevorzugte Formen und Profile von Wundnetzen und der Integrierten Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden zu[lassen]“. ⁵¹¹

⁵⁰⁸ In Anlehnung an Klemann (2007), S. 189, ergänzt um Ausführungen von Dostal/Dostal (2017), Leisten (2017), S. 45; S. 66ff., Tigges (2016), S. 39ff.; Awe/Schultz (2011), S. 63.

⁵⁰⁹ Vgl. Klemann (2007), S. 250.

⁵¹⁰ Vgl. Leisten (2017), S. 45; Moore et al. (2014), S. S18 und die jeweils dort angegebene Literatur.

⁵¹¹ Balzer (2018), S. 88.

Es stellt sich also die Frage, von welchen Faktoren der Netzwerkerfolg bzw. einzelne Erfolgskriterien abhängen und letztlich dazu führen, dass ein Netzwerk im Vergleich vermeintlich erfolgreicher ist. Solche Faktoren werden als Erfolgsfaktoren, Erfolgskomponenten oder Schlüsselfaktoren bezeichnet und stellen die Ursachen für den Erfolg dar bzw. sollen diesen erklärbar machen.⁵¹²

Dabei stellen unterschiedliche Autoren je nach Schwerpunktsetzung andere Erfolgsfaktoren als relevant heraus. Während bspw. Dobbins et al. (2016) den Erfolg von Teams durch eine gemeinsame Sichtweise, klar definierte Ziele und Erwartungen, starke Führung, Unterstützungsstrukturen, klar definierte Rollen, interprofessionellen Respekt, klare und häufige Kommunikation, regelmäßige Evaluation und Anpassungsfähigkeit ermöglicht sehen,⁵¹³ führt Klemann (2007) als Voraussetzung für das Gelingen u. a. Vertrauen, Kommunikation, Zielidentität, Ressourcenaustausch, fortlaufende Kooperationsanpassung sowie Führung und Kontrolle an.⁵¹⁴ In der Literatur finden sich noch zahlreiche andere Erfolgsfaktoren sowie unterschiedliche Strukturierungsmöglichkeiten. In der Abbildung 19 werden diese mit Hilfe eines Lebensphasenmodells von Netzwerken strukturiert. Die Idee dahinter ist, dass Wundnetze in Anlehnung an Killich und Luczak (2003) grundsätzlich die vier Entwicklungsphasen Initiierung, Formierung, Durchführung und Rekonfiguration oder Auflösung durchlaufen und sich die Erfolgsfaktoren inhaltlich zu einer dieser Phasen zuordnen lassen, wobei sich die Faktoren grundsätzlich gegenseitig bedingen können.⁵¹⁵ Daneben kristallisieren sich phasenübergreifende Erfolgsfaktoren heraus.⁵¹⁶

⁵¹² Vgl. Klemann (2007), S. 190; Tjaden (2003), S. 53; Wohlgemuth/Hess (1999), S. 31. Die Begriffe Erfolgsfaktor und Erfolgspotenzial werden tlw. auch synonym genutzt, jedoch sind Erfolgspotenziale eher als Bindeglied zwischen den Erfolgsfaktoren und dem Erfolg zu sehen und damit als Zwischenstufe. Vgl hierzu die Diskussion bei Tjaden (2003), S. 64f.

⁵¹³ Vgl. Dobbins et al. (2016), S. 178.

⁵¹⁴ Vgl. Klemann (2007), S. 146.

⁵¹⁵ Neben dem aufgezeigten Lebensphasenmodell finden sich in der Literatur weitere, die sich mehr oder weniger ähneln. Sydow (2003) merkt dazu an, dass die Modelle grundsätzlich etwas „Willkürliches“ haben. „Das Willkürhafte drückt sich zum einen in der Vielfalt und Varietät der in den verschiedenen Modellen unterschiedenen Phasen aus, zum anderen in der Offenheit der Modelle zu der Frage, wie lange bestimmte Phasen dauern und wovon die Dauer einer Phase abhängen mag.“ Sydow (2003), S. 332. Auf eine Diskussion verschiedener Modelle wird an dieser Stelle verzichtet. Für einen guten Überblick wird stattdessen auf Schwark (2000), S. 231-243 verwiesen.

⁵¹⁶ Vgl. Tjaden (2003), S. 133; Killich/Luczak (2003), S. 13f. Zu den Entwicklungsphasen vgl. weiterführend Kap. 3.2.3.

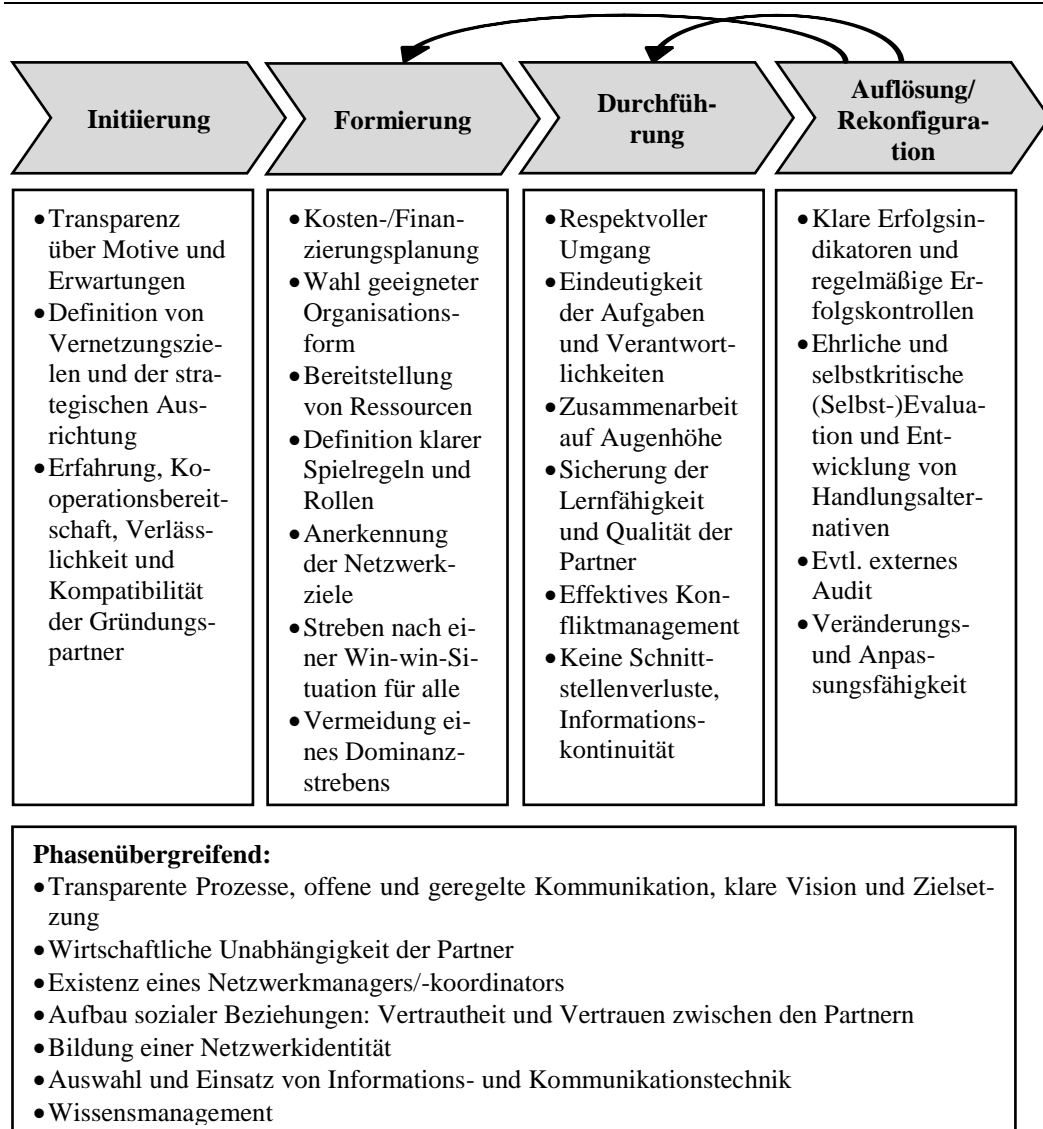


Abbildung 19: Mögliche Erfolgsfaktoren nach Lebensphasen⁵¹⁷

Dieser Überblick über die Perspektiven des Netzwerkerfolgs, die aufgezeigten Erfolgskriterien und –indikatoren sowie der Erfolgsfaktoren in Abhängigkeit von der Lebensphase, verdeutlicht die Bandbreite an Möglichkeiten und die Notwendigkeit für die Netzwerke, sich netzwerkspezifisch mit der Vielschichtigkeit der Thematik und den sich je nach Lebensphase unterschiedlichen Anforderungen an das Netzwerkmanagement auseinanderzusetzen.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird ein Netzwerk zunächst dann als erfolgreich eingestuft, wenn Netzwerkaktivitäten erkennbar sind, wenn die Anzahl

⁵¹⁷ Eigene Darstellung in Anlehnung an Dobbins et al. (2016), S. 178; Ernst (2008), S. 136ff.; Hibbert/Huxham/Smith Ring (2008), S. 400; Klemann (2007), S. 146; Kronhardt (2004), S. 171; Tjaden (2003), S. 114.

der Mitglieder und deren Engagement nach dem Empfinden der Mitglieder als zufriedenstellend angesehen und mögliche selbstgesteckte Netzwerkziele als erreicht bewertet werden. Dies muss jedoch nicht mit der Sichtweise der Praxis übereinstimmen und muss hinterfragt werden, genauso wie die aus Sicht der Wundnetze besonders relevanten Erfolgsfaktoren.

An die Ausführungen anknüpfend, werden folgende *Detailfragen* abgeleitet:

- *Welche Ober- und Teilziele verfolgen die Wundnetze? Wirken diese auch handlungsleitend?*
- *Evaluieren die Wundnetze den Netzwerkerfolg?*
- *Falls eine Erfolgsbewertung erfolgt, anhand welcher Kriterien wird der Erfolg beurteilt und mit welchen Indikatoren wird er gemessen?*
- *Welche Erfolgsfaktoren sind in der Praxis besonders relevant?*

3.2 Management in Wundnetzwerken

Ogleich die Zusammenarbeit der im Wundnetzwerk zusammengeschlossenen Organisationen und Leistungserbringer auf freiwilliger Basis beruht und diese weiterhin selbstständig sind, ist dessen Entstehung und Erhalt nicht nur auf selbstorganisierte Prozesse zurückzuführen, sondern bedarf eines „Mindestmaßes an sozialer Organisiertheit“⁵¹⁸ sowie institutioneller Unterstützung und Führung.⁵¹⁹ Die Existenz eines Netzwerkmanagements bzw. eines Managers oder Koordinators wird folglich als wichtiger Erfolgsfaktor für eine Vernetzung herausgestellt.⁵²⁰

Im Folgenden werden zunächst die Besonderheiten des Managements in Gesundheitsnetzwerken allgemein bzw. in Wundnetzwerken im Speziellen sowie die basalen Management-Funktionen erläutert. Bevor anschließend dem Umstand Rechnung getragen wird, dass Netzwerke im Laufe der Zeit einem Wandel unterworfen sind, werden mögliche Spannungsverhältnisse in Gesundheitsnetzwerken aufgezeigt. Dass diese ebenfalls veränderlich sind und kontinuierlich ausbalanciert werden müssen, wird am Beispiel der Einführung einer Informations- und Kommunikationstechnologie als Teil der digitalen Vernetzung dargestellt.

⁵¹⁸ Sydow (1995), S. 630.

⁵¹⁹ Vgl. Hildebrandt et al. (2016), S. 65; Williams (2011), S. 216; Sydow/Windeler (1994), 3f.

⁵²⁰ Vgl. hierzu 3.1.3.2

3.2.1 Managementpraktiken in Wundnetzwerken

In Anlehnung an Killich und Luczak (2003) werden wie zuvor angeführt beim Aufbau und Betrieb intersektoraler und interprofessioneller Wundnetzwerke die vier Entwicklungsphasen Initiierung, Formierung, Durchführung und Rekonfiguration oder Auflösung durchlaufen, wobei weder alle Phasen gänzlich, noch überschneidungsfrei durchlaufen werden müssen. Ein mehrmaliges Durchlaufen einer Phase ist ebenfalls möglich.⁵²¹

Zu Beginn einer jeden Kooperation bedarf es zunächst einer Idee und eines Anstoßes. Häufig geht die Initiative von einem der beteiligten Leistungserbringer, wie z. B. einem niedergelassenen Arzt aus.⁵²² In dieser Phase geht es darum, Partner zu finden. Wie das Management gestaltet werden soll werden, wird meist im Anschluss an diesen Schritt diskutiert. Management in Wundnetzwerken bedeutet dabei vor allem, dass die gemeinsamen Aktivitäten der verschiedenen Organisationen und Leistungserbringer geplant, koordiniert und kontrolliert werden müssen.⁵²³ Festzuhalten ist, dass Management in Netzwerken grundsätzlich nicht gleichzusetzen ist mit dem klassischen Verständnis im hierarchischen Unternehmenskontext, sondern partizipativer, überzeugender und koordinierender Natur sein sollte.⁵²⁴

Entsprechend ist ein Netzwerkmanager dabei kein klassischer Organisationsleiter⁵²⁵ wie in einem hierarchisch aufgestellten Unternehmen, da er über keine Weisungsfunktion ggü. den anderen Netzwerkmitgliedern verfügt und diese nicht dazu verpflichten kann, bestimmte Handlungen auszuführen oder bei der Netzwerkarbeit mitzuwirken. Dies würde schon allein aufgrund der Sozialisation der Ärzte und der Selbstbestimmtheit der ärztlichen Berufsausübung nicht zum Erfolg führen.⁵²⁶ Die verschiedenen Leistungserbringer bilden das Netzwerk und geben diesem eine inhaltliche Ausrichtung. Die Aufgaben des eingesetzten Managements eines Gesund-

⁵²¹ Vgl. Killich/Luczak (2003), S. 13f.

⁵²² Vgl. Hildebrandt et al. (2016), S. 66; Howaldt/Ellerkmann (2011), S. 23f.; Provan/Kenis (2008), S. 231.

⁵²³ Vgl. Mellewig (2003), S. 74; Sydow/Windeler (1997), S. 150.

⁵²⁴ Vgl. Amelung/Chase/Reichert (2017), S. 233; Sheaff/Schofield (2016), S. 442.

⁵²⁵ Es sei jedoch angemerkt, dass sich die Funktion der Organisationsleitung bzw. Führung auch in klassischen Unternehmen zunehmend von einer Herrschaftssicherung und alleinigen Gestaltung des Unternehmens zum intelligenten Komplexitätsmanagement und der Kommunikationskoordination von Entscheidungen wandelt. Vgl. hierzu weiterführend z. B. Baecker (1999) sowie Oetinger (2003).

⁵²⁶ Vgl. Hildebrandt et al. (2016), S. 66; Wensing et al. (2005), S. 180.

heitsnetzwerks liegen laut Heckes (2016) hierbei eher im Integrieren und Motivieren und weniger in der Vorgabe einer inhaltlichen Ausrichtung.⁵²⁷ Klijn (2008) umschreibt die Rolle des Netzwerkmanagers entsprechend als „a mediator, a process manager, or a facilitator.“⁵²⁸ Das Hauptaugenmerk muss darauf liegen, alle Beteiligten und deren Fähigkeiten sinnvoll einzubinden, die jeweiligen Belange zu berücksichtigen und die Aushandlungsprozesse im Sinne der netzwerkseitigen Zielsetzung zu steuern und zu moderieren.⁵²⁹ Der Begriff Netzwerkmanagement kann demgemäß analog zu den Begriffen Netzwerksteuerung und Netzwerkmoderation betrachtet werden.

Dabei sollte im besten Falle ein Konsens innerhalb des Netzwerks gefunden werden, welche Aufgaben und Befugnisse an diese Rolle geknüpft sein sollen.⁵³⁰ Eine eindeutige Antwort, wer diese Rolle einnehmen sollte, gibt es indes nicht.⁵³¹ Der Initiator des Gesundheitsnetzwerks muss diese Managementfunktion nicht zwangsläufig übernehmen. Häufig wird diese Aufgabe im Laufe der Zeit an eine Geschäftsstelle oder eine Managementgesellschaft übertragen, kann aber dauerhaft auch durch eine der Netzwerkorganisationen wie bspw. ein Krankenhaus oder eine niedergelassene Arztpraxis oder gar ein einzelnes Netzwerkmitglied übernommen werden.⁵³² Im Laufe der Netzwerkentwicklung ist ebenso eine aus der Rechtsform (z. B. e. V., GmbH) abgeleitete Managementfunktion denkbar. Braun und Güssow (2006) geben dabei zu bedenken, dass die Übernahme des Netzwerkmanagements durch eine dominante Einrichtung, wie bspw. ein Krankenhaus oder eine Krankenkasse, auf Ablehnung seitens der anderen Leistungserbringer stoßen könnte.⁵³³ Bogenstahl und Imhof (2009) kommen im Rahmen einer Metaanalyse zu den Erfolgsfaktoren des Managements von interorganisationalen Netzwerken zu dem Schluss, dass die Frage ungeklärt bleibt, ob es vorteilhafter ist, das Netzwerkmanagement zentral und hierarchisch zu gestalten oder ob eher eine dezentrale Selbststeuerung erfolgsversprechend ist oder weitergehend gar ein Zusammenspiel beider Möglich-

⁵²⁷ Vgl. Heckes (2016), S. 62.

⁵²⁸ Klijn (2008), S. 132. Ähnlich auch Mühlbacher (2002), S. 268.

⁵²⁹ Vgl. Hildebrandt et al. (2016), S. 65ff.

⁵³⁰ Vgl. Braun/Güssow (2006), S. 78.

⁵³¹ Vgl. Klemann (2007), S. 151; Wensing et al. (2005), S. 180.

⁵³² Vgl. Hildebrandt et al. (2016), S. 65; Sheaff/Schofield (2016), S. 441; Sydow (2010b), S. 401; Amelung/Sydow/Windeler (2009), S. 14; Provan/Kenis (2008), S. 234.

⁵³³ Vgl. Braun/Güssow (2006), S. 88f.

keiten. Dabei bemängeln sie, dass sich insgesamt nur wenige nationale und internationale Studien⁵³⁴ mit dem Management von Dienstleistungsnetzwerken befassen, zu denen die Autoren den Gesundheitsbereich zählen.⁵³⁵

Unabhängig von der Frage der organisatorischen Einbettung, lassen sich nach Sydow und Windeler (1994, 1997) wie in Abbildung 20 für die Steuerung und Moderation von Netzwerken bzw. der interorganisationalen Beziehungen idealtypisch die vier Funktionsbereiche Selektion, Regulation, Allokation und Evaluation identifizieren.⁵³⁶ Diese Managementfunktionen sind rekursiv miteinander gekoppelt, wobei sich der Fokus je nach Entwicklungsphase des Netzwerks auf einen der Funktionsbereiche richten wird. Je Funktionsbereich kommen dann Managementpraktiken zum Einsatz, die als wiederkehrende Handlungen zu verstehen sind.⁵³⁷



Abbildung 20: Funktionsbereiche des Managements von Netzwerken⁵³⁸

⁵³⁴ Insgesamt beziehen die Autoren 43 Studien in ihre Metaanalyse ein. Nur 7 von diesen befassen sich mit dem Management von Dienstleistungsnetzwerken.

⁵³⁵ Vgl. Bogenstahl/Imhof (2009), S. 18.

⁵³⁶ Vgl. Sydow/Windeler (1994), S. 7; Sydow/Windeler (1997), S. 150f.

⁵³⁷ Vgl. Sydow (2010b).

⁵³⁸ In Anlehnung an Sydow/Windeler (1997), S. 151.

Selektion: Die Selektion von Leistungserbringern bzw. Gesundheitsorganisationen ist insbesondere in der Initiierungs- und Formierungsphase von großer Bedeutung, gleichzeitig aber als wiederkehrender Prozess zu verstehen, der ebenso den Ausschluss von Akteuren einschließt.⁵³⁹ Idealerweise bietet sich für die Aufnahme von Akteuren in das Wundnetzwerk zunächst die Formulierung eines Anforderungsprofils mit relevanten Kriterien bzw. Bedingungen an.⁵⁴⁰ Nach Friese (1998) betreffen diese die Bereiche Kompetenz (*capability*), Kompatibilität (*compatibility*) und hinreichendes Engagement (*commitment*).⁵⁴¹

In Gesundheitsnetzen sind dabei die Ausrichtung und Zielsetzung des Netzwerks richtungsweisend. Im Fall von Wundnetzwerken gilt es, zunächst die für die Wundversorgung relevanten Professionen und Disziplinen zu berücksichtigen. Auch die Finanzierung oder ein angestrebter, späterer finanzieller Rückfluss spielen bei der generellen Partnerberücksichtigung eine Rolle. Erst nach der Definition der Kriterien sollte die (weitere) aktive Partnersuche vorangetrieben werden, da die Selektion einen Schlüsselfaktor für die Netzwerkstabilität und die Netzwerkweiterentwicklung darstellt.⁵⁴² Huxham und Vangen (2005) sehen es als große Herausforderung für die Initiatoren oder Manager zu entscheiden „[h]ow to achieve the ‘right’ mix of individuals and organizations, how to involve members in different capacities, or with different status, without alienating them, how to ensure that the desired interests are represented and how to maintain a stability of membership (...)“⁵⁴³

Allokation: Die Allokationsfunktion beinhaltet Entscheidungen und die Koordination hinsichtlich der Verteilung von Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Ressourcen auf die Netzwerkakteure. Wenngleich die Allokationsfunktion ähnlich wie die Selektionsfunktion speziell zu Beginn der Netzwerkbildung von größerer Bedeutung ist und die Umsetzung der hier getroffenen Vereinbarungen in der Durchführungsphase der Vernetzung erfolgt, sollte eine regelmäßige Überprüfung und Anpassung erfolgen und ggf. eine Re-Allokation vorgenommen werden.⁵⁴⁴

⁵³⁹ Vgl. Kirchgeorg/Coldewey (2003), S. 581.

⁵⁴⁰ Vgl. Sydow (2010b), S. 406.

⁵⁴¹ Vgl. Friese (1998), S. 91. Friese führt hier die “Three C’s: capability, compatibility und commitment” an.

⁵⁴² Vgl. Backhaus et al. (2019), S. 93; Dacin/Reid/Smith Ring (2008), S. 102; Coldewey (2002), S. 223.

⁵⁴³ Huxham/Vangen (2005), S. 131.

⁵⁴⁴ Vgl. Sydow (2010b), S. 397; Klemann (2007), S. 231.

Regulation: Die Entwicklung und Durchsetzung von Spielregeln der Zusammenarbeit ist Teil der Regulationsfunktion.⁵⁴⁵ Insbesondere während der Formierungs- und der Durchführungsphase gilt es, formale Vereinbarungen in mündlicher oder schriftlicher Form festzulegen. Dies betrifft z. B. die Festlegung möglicher gemeinsamer Behandlungsprozesse und Standards, von Regeln der Konfliktbehandlung sowie von Anreizsystemen zur Gewinnung, Motivation und Bindung von weiteren Akteuren. Ebenso gilt es, die Tiefe der Zusammenarbeit auszutarieren und damit verbundene Mechanismen und Regeln zur Kommunikation und zum Wissens- und Informationsaustausch zu klären. Auch Regeln hinsichtlich der Eigentumsverhältnisse möglicher gesammelter Patientendaten oder von neu generiertem Wissen zählen hierzu.⁵⁴⁶ Da der eigentliche Leistungsaustausch erst während der Durchführungsphase stattfindet, entwickeln sich im Laufe dieser Phase auch nicht beabsichtigte Routinen und Abläufe. Es gilt somit die Mechanismen der Regulationsfunktion regelmäßig zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Evaluation: Die Evaluation des Nutzens und der Kosten der Vernetzung an sich und der gemeinsamen Netzwerkaktivitäten erfolgt mithilfe zuvor definierter Outputkriterien und ermöglicht letztlich die Bestimmung des Netzwerkerfolgs.⁵⁴⁷ Diese können, wie zuvor in Bezug auf den Netzwerkerfolg erläutert, auf individueller Ebene (z. B. Patienten oder einzelne Leistungserbringer) sowie auf Netzwerkebene erhoben werden. Neben dem Output sind ebenso input- oder prozessorientierte Evaluationskriterien vorstellbar, wie bspw. die Beziehungsqualität im Netzwerk. Denkbar ist eine Evaluation zu verschiedenen Zeitpunkten und Zwecken.⁵⁴⁸ Ebenso kann eine begleitende Evaluation (Vorher-Nachher-Vergleich und Entwicklung der Versorgung im Verlauf des Netzwerkbestehens) sinnvoll sein.⁵⁴⁹

Auf Grundlage der Evaluationsergebnisse kann eine Rekonfiguration des Netzwerks notwendig werden oder eine Auflösung spezifischer netzwerkseitiger Aktivitäten bzw. einzelner Teilbereiche – im schlimmsten Fall gar des gesamten Netzwerks. Dies kann bestimmte Regeln oder Verantwortlichkeiten betreffen, aber

⁵⁴⁵ Vgl. Jütte (2009), S. 12

⁵⁴⁶ Vgl. Sydow (2010b), S. 398; Kirchgeorg/Coldewey (2003), S. 581.

⁵⁴⁷ Vgl. Sydow/Duschek (2011), S. 188ff.

⁵⁴⁸ Vgl. Sydow/Auschra (2015), S. 3.

⁵⁴⁹ Vgl. Klemann (2007), S. 250.

bspw. auch die Beendigung einer informationstechnischen Vernetzung oder spezifischer Netzwerkaktivitäten.⁵⁵⁰ Eine Auflösung des gesamten Netzwerks kann bewusst zu einem klar umrissenen Zeitpunkt erfolgen oder es zerfällt schleichend und „eher unkoordiniert und kann etwa als ‘leere Hülle’ ohne weitere Aktivitäten und Engagement fortbestehen.“⁵⁵¹

Darüber hinaus muss das Netzwerkmanagement die Interessen der Beteiligten über alle Entwicklungsphasen hinweg ausgleichen und zudem mögliche Spannungsverhältnisse mithilfe der kontinuierlichen Ausübung der Managementfunktionen versuchen auszubalancieren.⁵⁵² Glatzel (2012) merkt hierzu gar an, dass sich „Letzten Endes [...] alles Handeln in Netzwerken auf einen Nenner bringen [lässt]: das Management und Aushalten von Spannungsverhältnissen.“⁵⁵³ Um welche Spannungsverhältnisse es sich hierbei handeln kann und welche Bedeutung diese für Wundnetzwerke haben, dies wird im folgenden Abschnitt genauer betrachtet. Zuvor werden nach den Ausführungen dieses Abschnitts jedoch folgende *Detailfragen* formuliert, denen weiter nachgegangen werden soll:

- *Wie wird die Rolle des Netzwerkmanagements interpretiert?*
- *Wie ist das Management in den Wundnetzwerken organisiert?*
- *Wie akquirieren und selektieren die Wundnetze neue Mitglieder?*
- *Wie werden Aufgaben und Verantwortlichkeiten verteilt? Gibt es besonders engagierte Berufsgruppen? Werden Rollen im netzwerkseitigen Versorgungsprozess festgelegt?*
- *Welche Spielregeln wurden in Bezug auf die Kooperation vereinbart?*

Die sich in Bezug auf die Evaluation (als Teilbereich des Netzwerkmanagements) aufdrängenden Fragestellungen können aus dem Abschnitt zur Darstellung des Erfolgs und der Erfolgsfaktoren (s. 3.1.3.2) weitergeführt werden:

- *Evaluieren die Wundnetze den Netzwerkerfolg?*

⁵⁵⁰ Vgl. Klemann (2007), S. 256; Mellewigt (2003), S. 106f. Killich und Luczak weisen darauf hin, dass Kooperationen häufig in Sande verlaufen, ohne dass eine wirkliche, strukturierte Auflösung stattfindet. Meist sind nur Teilbereiche des Kooperationsprojektes betroffen und das Netzwerk an sich existiert weiter. Vgl. Killich/Luczak (2003), S. 22.

⁵⁵¹ Vgl. Loose (2006), S. 28.

⁵⁵² Vgl. Sydow/Schüßler/Müller-Seitz (2016), S. 23; Kirchgeorg/Coldewey (2003), S. 583.

⁵⁵³ Glatzel (2012), S. 66.

- *Falls eine Erfolgsbewertung erfolgt, anhand welcher Kriterien wird der Erfolg beurteilt und mit welchen Indikatoren wird er gemessen?*

3.2.2 Management von Spannungsverhältnissen

Die Interessen der verschiedenen Leistungserbringer mit unterschiedlichen Kompetenzen und Ressourcen zu berücksichtigen und im Sinne einer gemeinsamen Zielsetzung zu koordinieren, ist eine nicht leicht zu bewerkstellende Aufgabe.⁵⁵⁴ Die Mitgliedsorganisationen und einzelnen Leistungserbringer in Wundnetzwerken bewegen sich zueinander in ständigen Spannungsverhältnissen, die regulierungsbedürftig und bei der Ausgestaltung der Managementfunktionen zu berücksichtigen sind, gleichzeitig aber die Spannungsverhältnisse maßgeblich prägen können.⁵⁵⁵

Zur Annäherung und Systematisierung möglicher Spannungsverhältnisse in Gesundheitsnetzwerken werden zunächst die von Sydow (2001, 2010) aufgezeigten und in Abbildung 21 dargestellten generellen Spannungsverhältnisse *Vielfalt und Einheit, Flexibilität und Spezifität, Autonomie und Abhängigkeit, Vertrauen und Kontrolle, Kooperation und Wettbewerb, Stabilität und Fragilität, Formalität und Informalität* in Netzwerken aufgegriffen, deren Übertragbarkeit auf Wundnetzwerke anschließend geprüft wird.⁵⁵⁶ Das letzte von Sydow aufgezeigte Spannungsverhältnis ist ursprünglich das der *Ökonomie und Herrschaft*. Diese beiden Extreme beziehen sich auf das Verhältnis von funktionalen zu herrschaftlichen Arrangements und wie diese hergestellt werden.⁵⁵⁷ Um verstärkt auf die Führungsform und die Art der Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerks abzielen, wird bei dieser Kategorie von den Bezeichnungen Sydows abgewichen. Während der Begriff der Herrschaft durch Hierarchie als Steuerungsform des Netzwerks ersetzt wird, könnte

⁵⁵⁴ Vgl. Staber (2000), S. 59.

⁵⁵⁵ Vgl. Sydow (2010b), S. 404.

⁵⁵⁶ Vgl. Sydow (2010b), S. 404; Sydow (2001), S. 92. Littmann/Jansen (2000) sprechen von Paradoxien und nicht von Spannungsverhältnissen, die generell als Widersprüchlichkeiten in und zwischen Organisationen zu Tage treten und denen Organisationen „ausgesetzt“ sind. Diese Paradoxien werden als Prinzipien bzw. Optionen der Organisationsausrichtung verstanden, die „mehrdeutige Lösungen auf Probleme darstellen, die mit einer eindeutigen Antwort nicht mehr adäquat zu lösen sind“ (ebd. S. 18). Die aufgezeigten Paradoxien sind in ihren Begrifflichkeiten und Definitionen denen von Sydow ähnlich, jedoch in ihrer Anzahl vielfältiger (ebd. S. 17). Zimmermann (2011) wiederum benutzt den Terminus Ambivalenzen (ebd. S. 11). Weitere Spannungsverhältnisse (dialectic tensions) finden sich z. B. auch bei Pajunen/Fang (2013), S. 585 oder De Rond/Bouchikhi (2004), S. 66.

⁵⁵⁷ Vgl. Sydow et al. (1995), S. 75.

eine heterarchische Steuerungsform den Gegenpol darstellen.⁵⁵⁸ Der Ausdruck Heterarchie findet sich in Anlehnung an Güntert (2006) auch bei den Typisierungsmöglichkeiten von Wundnetzen in Abschnitt 3.1.3.1 sowie bei Littmann und Jansen (2000)⁵⁵⁹ und bei Hedlung (1986), der dazu anmerkt „it would not make much sense to define heterarchy as non-hierarchy, meaning ruling through the profane.“⁵⁶⁰ Heterarchie wird auch als demokratische Hierarchie verstanden.⁵⁶¹ Insofern scheint sich dieser Begriff nicht als Gegenpol zur Hierarchie zu eignen. Stattdessen wird hier als Gegensatz die Demokratie als Führungsform als passender empfunden, um den Grundgedanken eines Netzwerks aus gleichberechtigten Partnern aufzugreifen.

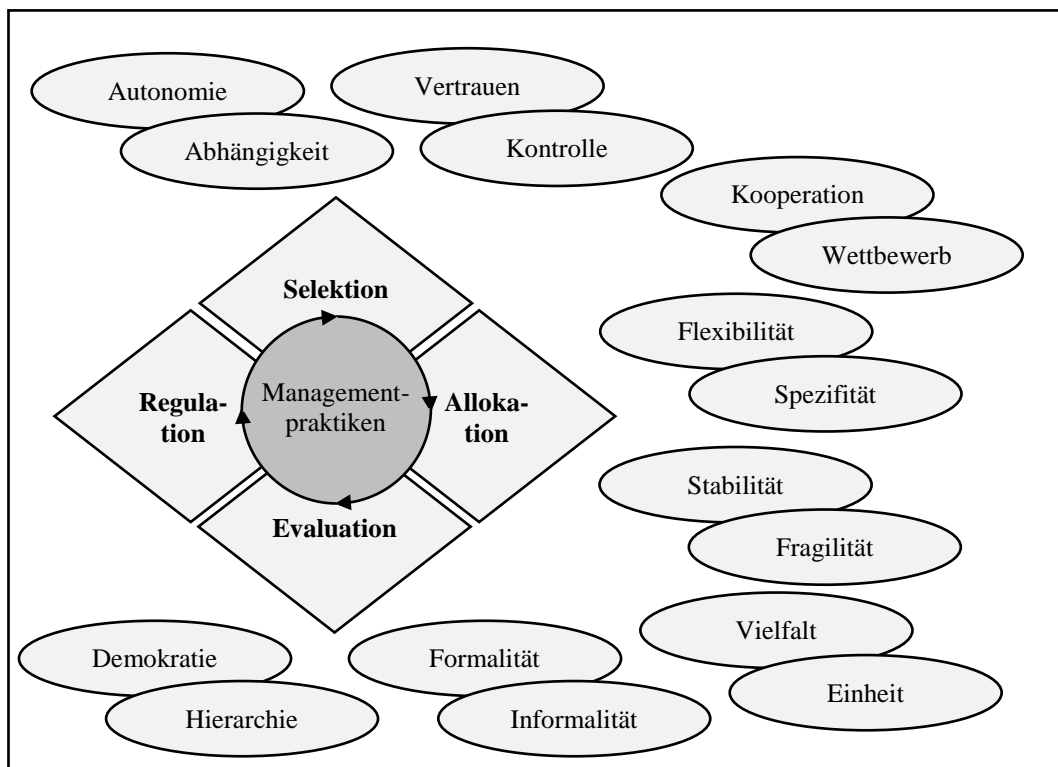


Abbildung 21: Spannungsverhältnisse in Netzwerken⁵⁶²

Einige dieser zur Benennung der Spannungsverhältnisse herangezogenen Begrifflichkeiten finden sich indes in den Typisierungsmöglichkeiten von Wundnet-

⁵⁵⁸ Vgl. Sydow (2010b), S. 380. Diese Begrifflichkeiten führt Sydow als Typisierungsform von Netzwerken hinsichtlich der Steuerungsform nach der Führung an.

⁵⁵⁹ Vgl. Littmann/Jansen (2000), S. 17.

⁵⁶⁰ Hedlund (1986), S. 10.

⁵⁶¹ Vgl. Schreyögg/Noss (1994), S. 17f.

⁵⁶² In Anlehnung an Sydow (2010b), S. 404.

zen wieder, ohne dabei auf mögliche Herausforderungen der Extrempunkte und deren Auswirkungen auf die Netzwerkmitglieder abzustellen. Um die Übertragbarkeit der Kategorien auf Wundnetzwerke zu eruieren und ferner die Bedeutung der einzelnen Spannungsverhältnisse und deren inhaltliche Ausgestaltung aufzuzeigen, werden relevante Beiträge und Studien mithilfe einer Literaturrecherche der Datenbanken EBSCOhost und ScienceDirect identifiziert und um nach dem Schneeballsystem erfasste Beiträge ergänzt, um diese anschließend deduktiv zu analysieren.⁵⁶³ Die Ergebnisse hierzu finden sich in der nachstehenden Tabelle.

Spannungsverhältnis	Relevanz im Kontext von Wundnetzen
Vielfalt – Einheit	In Wundnetzwerken können Organisationen und Einzelpersonen verschiedener Sektoren, Professionen und Disziplinen kooperieren. Dabei muss eine Balance gefunden werden zwischen der Vielfalt der Akteure und der Bildung einer Einheit, die sich sowohl auf formale Aspekte als auch die Teilung einer Kultur, gleicher Werte oder Interessen beziehen kann. Historisch gewachsene Hierarchie- und Machtstrukturen mit Ärzten an der Spitze, „sprachliche“ und insbesondere kulturelle Unterschiede erschweren die Bildung einer Einheit. ⁵⁶⁴ Die Harmonisierung des Wundbehandlungsprozesses nach einheitlichen Standards erfordert das Aufbrechen von traditionellen Ansichten und Arbeitspraktiken. ⁵⁶⁵
Flexibilität – Spezifität	Einerseits sollte ein Netzwerk flexibel sein und nicht zu starre Strukturen aufweisen, auf der anderen Seite können gemeinsam definierte, spezifische Aufgaben, Aktivitäten und Standards und damit zusammenhängend eine klare Arbeitsteilung zielführend sein und zum Handeln im Sinne des Wundnetzwerks zwingen. ⁵⁶⁶ Mit steigender Spezifität kann eine Beendigung der Kooperation nachteilig für den einzelnen Leistungserbringer sein, sei es aufgrund evtl. erfolgter Investitionen oder der strategischen Positionierung. ⁵⁶⁷
Autonomie – Abhängigkeit	Die in Netzwerken kooperierenden Organisationen sind zumeist rechtlich und wirtschaftlich relativ unabhängig voneinander und autonom in ihrem Handeln, gleichzeitig begeben sie sich durch die Abstimmung mit anderen Akteuren und

⁵⁶³ Aufgrund der unterschiedlichen Suchfunktionen wurde die Suche jeweils angepasst, dabei wurde versucht eine Balance zu finden zwischen Konsistenz und gegebenen Möglichkeiten. Suchbegriffe waren u. a. *consequences OR change OR effects AND integrated care OR connected health OR health network OR interorganizational*, mit Beschränkung auf peer reviewed Zeitschriften ab 2007. Dabei wurden insgesamt 2899 Treffer erzielt, wobei die meisten Artikel auf die (positiven) Effekte aus Sicht der Patienten oder rein finanzielle Vorteile abzielen oder die Usability und Adoption einzelner Gruppe von Hardware- und Software-Anwendungen betrachten oder einen rein intraorganisationalen Fokus haben. Liberati/Gorli/Scaratti (2016) bemängeln, dass sich nur wenige Veröffentlichungen und Studien mit den Herausforderungen der interorganisationalen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen beschäftigen. Nach der Überprüfung der Überschriften wurden die in Frage kommenden Abstracts gelesen und schließlich 10 Artikel selektiert. Die Suche war aber nicht restriktiv, was auch im Schneeballsystem zum Ausdruck kommt. Mithilfe dessen konnten weitere 7 Artikel selektiert werden, so dass insgesamt 17 Artikel die Grundlage bilden für die Analyse der Spannungsverhältnisse in interorganisationalen Gesundheitsnetzwerken.

⁵⁶⁴ Vgl. Birkeland et al. (2017), S. 199; Hall (2005), S. 188.

⁵⁶⁵ Vgl. Hanseth et al. (2006), S. 565.

⁵⁶⁶ Vgl. Birkeland et al. (2017), S. 198f.

⁵⁶⁷ Vgl. Southon/Perkins/Galler (2005), S. 323.

Spannungsverhältnis	Relevanz im Kontext von Wundnetzen
	die Zusammenlegung von verschiedenen Funktionen in eine Abhängigkeit. ⁵⁶⁸ Nimmt die Abhängigkeit der Netzwerkakteure und entsprechend die Bindungsintensität z. B. aufgrund nachgelagerter Aktivitäten zu, wird die Autonomie entsprechend abnehmen. ⁵⁶⁹ Verschiedene Studien führen zutage, dass verstärkt Ärzte mit zunehmender netzwerkseitiger Standardisierung der Versorgung und damit einhergehender Veränderung der Machtstrukturen an Autonomie einbüßen, während das medizinische und pflegerische Fachpersonal durch eine neue, klarere Rollenverteilung und durch Delegation von Aufgaben und Verantwortung an sie, eher an Autonomie gewinnt. ⁵⁷⁰
Vertrauen – Kontrolle	Vertrauen wird als ein Schlüsselfaktor für die Koordination und Kooperation in Netzwerken herausgestellt. ⁵⁷¹ Dabei ist das Verhältnis von Vertrauen zu möglichen Kontrollmechanismen in einem für die Akteure akzeptablen Maße auszubalancieren. Vertrauen bezieht sich in Wundnetzwerken dabei sowohl auf die Kompetenzen der Netzwerkpartner als auch auf die Qualität der Versorgung und der patientenbezogenen Informationen und Daten. ⁵⁷² Insbesondere intra-professionell kann es dabei zu Unstimmigkeiten und Misstrauen kommen. ⁵⁷³
Kooperation – Wettbewerb	Ein Netzwerk setzt Kooperation voraus, ist aber ebenso das Ergebnis einer netzwerkartigen Beziehung. Kooperation koexistiert im Netzwerk mit Konkurrenz. ⁵⁷⁴ In einem Wundnetzwerk muss die Bereitschaft vorhanden sein, vom Einzelkämpfer zum Teamplayer zu werden, dies gilt insbesondere für Ärzte. Kooperation kann dann zu Lerneffekten führen und die individuellen Kompetenzen verbessern. ⁵⁷⁵ Wettbewerb wird in mehreren Studien insbesondere intra-professionell beobachtet, der wiederum das Misstrauen zwischen den Akteuren verstärkt. ⁵⁷⁶
Stabilität – Fragilität	Die Beteiligung an einem Netzwerk beruht auf freiwilliger Basis, ebenso wie ein Austritt aus diesem. Diversität ist per se nichts Schlechtes, da es verschiedene Sichtweisen und Kompetenzen birgt. Je mehr Diversität in einem Wundnetzwerk aber vorherrscht, desto fragiler ist es tendenziell in seiner Struktur. ⁵⁷⁷
Formalität – Informalität	Netzwerke leben von informellen (menschlichen) Interaktionen und Beziehungen. Formalität entsteht durch verbindliche Rahmenbedingungen und die Zielsetzung der Vernetzung und es ist zu eruieren, wie das Verhältnis von Formalität zu Informalität innerhalb des Netzwerks reguliert werden sollte. Gemeinsame Standards und Behandlungspfade erhöhen bspw. die Formalität und können die individuellen Arbeitsabläufe verändern und einschränken, ermöglichen aber eine abgestimmte Behandlung und gehen damit über einen reinen, informellen Wissensaustausch hinaus. ⁵⁷⁸

⁵⁶⁸ Vgl. Schubert (2008), S. 34. Für Einzelpersonen kann dies anders sein. So sind z. B. Arzthelferinnen oder Pflegekräfte und tlw. auch Ärzte, wenn sie ihre Organisation vertreten, an diese gebunden und entsprechend generell nicht autonom in ihrem Handeln. Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit, sich rechtlich z. B. durch die Gründung einer GmbH zu binden.

⁵⁶⁹ Vgl. Sydow (1992), S. 90f. Entscheidend für den Grad der Abhängigkeit sind u. a. Vereinbarungen bzgl. des Leistungsaustausches oder der Formalisierungsgrad. Vgl. Coldewey (2002), S. 182.

⁵⁷⁰ Vgl. Barinaga et al. (2017), S. 113; Liberati/Gorli/Scaratti (2016), S. 36; Ash et al. (2007), S. 417; Morin et al. (2007), S. 193.

⁵⁷¹ Vgl. Vazquez et al. (2017), S. 17; Gazley (2016), S. 2.

⁵⁷² Vgl. Liberati/Gorli/Scaratti (2016), S. 33; Luch (2011), S. 857.

⁵⁷³ Vgl. van Raak/Paulus/Mur-Veeman (2005), S. 17.

⁵⁷⁴ Vgl. Sydow (1992), S. 93f.

⁵⁷⁵ Vgl. Birkeland et al. (2017), S. 201; Bossen (2007), S. 18f.

⁵⁷⁶ Vgl. Barinaga et al. (2017), S. 113; Liberati/Gorli/Scaratti (2016), S. 37; van Raak/Paulus/Mur-Veeman (2005), S. 17.

⁵⁷⁷ Vgl. Hanseth et al. (2006), S. 575f.

⁵⁷⁸ Vgl. Southon/Perkins/Galler (2005), S. 323.

Spannungsverhältnis	Relevanz im Kontext von Wundnetzen
Demokratie – Hierarchie	In Wundnetzen stellen historisch gewachsene Hierarchie- und Machtstrukturen besonders interprofessionell Barrieren für eine gleichberechtigte Zusammenarbeit dar. ⁵⁷⁹ Während die Ausrichtung der Akteure in klassischen Hierarchien an der vorgesetzten Instanz erfolgt, sollte es in Gesundheitsnetzwerken die Kompetenz sein, die für die Rollenverteilung maßgeblich ist und Orientierung bietet. ⁵⁸⁰ Insofern können Netzwerke durch den Austausch dazu beitragen Wissen aufzubauen, Rollenverständnisse aufzubrechen und mit Konsens aller Beteiligten neu zu definieren, bieten aber keine Garantie dafür. ⁵⁸¹

Tabelle 8: Spannungsverhältnisse in Wundnetzwerken⁵⁸²

Die Spannungsverhältnisse sind den Netzwerkmitgliedern oftmals nicht bewusst, sondern eher im Hintergrund gelegen und fürs praktische Handeln nicht immer relevant. Sie können nicht verhindert werden, sondern existieren von Natur aus und werden von jedem Akteur anders wahrgenommen und in Bezug auf die eigene Person als positiv oder negativ bewertet.⁵⁸³ Auch wenn sich die Kategorisierung von Sydow mit vorgenommener Modifizierung einer Kategorie gut für die Systematisierung potenzieller oder bestehender Spannungsverhältnisse in Gesundheitsnetzwerken eignet, darf nicht unerwähnt bleiben, dass die Zuordnung nicht immer trennscharf erfolgen kann. Zudem können je nach Konstellation und Ausrichtung des Netzwerks unterschiedliche Spannungsverhältnisse relevant sein.

Nicht nur die Managementpraktiken wie bspw. die Selektion der Partnerorganisationen bzw. Einzelpersonen, die Allokation der Aufgaben und Rollen oder regulative Elemente wie Anreizsysteme und Regeln zur Kommunikation und zum Wissens- und Informationsaustausch prägen permanent die Spannungsverhältnisse.⁵⁸⁴ Jegliche intendierte oder emergente Entwicklung des Netzwerks kann zu einer Verschiebung der Spannungsverhältnisse führen.⁵⁸⁵

Bevor der nächste Abschnitt solche Entwicklungen und deren Management aufgreift, werden die vorstehenden Gedanken und Erkenntnisse aufgreifend folgende *Detailfragen* formuliert:

⁵⁷⁹ Vgl. Landman et al. (2014), S. 201; Hall (2005), S. 192.

⁵⁸⁰ Vgl. Morin et al. (2007), S. 195; Southon/Perkins/Galler (2005), S. 321. Staar/Atzpodien (2017), S. 26 merken hierzu an: „Vor allem aufgrund häufig unzulänglicher formeller Steuerungs- und Weisungsmöglichkeiten sowie fehlender hierarchischer Beziehungen in Netzwerken sind es damit im Wesentlichen die Kompetenzen der beteiligten Mitglieder, die den Einzelnen befähigen, die Kooperation aktiv mitzugestalten.“

⁵⁸¹ Vgl. Liberati/Gorli/Scaratti (2016), S. 38.

⁵⁸² Eigene Zusammenstellung.

⁵⁸³ Vgl. Sydow/Schüßler/Müller-Seitz (2016), S. 23; De Rond/Bouchikhi (2004), S. 66.

⁵⁸⁴ Vgl. Sydow (2010b), S. 404.

⁵⁸⁵ Vgl. Vlaar/van den Bosch/Volberda (2007), S. 417; De Rond/Bouchikhi (2004), S. 67.

- *Lassen sich die literaturgestützt auf Wundnetzwerke übertragenen Spannungsverhältnisse auch in der Realität identifizieren und ggf. ergänzen?*
- *Wie äußern sie sich und welche sind besonders relevant?*

3.2.3 Management der Netzwerkentwicklung

(Wund)Netzwerke sind keine statischen, sondern dynamische Gebilde. D.h. sie befinden sich in ständiger Bewegung, sind einem stetigen Wandel unterworfen und entwickeln sich weiter, wobei sich der Wandel manchmal unmerklich vollzieht.⁵⁸⁶ Howaldt und Ellerkmann (2011) sehen die „Metamorphose“, mit sich ständig verändernden Formen und Grenzen, als wichtiges Wesensmerkmal von Kooperationen.⁵⁸⁷ Netzwerkentwicklung bzw. -wandel impliziert damit eher einen kontinuierlichen Prozess statt einer vorübergehenden Episode, die eine Ausnahme von der Regel und damit nur eine kurze Phase der Instabilität darstellen würde.⁵⁸⁸ Während die erste Sichtweise eine ständige Unruhe, gar Instabilität suggeriert, geht die letztere Sichtweise mit der Auffassung einher, „dass der Wandel als eine Sondersituation begriffen wird, die es geschickt zu managen gilt, die aber dann wieder zu einem neuen Regelwerk führt.“⁵⁸⁹ Schreyögg und Koch (2020) raten zu einer zweidimensionalen Perspektive, bei der Routinen und generelle Regelungen eine Stabilität, quasi als Orientierungsanker erlauben, diese Stabilität jedoch als prekär begriffen wird und einer fortlaufenden Beobachtung bedarf.⁵⁹⁰ Dabei ist Instabilität nicht grundsätzlich als etwas Negatives zu interpretieren, das auf mangelnde Planung oder ein schlechtes Management zurückzuführen ist, sondern kann ein wesentliches Merkmal erfolgreicher Kooperationen darstellen.⁵⁹¹ Neben einer *Veränderung*

⁵⁸⁶ Vgl. Gazley (2016), S. 2; Huxham/Vangen (2005), S. 125. Die Begriffe Entwicklung und Dynamik werden laut Heußler (2011) im allgemeinen Sprachgebrauch und der betriebswirtschaftlichen Literatur oftmals synonym gebraucht, ebenso die Begriffe Transformation, Veränderung oder Wandel. Während Dynamik ausdrückt, dass etwas in Bewegung ist und nicht in einem statischen Zustand verharrt, wird Entwicklung als Teilkonzept der Dynamik im Sinne einer gerichteten Dynamik interpretiert. Vgl. hierzu Heußler (2011), S. 29-32.

⁵⁸⁷ Vgl. Howaldt/Ellerkmann (2011), S. 31.

⁵⁸⁸ Vgl. Schreyögg/Koch (2020), S. 384.

⁵⁸⁹ Schreyögg/Koch (2020), S. 404.

⁵⁹⁰ Vgl. Schreyögg/Koch (2020), S. 405.

⁵⁹¹ Vgl. Majchrzak/Jarvenpaa/Bagherzadeh (2015), S. 1339.

(*changing existing network*) ist weitergehend eine *Neuausrichtung (reframing collective definitions)* des Netzwerks denkbar, mit dem Ziel, neue kollektive Grundannahmen und Werte zu etablieren.⁵⁹²

Die vier Entwicklungsphasen Initiierung, Formierung, Durchführung und Rekonfiguration bzw. Auflösung umschreiben nur allgemein die Lebensphasen während einer Vernetzung und suggerieren einen linearen Verlauf. Dies ist, wie bereits festgestellt wurde, nicht der Fall. Weder ist der Verlauf linear, noch überschneidungsfrei. Auch die Dauer einer Phase, wovon diese abhängt und wann die nächste Phase erreicht wird, bleibt offen.⁵⁹³ Entwicklungen sind grundsätzlich auch innerhalb einer Phase möglich und notwendig, wenn sich die Rahmenbedingungen ändern (vgl. Abbildung 22).

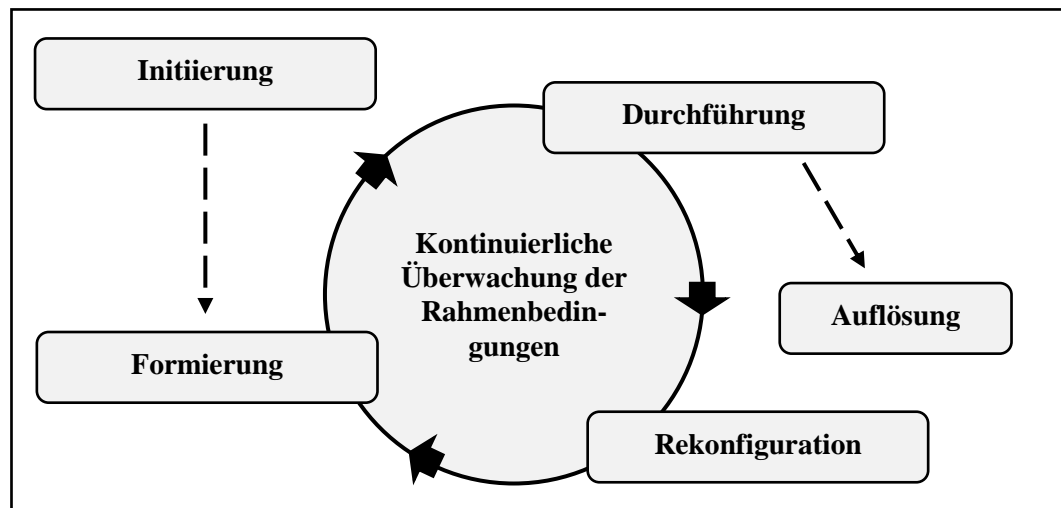


Abbildung 22: Lebensphasen eines Netzwerks⁵⁹⁴

Netzwerkentwicklung vollzieht sich dabei erst durch Wandlungsprozesse, die jedoch nicht immer intendiert und planbar sind, sondern häufig emergent, zufällig und sogar unbemerkt verlaufen.⁵⁹⁵ Dazu lassen sich der Anfang und das Ende eines Wandlungsprozesses nur schwerlich bestimmen, auch wenn einige Entwicklungsmodelle, wie das häufig zitierte Modell von Lewin mit den Phasen *Unfreezing – Changing – Freezing*, dies suggerieren.⁵⁹⁶

⁵⁹² Vgl. Boje/Wolfe (1989), S. 740ff. Die Autoren empfehlen verschiedene Strategien, um Konflikte hervorzurufen und die Netzwerkstruktur durcheinanderzubringen bzw. zu zerstören, um so einen Wandel zu ermöglichen.

⁵⁹³ Vgl. Killich/Luczak (2003), S. 13f.; Sydow (2003), S. 332; Sydow (1992), S. 301.

⁵⁹⁴ Eigene Darstellung in Anlehnung an Eymann et al. (2018a), S. 99.

⁵⁹⁵ Vgl. Staehle/Conrad/Sydow (1999), S. 899.

⁵⁹⁶ Vgl. Vahs/Weiland (2020), S. 23; Huxham/Vangen (2005), S. 8.

Der Wandel kann das Ergebnis einer Anpassung an veränderte Umweltbedingungen sein oder intern ausgelöst werden, um bspw. im Sinne der Transaktionskostentheorie die Effizienz zu steigern oder im Vergleich zu anderen Netzwerken Wettbewerbsvorteile zu generieren.⁵⁹⁷ Kutschker (2005) zweifelt jedoch an, dass alle Kooperationsformen tatsächlich eine eigenständige Entwicklung vollziehen. Er weist in diesem Kontext darauf hin, dass Netzwerk Wandel und Entwicklungsprozesse selten netzwerkseitig hervorgerufen werden, sondern häufig auf den Entwicklungsprozessen der einzelnen Partner beruhen und eine Folge der kooperativen Interaktionen der Netzwerkpartner sind.⁵⁹⁸

Generell können sich Veränderungen auf unterschiedliche Ebenen oder Variablen beziehen. Insbesondere lassen sich hier eine Systemebene und eine Beziehungsebene differenzieren, um zu verdeutlichen, „dass sich zeitlich dynamische Entwicklungen einerseits auf das Netzwerk als kollektiver Akteur höherer Ordnung und andererseits auf das Beziehungssystem autonomer Akteure beziehen können.“⁵⁹⁹ Während für die Entwicklung des Systems Wundnetz eher die Netzwerkstruktur betrachtet wird, lässt sich die Entwicklung auf der Beziehungsebene z. B. durch die Veränderung der Beziehungsqualität nachvollziehen, die Heußler (2011) mithilfe der Konstrukte Vertrauen (gegenüber den Netzwerkpartnern), Zufriedenheit (mit Netzwerkpartnern) sowie Bindungsstärke untereinander (bezeichnet als Commitment) umschreibt.⁶⁰⁰ Diese Konstrukte erinnern stark an einige in Abschnitt 3.1.3.1 angeführte Beschreibungsmerkmale wie Vertrauensbasis, Kohäsion (Stärke des Zusammenhalts) oder Werthomogenität. Um die Netzwerkstruktur und ihre Entwicklung greifbarer zu machen, können die an gleicher Stelle aufgezeigten Merkmale herangezogen werden, wie z. B. die Veränderung der Mitgliederstruktur (Professionen), des Netzwerkzwecks/Transaktionsinhalts, des Formalisierungsgrads und der Verbindlichkeit oder der Steuerungsform.⁶⁰¹ Diese Unterscheidung nach Ebenen soll jedoch nicht implizieren, dass die Entwicklungsstränge unabhängig voneinander verlaufen, vielmehr kann die Entwicklung der Strukturebene Resultat von Entwicklungen auf der Beziehungsebene sein oder aber sie ist ursächlich für jene.⁶⁰²

⁵⁹⁷ Vgl. Lauer (2019), S. 13; Cropper/Palmer (2008), S. 642.

⁵⁹⁸ Vgl. Kutschker (2005), S. 1136f.

⁵⁹⁹ Heußler (2011), S. 40.

⁶⁰⁰ Vgl. Heußler (2011), S. 50.

⁶⁰¹ Vgl. Huxham/Vangen (2005), S. 114.

⁶⁰² Vgl. van Raak/Paulus (2001), S. 207ff.

Ohne diese explizite Einteilung in eine System- und eine Beziehungsebene leiten Majchrzak, Jarvenpaa und Bagherzadeh (2015) auf Basis von 22 longitudinalen Fallstudien induktiv folgende Kategorisierung nach Ebenen bzw. Arten (*nature of change*) und Quellen (*source*) der Veränderung her.⁶⁰³

Ebenen der Veränderung:

- *Ziele und Zweck der Kooperation:* Erweiterung oder Ersatz
- *Vertragliche Grundlagen:* formelle (transaktionsorientierte) und informelle (beziehungsorientierte) Elemente, die die Art der Zusammenarbeit regeln (Wissensmanagement, Rechte, Pflichten u. a.)
- *Interaktionsverhalten:* Art und Weise des Informationsaustausches und des Dialogs (offen und kooperativ/nicht offen und kompetitiv)
- *Entscheidungsfindungsprozess:* Entscheidungen hinsichtlich der Arbeitsorganisation erfolgen eher top-down (durch Management) oder auf unterer Ebene (Delegation/erhöhte Gruppenkontrolle)
- *Organisationsstruktur:* Grad der Formalisierung, neue Strukturen oder mehr Struktur, der Abläufe und/oder der Rollen
- *Mitgliederstruktur:* Eintritt oder Austritt (freiwillig oder angeordnet) von Organisationen oder Individuen

Die Richtung der Veränderung ist den Autoren folgend in jeder Kooperation im Zeitverlauf unterschiedlich und Schleifen sind möglich. Einzig in Hinblick auf die Organisationsstruktur zeigt sich, dass die Strukturierung im Verlauf tendenziell zunimmt. Die Entwicklung bei erfolgreichen Kooperationen erfolgt dabei meist dergestalt, dass Entscheidungen mit der Zeit eher teambasiert erfolgen, neue Rollen, Strukturen und Routinen etabliert werden, kooperatives Interaktionsverhalten zunehmend betont wird und ein informeller Vertragsrahmen den formalen ersetzt.⁶⁰⁴

Quellen der Veränderung:

- *Differenzen zwischen den Akteuren:* unterschiedliche Interessen, Kulturen, Ansichten, Routinen, Prozesse und fehlende standardisierte Abläufe; stellen zudem

⁶⁰³ Vgl. Majchrzak/Jarvenpaa/Bagherzadeh (2015), S. 1339. Zu diesen Kooperationen zählen z. B. Allianzen, Joint-Ventures und Netzwerke.

⁶⁰⁴ Vgl. Majchrzak/Jarvenpaa/Bagherzadeh (2015), S. 1346-1349.

potenzielle Quellen für Konflikte dar und müssen durch oben genannte Veränderungen gemanagt werden (z. B. Änderung der Struktur durch Hinzufügen von standardisierten Prozessen, um Arbeitsabläufe anzupassen)

- *Externe Ursachen:* Vorschriften und rechtliche Rahmenbedingungen, Marktumfeld, Technologien, Ereignisse in den Mitgliedsorganisationen (z. B. strategische Neuorientierung)
- *Netzwerkitern:* Nicht-Erreichen von Zielen und/oder fehlender (erwarteter) Nutzen der Kooperation für Akteure; Änderungen von Merkmalen (Organisationsstruktur, Mitgliederstruktur, Interaktionsverhalten, Vertragsbedingungen etc.) führen als Auslöser zu weiteren Merkmalsänderungen⁶⁰⁵

Während einige der Veränderungsquellen wie bspw. Differenzen zwischen den Akteuren kontinuierlich existent sein können, stellen andere eher Ereignisse dar, die gelegentlich oder einmalig auftreten können. Je nach Fall führen die Veränderungskräfte zu unterschiedlichen Effekten. Die Beziehungen zwischen Quelle der Veränderung und Netzwerkentwicklung sind zudem vielfältig. Auch lassen sich Veränderungen in den seltensten Fällen auf eine Quelle bzw. ein Ereignis zurückführen. Weiterhin lässt sich festhalten, dass die oben beschriebenen Veränderungen das Ergebnis von Ereignissen bzw. Veränderungsquellen sein können, gleichzeitig aber eine Quelle für andere bzw. weitere Veränderungen darstellen.⁶⁰⁶

In Bezug auf erfolgreiche Kooperationen (hier definiert als Fortbestehen oder Erreichen der selbstgesteckten Ziele) fassen Majchrzak, Jarvenpaa und Bagherzadeh (2015) zusammen, dass diese vergleichsweise mehr Erfahrung mit Veränderungen haben, die Veränderungen häufig aufgrund von Unterschieden zwischen den Akteuren proaktiv eingeleitet werden und sich dynamische Veränderungsmuster mit komplexeren Rückkopplungsschleifen beobachten lassen.⁶⁰⁷ Insofern ist es nicht überraschend, dass die Veränderungs- und Anpassungsfähigkeit zu den Erfolgsfaktoren einer Vernetzung zählt.⁶⁰⁸

⁶⁰⁵ Vgl. Majchrzak/Jarvenpaa/Bagherzadeh (2015), S. 1349ff.

⁶⁰⁶ Vgl. Majchrzak/Jarvenpaa/Bagherzadeh (2015), S. 1351.

⁶⁰⁷ Vgl. Majchrzak/Jarvenpaa/Bagherzadeh (2015), S. 1356.

⁶⁰⁸ Vgl. Dobbins et al. (2016), S. 178; Staehle/Conrad/Sydow (1999), S. 898.

Wenngleich die Quellen der Veränderungen vielfältig sind, diese dynamisch verlaufen und eine gewisse Unkontrolliertheit suggerieren, sind Netzwerke Veränderungen nicht passiv ausgeliefert.⁶⁰⁹ Netzwerkentwicklungsprozesse können insbesondere vom Netzwerkmanagement proaktiv eingeleitet und ebenso eigendynamische (emergente) Entwicklungsprozesse zumindest antizipiert werden, um Konflikten und weiteren negativen Konsequenzen entgegenzuwirken.⁶¹⁰ Sydow (2010) ist gar der Ansicht, „dass Netzwerkmanagement notwendig Netzwerkentwicklung zur Folge hat, und zwar unabhängig davon, wie diese Entwicklung zu bewerten – zu evaluieren – ist.“⁶¹¹ Damit haben alle Praktiken des Netzwerkmanagements einen Einfluss auf die Netzwerkentwicklung, gleichzeitig bestimmt „der jeweilige Stand der Netzwerkentwicklung die Möglichkeiten und Grenzen des Netzwerkmanagements wesentlich mit.“⁶¹² Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf den Netzwerkmanagementpraktiken und nicht auf der Institution oder der Person, die diese ausführt.

Eine nachträgliche Einführung oder eine Veränderung bestehender *Selektionskriterien* kann bspw. einen erheblichen Einfluss auf die Mitgliederstruktur haben.⁶¹³ Werden im Rahmen der *Allokationsfunktion* Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Ressourcen neu aufgeteilt, hat dies Einfluss auf das gesamte Beziehungsgefüge und die individuellen Positionen im Netzwerk. *Regulative* Eingriffe, wie die Einführung von verbindlichen Wundbehandlungsstandards und Behandlungspfaden oder die Festsetzung von regelmäßigen, formalen Netzwerktreffen, führen zu einer stärkeren Formalisierung. Boje und Wolfe (1989) empfehlen gar durch geplante Eingriffe mittels regulativer Maßnahmen Konflikte bewusst in Kauf zu nehmen und bestehende Machtgefüge und Muster zu zerstören, um dadurch eine Weiterentwicklung des Netzwerks zu forcieren.⁶¹⁴ Ob das empfohlene, destruktive Vorgehen zu einer befriedigenden Weiterentwicklung führt, ist jedoch anzuzweifeln. So führen verbindliche Standards und Behandlungspfade in einem Wundnetz nicht nur zu einer stärkeren Formalisierung, sondern ermöglichen überdies eine stärkere Kontrolle der

⁶⁰⁹ Vgl. Majchrzak/Jarvenpaa/Bagherzadeh (2015), S. 1356; Tiberius (2008), S. 248; Sydow (1992), S. 307.

⁶¹⁰ Vgl. Lauer (2019), S. 13-24; Tiberius (2008), S. 167; Sydow/Windeler (2003), S. 169; Sydow/Windeler (1997), S. 160.

⁶¹¹ Sydow (2010b), S. 408.

⁶¹² Sydow (2010b), S. 408.

⁶¹³ Vgl. Sydow (2004), S. 214.

⁶¹⁴ Vgl. Boje/Wolfe (1989), S. 740ff. Die Autoren empfehlen verschiedene Strategien, um Konflikte hervorzurufen und die Netzwerkstruktur durcheinanderzubringen bzw. zu zerstören, um so einen Wandel zu ermöglichen.

Zusammenarbeit, insbesondere wenn die Netzwerkzugehörigkeit an die Einhaltung dieser gebunden ist. Van de Ven und Walker (1984) geben zu bedenken, dass solch eine Veränderung nicht nur zu Konflikten zwischen den Netzwerkteilnehmern führt, weil diese versuchen werden ihre Autonomie aufrechtzuerhalten, sondern beinhaltet gar die „seeds of its disintegration“, also die Saat des Netzwerkzerfalls.⁶¹⁵ Dies ist recht plausibel nachvollziehbar, da die Kooperationsbereitschaft keinen stabilen Zustand darstellt, sondern an die kontinuierliche Neubewertung der eigenen Position im Netzwerk gebunden ist, indem beurteilt wird, ob die Kooperation (weiterhin) nach Abwägung der individuellen Vor- und Nachteile lohnend und gerecht ist.⁶¹⁶ Analog zu Entwicklungsphasen eines Netzwerks, durchlaufen die teilnehmenden Netzwerkmitglieder unterschiedliche Phasen, die sich vereinfacht ausgedrückt einteilen lassen in Eintritt, Positionierung (Verhalten und Beitragsleistung), Repositionierung (Verhaltensänderung / Beitragsanpassung) oder Austritt. Diese Phasen laufen nicht parallel zu der Netzwerkentwicklung ab und sind ebenso wenig überschneidungsfrei.⁶¹⁷

Wird eine persönliche Verschlechterung angenommen, kann dies im Ergebnis zur Einstellung der Beiträge (Wechsel zur passiven Mitgliedschaft) oder zum Netzwerkaustritt führen, ebenso ist eine offene Konfrontation möglich.⁶¹⁸ Ein ausgeprägtes Commitment (*affective commitment*) kann dem entgegenwirken und kann angenommen werden, wenn sich die Mitglieder mit dem Netzwerk identifizieren und es bestenfalls als moralische Verpflichtung empfinden, trotz einer persönlichen Verschlechterung kontinuierlich im Sinne des Netzwerks zu handeln.⁶¹⁹

Die *Evaluation* als Funktionsbereich des Managements schließlich, erlaubt nicht nur eine gezielte Netzwerkentwicklung, indem sich bspw. aufgrund des Nicht-Ereichens von Netzwerkzielen Modifikationserfordernisse im Sinne einer Rekonfiguration des Netzwerks ableiten lassen, sondern allein die Art und Weise der Evaluation hat bereits einen großen Einfluss auf die Netzwerkentwicklung.⁶²⁰ Gleichzeitig lenkt der Stand der Netzwerkentwicklung die Evaluationspraktik. Dies lässt

⁶¹⁵ Vgl. Van de Ven/Walker (1984), S. 604f.

⁶¹⁶ Vgl. Stock-Homburg/Groß (2019), S. 82; Stahl (2014), S. 94; Stock-Homburg (2010), S. 62; Barnard (1970), S. 122; March/Simon (1958), S. 90f.

⁶¹⁷ Vgl. Köhne (2006), S. 61.

⁶¹⁸ Vgl. Schreyögg/Koch (2020), S. 377.

⁶¹⁹ Vgl. Meyer (2014), S. 43; Zimmermann (2011), S. 182.

⁶²⁰ Vgl. Grol (2005), S. 214f.; Sydow (2004), S. 202.

sich kurz anhand einer 10-jährigen Studie in einem Netzwerk aus der Finanzdienstleistungsindustrie erläutern. Während das Netzwerk in den ersten zwei Jahren einem fragmentierten, fragilen System glich, das keine formale Evaluation vornahm, wurde diese im Laufe der Zeit formalisiert. Dabei wurden die Beiträge der einzelnen Netzwerkmitglieder anhand von definierten Qualitätskriterien, das Gesamtergebnis und die Auswirkungen der Vernetzung für jedes Mitglied evaluiert, später auch das subjektive Empfinden hinsichtlich des Beitragswerts der einzelnen Akteure (*partner-contribution value*). Dass sich das Netzwerk auf das zuletzt angeführte Evaluationsverfahren einließ, beschreibt Sydow (2004) folgendermaßen: „The reason for ‘being ready’ for this type of procedure is rooted in not only the high level of interdependencies, but also the high level of interorganizational trust built up over the years.“⁶²¹ Die Evaluation trug zur Stabilisierung und Herausbildung von Netzwerkrouinen bei. In den letzten drei Jahren wurden die Netzwerkregeln präzisiert und Sanktionen festgelegt und es erfolgte eine implizite Abkehr von jeglicher formalen Evaluation, da diese nicht mehr als nützlich oder notwendig erachtet wurde. Während der ganzen Zeit gab es kein institutionalisiertes Netzwerkmanagement, stattdessen wurden die Managementaktivitäten implizit durch die Mitglieder übernommen und die soziale Gruppenkontrolle ersetzte zum Schluss den formalen Evaluationsprozess.⁶²² Als Empfehlung aus der Studie lässt sich u. a. ableiten, dass Managementpraktiken und die Art und Weise, wie Entwicklungsprozesse angestoßen werden, immer feinfühlig und mit Blick auf „the current stage of network development and, for instance, towards the level of openness and trust within the network climate“ erfolgen sollten und nur gelingen, wenn die Veränderungen von den Mitgliedern als nützlich angesehen und akzeptiert werden.⁶²³ Daran anknüpfend kann das *Wie* und das von *Wem* bereits als Teil der Entwicklungsrichtung verstanden werden und sollte „kongruent zum angestrebten Ergebnis“ sein.⁶²⁴

Netzwerkentwicklungsprozesse verlaufen höchst individuell und nicht linear. Dennoch wird, wie auch im Rahmen des Reviews von Majchrzak, Jarvenpaa und

⁶²¹ Sydow (2004), S. 214.

⁶²² Vgl. Sydow (2004), S. 209-215. Dabei muss jedoch angemerkt werden, dass die Anzahl der Mitgliedsorganisationen in den zehn Jahren zwischen sechs und elf recht beschaulich war.

⁶²³ Sydow (2004), S. 209-216.

⁶²⁴ Rüegg-Stürm et al. (2009), S. 207.

Bagherzadeh (2015) festgestellt, der Versuch unternommen, grundlegende Entwicklungsrichtungen bzw. Entwicklungsstufen im Zeitverlauf darzulegen. Exemplarisch zeigt sich dabei die Entwicklung von:

- *Informal zu formal*: Zunächst informale Netzwerke mit sporadischen Kontakten und Treffen bieten einen Nährboden für die kontinuierliche Entwicklung formalisierter Strukturen und Beziehungen.⁶²⁵ Dieser Entwicklungsrichtung sind die Erkenntnisse von Majchrzak, Jarvenpaa und Bagherzadeh (2015) entgegenzuhalten, dass in erfolgreichen Kooperationen ein formeller Vertragsrahmen mit der Zeit tendenziell durch einen informellen ersetzt wird.⁶²⁶
- *Embryonisch (embryonic) zu entwickelt (developed)*: Während embryonische Netzwerke eher durch informelle, unverbindliche und lockere Beziehungen einzelner Personen gekennzeichnet sind, ohne dass es gemeinsame Netzwerkziele oder geplante Netzwerkaktivitäten gibt, sind die Austauschbeziehungen und Netzwerkaktivitäten in einem entwickelten Netzwerk auf Dauer angelegt, mit entsprechenden gemeinsamen Netzwerkzielen. Ferner ist eine Zwischenstufe von embryonisch zu entwickelt denkbar.⁶²⁷
- *Niedriger zu hoher Reifegrad*: Purucker, Böhm und Bodendorf (2009) sowie Schicker (2008) untersuchen den Entwicklungsstand durch die Erfassung des Reifegrades von Praxisnetzen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Deutschland und der Schweiz. Im Verlauf der Vernetzung steigt der Reifegrad (gemessen über Prozesse und Strukturen, Netzmanagementsystem und IKT-Systeme) tendenziell an, wenn auch nur langsam. Ein höherer Reifegrad wird als erstrebenswert erachtet und ist bspw. gekennzeichnet durch ein Zielsystem, klare und formalisierte Prozesse und eine informationstechnische Vernetzung.⁶²⁸ Auch Geiger und Wolf (2011) nutzen den Reifegradbegriff für die Betrachtung des Entwicklungsstands im zeitlichen Verlauf und unterscheiden in Ärztenetzen sechs Reifegrade. Während der Reifegrad in der Findungsphase gering ist und das Kennenlernen im Rahmen von Stammtischen im Vordergrund steht, entwickelt sich

⁶²⁵ Vgl. Sydow (1992), S. 301f.

⁶²⁶ Vgl. Majchrzak/Jarvenpaa/Bagherzadeh (2015), S. 1349.

⁶²⁷ Vgl. Brößkamp-Stone (2012), S. 266; Alter/Hage (1993), S. 74.

⁶²⁸ Vgl. Purucker/Böhm/Bodendorf (2009); Schicker (2008a), S. 35ff.

mit der Zeit ein gemeinsames Grundverständnis und es kommt zu einer Vereinsgründung. Im nächsten Schritt kommt es zur Gründung eines gemeinsamen Unternehmens, die Geschäftsprozesse werden neu organisiert, es werden übergreifende Behandlungspfade festgelegt und die IT-Infrastruktur wird vernetzt.⁶²⁹

- *Stammtisch zu Managed Care*: Lingenfelder und Kronhardt (2001) folgend durchlaufen Gesundheitsnetzwerke idealerweise vier aufeinanderfolgende Ebenen. Beginnend mit Stufe 0 ist es zunächst das Ziel, einen informellen Erfahrungsaustausch durch informelle Kontakte und Stammtische zu organisieren. Darauf folgt die Stufe 1 mit kurzfristigen monetären Zielen, die sich bspw. durch eine gemeinsame Beschaffung realisieren lassen. In der Stufe 2 werden diese ergänzt um Qualitäts- und Serviceziele, die sich durch eine standardisierte und koordinierte Versorgungsleistung erreichen lassen. In der 3. Stufe werden schließlich Strukturverträge mit Kostenträgern geschlossen.⁶³⁰

Beim letzten Beispiel wird deutlich, dass sich die Netzwerkaktivitäten bzw. die Transaktionsinhalte nach den Zielen richten müssen und die Veränderungen auf der Struktur- und Beziehungsebene einerseits Ergebnis der Zielausrichtung sind, andererseits aber eine Bedingung zur Erreichung der Ziele darstellen. Die Klassifizierungen nach Reifegraden, Entwicklungsstufen sowie embryonisch oder entwickelt implizieren eine klare, wünschenswerte Entwicklungsrichtung. Wenn die Netzwerkmitglieder aber gar nicht das Ziel verfolgen, einen Strukturvertrag abzuschließen, schlicht, weil sie diesen nicht als erstrebenswert empfinden, dann wäre es dem Wundnetz in seiner Gesamtheit nie möglich, die letzte Entwicklungsstufe zu erreichen. Statt bewertend von Reife oder Entwicklungsstufe zu sprechen, erscheint es sinnvoller, Wundnetze sowie deren Entwicklung mittels struktureller und kultureller Beschreibungsdimensionen abzubilden und deren Entwicklung gemessen an den eigenen Netzwerkzielen zu bewerten.

Um die Entwicklung von Wundnetzen verlässlich nachvollziehen zu können und damit statt einer statischen Betrachtung eine prozessuale Analyse der Evolution und Organisation von Wundnetzwerken zu ermöglichen, müssten weitergehend Längsschnittstudien durchgeführt werden. Diese sollten bei der Netzwerkkonstituierung an-

⁶²⁹ Vgl. Geiger/Wolf (2011), S. 344.

⁶³⁰ Vgl. Lingenfelder/Kronhardt (2001), S. 317ff.

setzen, um Veränderungen der Anfangsbedingungen wie z. B. der Ziele und Netzwerkaktivitäten oder der Ereignisse im Sinne von Veränderungsmomenten festzuhalten, die im Laufe der Netzwerkentwicklung auftreten und diese befördern, ähnlich der angeführten 10-jährigen Studie von Sydow (2004) in einem Netzwerk aus der Finanzdienstleistungsindustrie.⁶³¹ Möglich erscheint daneben eine retrospektive Betrachtung oder eine episodenhafte Begleitung während gezielt intendierter Entwicklungsprozesse. Gleichzeitig ist es schwierig, die Dynamik der Netzwerkentwicklung auf einzelne Episoden oder kritische Ereignisse zurückzuführen bzw. diese als spezifische Ursache zu benennen.⁶³² Tiberius (2008) plädiert entsprechend dafür, „nicht von der Verursachung (effect) einer Veränderung zu sprechen, sondern lediglich von einer Beeinflussung (affect).“⁶³³ Dennoch erscheint es nicht unmöglich, ex post zumindest ein Grundverständnis für Pfadabhängigkeiten inkl. ungeplanter, kollektiver Folgen einzelner Ereignisse oder Handlungen zu entwickeln.⁶³⁴ Dies gilt vor allem für bewusst eingeleitete Veränderungsprozesse. Doch ganz gleich, ob die Veränderungsimpulse externer oder interner Natur sind, der Wandel von Netzwerkstrukturen wird notwendigerweise durch die beteiligten Netzwerkakteure angestoßen und durch das vorhandene Beziehungsgeflecht verstärkt oder abgeschwächt.⁶³⁵ Verfügt das Netzwerk über eine Managementebene, kann angenommen werden, dass viele Impulse von dieser Ebene ausgehen.⁶³⁶

Für das Netzwerkmanagement gilt dabei, dass es, um Veränderungen erfolgreich anzustoßen und umzusetzen, zunächst einer klaren Vision bedarf, die eine erste Orientierung ermöglicht. Neben der Kommunikation dieser und der Information über die geplanten Schritte, gilt es diese noch viel mehr als im Unternehmenskontext partizipativ mit allen Akteuren zu konkretisieren, wenn nötig mit professioneller Beratung.⁶³⁷ Dabei ist es während des gesamten Prozesses wichtig, Transparenz beizubehalten, indem Vorgänge und Entscheidungen durchsichtig und nachvollziehbar vermittelt werden.⁶³⁸

⁶³¹ Vgl. Ring/Van de Ven (1994), S. 112; Sydow (1992), S. 235; Van de Ven (1992), S. 184.

⁶³² Vgl. Tiberius (2008), S. 211; Sydow (2003), S. 347.

⁶³³ Tiberius (2008), S. 211.

⁶³⁴ Dieser Gedanke lässt sich auf die Pfadabhängigkeitstheorie zurückführen. Vgl. hierzu Tiberius (2008), S. 83-92 und Schreyögg/Sydow/Koch (2003).

⁶³⁵ Vgl. Sydow (2003), S. 346f.

⁶³⁶ Vgl. Heußler (2011), S. 43.

⁶³⁷ Vgl. Lauer (2019), S. 81; Janneck et al. (2012), S. 292ff.

⁶³⁸ Vgl. Janneck et al. (2012), S. 292ff.

Zusammenfassend ergeben sich in Bezug auf Wundnetzwerke und in Anlehnung an die Ausführungen folgende *Detailfragen*:

- *Welche Veränderungen durchlaufen die Netzwerke im Laufe der Zeit?*
- *Gibt es eine ähnliche Entwicklungsrichtung in den Wundnetzen?*
- *Auf welche Ereignisse bzw. Veränderungsmomente lassen sich die Entwicklungen zurückführen?*
- *Wie beeinflussen die Managementpraktiken die Netzwerkentwicklung?*
- *Wie und durch wen wurden die Entwicklungsprozesse eingeleitet?*

3.2.4 Management der digitalen Vernetzung

In Abschnitt 2.2 wurden unterschiedliche Informations- und Kommunikationstechnologien zur digitalen Vernetzung in Gesundheitsnetzwerken aufgezeigt. Auch wurde darauf hingewiesen, dass der Digitalisierungsgrad im Gesundheitswesen ausbaufähig ist. Dies gilt ebenfalls für Wundnetze, die aufgrund bereits existierender sozialer Beziehungen eine gute Basis für die digitale Vernetzung bieten, jedoch ihr Potenzial den „nächsten Schritt“ zu gehen, nicht ausreichend nutzen.⁶³⁹

Eine gemeinsame Homepage und/oder ein geschlossener Mitgliederbereich (Intranet) stellen vergleichsweise niedrigschwellige Anwendungen dar, entsprechend ist der Einsatz dieser z. B. im Vergleich zu einer elektronischen Patientendokumentation bzw. einer elektronischen Wunddokumentation nachweislich höher. Dabei sind es gerade die letztgenannten Anwendungen, denen zugeschrieben wird, dass sie während des informationsintensiven Versorgungsprozesses von chronisch erkrankten Wundpatienten einen großen Mehrwert bieten können, indem sie dazu beitragen, dass die bereits vorhandenen Informationen besser koordiniert, aggregiert und für die relevanten Akteure verfügbar gemacht werden können.⁶⁴⁰ Auch wenn die Belege für einen positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität derzeit begrenzt sind und die Effekte von IKT nicht isoliert vom Kontext betrachtet werden können, erscheint es schlüssig, dass ein Wunddokumentationssystem, das von allen

⁶³⁹ Vgl. Teckert (2020), S. 633f.; Ross et al. (2010), S. 123; Schreyögg (2009), S. 219.

⁶⁴⁰ Vgl. Doolin (2016), S. 352.

an der Wundversorgung involvierten Leistungserbringern genutzt wird, die Informationskontinuität und weitergehend die Versorgungsqualität steigern kann.⁶⁴¹

Doch ihre volle Wirkung bezüglich der Versorgungsqualität können die digitalen Möglichkeiten nur entfalten, wenn sich die Mitglieder als Team verstehen und ohne IKT bereits gut zusammengearbeitet haben.⁶⁴² Management der digitalen Vernetzung bedeutet folglich mehr, als eine neue Technologie zu implementieren und es darf nicht der Fehler begangen werden, „zunächst sozial zu organisierende Netzwerke auf das Problem einer informationstechnischen Gestaltung der Netzwerke zu verkürzen.“⁶⁴³ Der digitalen Vernetzung gehen die Festlegung des Zwecks und die inhaltliche Ausgestaltung des Wundnetzes voraus. Wird nicht nur ein informeller Informationsaustausch, sondern eine kooperative Wundversorgung angestrebt, muss vorher ein standardisiertes Vorgehen der Wundbehandlung und Dokumentation sowie ein abgestimmter Behandlungsprozess mit entsprechenden Rollen ausgehandelt werden.⁶⁴⁴ Der vermeintlich technischen Innovation geht damit zwangsläufig eine Prozessinnovation voraus, die wiederum ein Treiber für diese ist.⁶⁴⁵

Die digitale Wunddokumentation unterstützt anschließend nicht nur die Dokumentation und Informationsbereitstellung, sondern daneben die Sichtbarkeit und die Umsetzung eines gemeinsamen Behandlungsprozesses sowie das Netzwerkmanagement bei der Koordination des Netzwerks.⁶⁴⁶ Die Implementierung eines Wunddokumentationssystems im Laufe der Vernetzung verändert isoliert betrachtet zwar nicht die Prozesse, kann aber ein Anlass sein, respektive einen Anstoß geben, die Versorgungsprozesse neu auszurichten und den Ablauf zu optimieren.⁶⁴⁷ Doch dafür muss das Netzwerk „bereit“ sein, denn „die technischen Artefakte, allen voran die Patientenakte, [nehmen] keine neutrale Rolle in der Koordination von Gesundheitsdienstleistungen [ein] (...). Sie sind Medien der Kommunikation und der Informationsspeicherung, in denen bestimmte Vorstellungen und Konzeptionen als technisch gehärtete Verfahren eingeschrieben sind.“⁶⁴⁸

⁶⁴¹ Vgl. Wensing et al. (2005) geben einen Überblick zur Wirkung von verschiedenen IKT (z.B. elektronische Akten, Telemedizin, computergestützte Entscheidungsunterstützung) im Gesundheitswesen. Die meisten hier erwähnten Studien zeigen einen moderaten positiven Effekt, einige aber auch einen negativen, tlw. ist der tatsächliche Nutzen schlicht unklar. Ebd. S. 178.

⁶⁴² Vgl. Graetz et al. (2014), S. 450.

⁶⁴³ Sydow et al. (1995), S. 74.

⁶⁴⁴ Vgl. Sydow et al. (1995), S. 71.

⁶⁴⁵ Vgl. Kubitschke/Müller/Meyer (2017), S. 517 und 530.

⁶⁴⁶ Vgl. Lux (2018), S. 175f.; Geiger/Wolf (2011), S. 341.

⁶⁴⁷ Vgl. Khodambashi (2013), S. 955.

⁶⁴⁸ Schubert/Vogd (2009), S. 38.

Informations- und Kommunikationstechnologien allein schaffen folglich keine neuen Netzwerkstrukturen. Stattdessen erscheint Barley`s (1986) Einordnung von IKT als Anlass zur (Um)Strukturierung sinnvoll: „(...) technologies are better viewed as occasions that trigger social dynamics which, in turn, modify or maintain an organization's contours. Since these dynamics are likely to be multifaceted, to vary with time, and to reflect the situational context, it is quite likely that identical technologies used in similar contexts can occasion different structures in an orderly fashion.“⁶⁴⁹ Auch Janneck et al. (2012) betonen, dass Softwareeinführungen eine starke Dynamik entfalten können und damit verbundene Auswirkungen für die Akteure unterschiedlich und nicht ausschließlich positiv sind.⁶⁵⁰ Diese Dynamik setzt genau genommen mit dem Entschluss des Managements und/oder der Mitglieder ein, sich (auch) digital zu vernetzen. Die Bestimmung der Implementierung bzw. Einführung als ein Ereignis muss nicht zwingend auf einen bestimmten Tag verkürzt werden, sondern schließt dafür notwendige vorgelagerte Prozesse mit ein.

Im vorherigen Abschnitt wurde dargelegt, dass Veränderungen generell auf einer Systemebene und einer Beziehungsebene betrachtet werden können.⁶⁵¹ Da die im Netzwerk permanent existenten Spannungsverhältnisse sowohl Aspekte der System- bzw. Strukturebene als auch der Beziehungs- bzw. Kulturebene enthalten, bieten sie zum gegenwärtigen Stand einen adäquaten Rahmen, um speziell die Auswirkungen, die mit der Einführung eines gemeinsamen Wunddokumentationssystems einhergehen, zu beleuchten. Hierfür wird auf die in Abschnitt 3.2.2 durchgeführte Literaturanalyse zurückgegriffen, da eine Vielzahl der recherchierten Artikel Effekte verschiedener eHealth-Anwendungen auf die interprofessionelle Vernetzung behandeln. Wie aus der Tabelle 9 ersichtlich wird, steigt mit solchen Anwendungen insbesondere der Formalisierungsgrad und führt den Akteuren die Netzwerkstandards stärker vor Augen. Die steigende Transparenz geht zumindest bei Ärzten mit der Sorge einher, stärker kontrolliert und überwacht werden zu können. Statt den Behandlungsprozess und die Kooperation zu unterstützen, werden elektronische Systeme vielfach eher als Belastung empfunden. Weitere (nicht intendierte) Folgen sind in der Tabelle zusammengefasst.

⁶⁴⁹ Vgl. Barley (1986), S. 81.

⁶⁵⁰ Vgl. Janneck et al. (2012), S. 278.

⁶⁵¹ Heußler (2011), S. 40.

Spannungsverhältnis	Einfluss von IKT
Vielfalt – Einheit	Den verschiedenen Professionen und Disziplinen wird bei der Einführung einer einheitlichen IKT, wie einem Dokumentationssystem, der Vielfalt und den Präferenzen der Akteure häufig nicht ausreichend Rechnung getragen. ⁶⁵² Trotz einer versuchten Standardisierung muss die Diversität des Versorgungsalltags berücksichtigt werden. ⁶⁵³ Im besten Falle kann IKT dabei unterstützen sprachliche und kulturelle Barrieren durch <i>Übersetzungen</i> zu überwinden. ⁶⁵⁴
Flexibilität – Spezifität	Der Formalisierungsgrad und damit die Spezifität des Informationsaustausches und der Zusammenarbeit steigen durch den Einsatz z. B. einer gemeinsamen Dokumentationssoftware. ⁶⁵⁵ Die wahrgenommenen starren Strukturen und die Einengung der Handlungsalternativen bei Dokumentation und Informationsaustausch versuchen die Akteure durch zusätzliche handschriftliche Notizen zu umgehen. ⁶⁵⁶
Autonomie – Abhängigkeit	Bei einer gemeinsamen IKT-Anwendung kommt zu der Abhängigkeit von den anderen Akteuren zusätzlich noch die Abhängigkeit von einer weiteren Technologie und von Informationen, die die Kollegen hierüber bereitstellen. Ein System, das standardisierte Felder vorgibt und zur Dateneingabe zwingt, wird den kooperationsbedingten Autonomieverlust forcieren. ⁶⁵⁷
Vertrauen – Kontrolle	IKT haben das Potenzial, die Transparenz im Rahmen der Patientenversorgung zu erhöhen, was jedoch die Sorge der Ärzte vermehren kann, dass ihre Vorgehensweise und Behandlung der Patienten durch die Kollegen verstärkt hinterfragt werden könnte. Der Einsatz von IKT birgt somit die Gefahr, dass diese als Überwachungsmittel aufgefasst wird. ⁶⁵⁸ Das Vertrauen in die Kompetenz der Kollegen und in die Zuverlässigkeit der Hard- und Software, hinsichtlich der korrekten Übernahme, Übermittlung und Übersichtlichkeit der Eingaben, fehlt zudem häufig. ⁶⁵⁹ Nicht-ärztliche Berufsgruppen begrüßen hingegen eine gesteigerte Transparenz. ⁶⁶⁰
Kooperation – Wettbewerb	Insbesondere der interprofessionell existierende Wettbewerb kann durch eine gesteigerte Transparenz verschärft werden. Ein elektronischer Informationsaustausch kann die Koordination und die Qualität der Kooperation verbessern. ⁶⁶¹ IKT kann die persönliche face-to-face Kommunikation nicht ersetzen. ⁶⁶² Vielmehr bedarf es zunächst eines Kooperationswillens und einer aktiven, persönlichen Kommunikation, um Standards, Behandlungspfade und Verantwortlichkeiten auszuhandeln. ⁶⁶³
Stabilität – Fragilität	Die Einführung einer gemeinsamen IKT kann das Netzwerk verstetigen und stabilisieren. Gleichzeitig kann die Fragilität durch viele parallel existierende, elektronische Systeme erhöht werden, insofern die gemeinsam genutzte IKT diese nicht ersetzt, sondern zusätzlich eingesetzt wird. Zudem werden diese von den Akteuren häufig als Last, statt als Entlastung betrachtet. ⁶⁶⁴

⁶⁵² Vgl. Oborn/Barrett/Davidson (2011), S. 562; Bossen (2007), S. 17f.; Hanseth et al. (2006), S. 573.

⁶⁵³ Vgl. Chao (2016), S. 100.

⁶⁵⁴ Vgl. Oborn/Barrett/Davidson (2011), S. 563.

⁶⁵⁵ Vgl. Southon/Perkins/Galler (2005), S. 323.

⁶⁵⁶ Vgl. Bossen (2007), S. 17f.; Obstfelder/Moen (2006), S. 629.

⁶⁵⁷ Vgl. Chao (2016), S. 109f.; Graetz et al. (2014), S. 448; Ash et al. (2007), S. 421.

⁶⁵⁸ Vgl. Liberati/Gorli/Scaratti (2016), S. 38; Abraham/Nishihara/Akiyama (2011), 167f.

⁶⁵⁹ Vgl. Chao (2016), S. 108; Lluch (2011), S. 857.

⁶⁶⁰ Vgl. Birkeland et al. (2017), S. 199.

⁶⁶¹ Abraham/Nishihara/Akiyama (2011), S. 168; Oborn/Barrett/Davidson (2011), S. 556;.

⁶⁶² Vgl. Chao (2016), S. 107.

⁶⁶³ Vgl. Graetz et al. (2014), S. 439; Bossen (2007), S. 18f.

⁶⁶⁴ Vgl. Hanseth et al. (2006), S. 575f.

Spannungsverhältnis	Einfluss von IKT
Formalität – Informalität	Durch den Einsatz von IKT steigt der Formalisierungsgrad und das Netzwerk wird von den Akteuren oft als zu starr wahrgenommen. ⁶⁶⁵ Wie erwähnt, können IKT die persönliche Kommunikation nicht ersetzen, sie führen jedoch dazu, dass informelle Interaktionen zwischen den Akteuren abnehmen. ⁶⁶⁶
Demokratie – Hierarchie	Durch IKT kann der Informationsaustausch verbessert werden, was die Zusammenarbeit über Grenzen hinweg positiv beeinflussen kann. ⁶⁶⁷ Je nach Ausgestaltung des elektronischen Informationsaustausches, können Prozesse und Rollen klarer abgebildet werden und gleichzeitig die Kompetenzen der Akteure an Sichtbarkeit gewinnen. Dies wird nicht jedem Recht sein, da es jene Kompetenzen sind, die Orientierung bieten und eine klassische hierarchische Ordnung ersetzen. ⁶⁶⁸

Tabelle 9: Einfluss von IKT auf die Spannungsverhältnisse⁶⁶⁹

Auch hier gilt, dass jeder Akteur diese Spannungsverhältnisse anders wahrnimmt. Ansatzweise wird dies beim Spannungsverhältnis Kontrolle und Vertrauen deutlich, da nicht-ärztliche Berufsgruppen eine gesteigerte Transparenz und die damit einhergehenden Kontrollmöglichkeiten im Gegensatz zu Ärzten begrüßen. Insofern die Veränderungen als negativ bewertet werden, kann die Kooperationsbereitschaft und damit die Bereitschaft, Beiträge zu erbringen, abnehmen. Negativ empfundene Verschiebungen der Spannungsverhältnisse können letztlich auf individueller Ebene als Barrieren einer digitalen Vernetzung entgegenstehen.

Studien, die sich mit den Barrieren eines IT-Einsatzes aus Nutzersicht beschäftigen, sind zwar meist auf einzelne medizinische Fachrichtungen oder Institutionen bezogen, bieten aber einen adäquaten Ausgangspunkt, um die Individualperspektive stärker einzubeziehen.⁶⁷⁰ Die folgende Kategorisierung orientiert sich an einem Literaturreview von Boonstra und Broekhuis (2010), die insgesamt finanzielle, technische, zeitliche, psychologische, soziale, rechtliche und organisatorische Barrieren identifizieren sowie aufgrund der mit der Technologie einhergehende Veränderungen von Arbeitsabläufen und Gewohnheiten im Arbeitsalltag, die der Einführung und Nutzung einer elektronischen Patientenakte (bei den Autoren durch Ärzte) entgegenstehen können.⁶⁷¹ Diese Barrieren lassen sich wie folgt aggregieren:

⁶⁶⁵ Vgl. Obstfelder/Moen (2006), S. 629; Ash et al. (2007), 419f.; Southon/Perkins/Galler (2005), S. 323.

⁶⁶⁶ Vgl. Chao (2016), S. 107; Graetz et al. (2014), S. 448.

⁶⁶⁷ Vgl. Abraham/Nishihara/Akiyama (2011), S. 168.

⁶⁶⁸ Vgl. Abraham/Nishihara/Akiyama (2011), S. 167f.; Ash et al. (2007), S. 419; Southon/Perkins/Galler (2005), S. 321.

⁶⁶⁹ Eigene Zusammenstellung.

⁶⁷⁰ Vgl. Teckert (2020), S. 634.

⁶⁷¹ Vgl. Boonstra/Broekhuis (2010).

- *Personenbezogene*⁶⁷² *Barrieren*: u. a. allgemeine Skepsis und Angst vor persönlichen negativen Auswirkungen insbesondere auf individuelle Arbeitsabläufe und Routinen, fehlender individueller Nutzen (s. auch Verschiebung der Spannungsverhältnisse)
- *Finanzielle*⁶⁷³ *Barrieren*: z. B. mögliche hohe Investitionskosten für Schnittstellen oder Entwicklung einer Software, Kosten für Hardware und Wartung
- *Technische Barrieren*: z. B. fehlende Interoperabilität bestehender Systeme und fehlende Hardware, fehlende Technikkompetenz
- *Rechtliche Barrieren*: u. a. Datenschutz und Datensicherheit (verursacht auch Suchkosten)

Einige dieser Barrieren lassen sich indes zu den allgemeinen Herausforderungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen - unabhängig von einer Netzwerkzugehörigkeit - zählen, die in Kap. 2.2 behandelt wurden. Letztlich stellt „eine erfolgreiche Implementierung integrierter, IT-gestützter Dienstkonzepte eine vielschichtige und oftmals zeitintensive Herausforderung dar (...)“⁶⁷⁴ und einzelne Faktoren, die dieser entgegenwirken, lassen sich recht schwierig isolieren.

Die auf die Implementierung folgende Nutzung ist jedoch eine höchstindividuelle Entscheidung, die von den Akteuren in einem Abwägungsprozess getroffen wird. Die freiwillig im Wundnetz kooperierenden und autonomen Akteure können nicht dazu gezwungen werden, ihnen steht es nach Abwägung aller individuellen Vor- und Nachteile frei, im Netzwerk zu verbleiben und Veränderungen mitzutragen oder auszutreten. So hängt der Erfolg einer netzwerkseitigen IT-Anwendung maßgeblich von den potenziellen (End)Nutzern ab.

Damit die digitale Vernetzung gelingt, gelten im Grunde die gleichen Empfehlungen wie bei allen Netzwerkentwicklungsprozessen: Kommunikation und Information, Partizipation sowie Transparenz seitens des Netzwerkmanagements.⁶⁷⁵ Da

⁶⁷² Zusammenfassung der Kategorien psychological, social, organizational und change process, da diese Kategorien die persönlichen Auswirkungen, deren Wahrnehmungen in der Person selbst liegen und die persönlichen Rahmenbedingungen in der angestammten Organisation thematisieren.

⁶⁷³ Zusammenfassung der Kategorien financial und time, da sich der erhöhte Zeitbedarf, der insbesondere anfangs hoch sein wird, in vielen Fällen finanziell negativ auswirkt.

⁶⁷⁴ Kubitschke/Müller/Meyer (2017), S. 517.

⁶⁷⁵ Vgl. Janneck et al. (2012), S. 292ff.

die digitale Vernetzung als Ereignis betrachtet aber eigendynamische und weitreichende Konsequenzen für die strategische Ausrichtung des Netzwerks hat und un-intendierte Folgen für die Netzwerkmitglieder mit sich bringen kann, verlangt es statt eines strikten Projektplans vor allem ein antizipierendes und anpassungsfähiges Netzwerkmanagement. In dieser Hinsicht kann Bossen (2007) zugestimmt werden, der die Ansicht vertritt „[t]he best way to prepare for implementation of new technologies might be to expect to engage in a process of adaptation, experimentation and learning rather than a controlled rolling-out of an IT-artefact according to set objective and time-schedules.“⁶⁷⁶

Aufbauend auf den bereits zur digitalen Vernetzung formulierten Fragestellungen und vor dem Hintergrund vorstehender Erkenntnisse, soll folgenden *Detailfragen* vertiefter nachgegangen werden:

- *Wie sind diejenigen Netzwerke, die eine elektronische Wunddokumentation eingeführt haben, vorgegangen?*
- *Wird oder wurde diese auch von den Mitgliedern genutzt? In welchem Umfang?*
- *Wie verändert der Versuch einer digitalen Vernetzung die Spannungsverhältnisse in der Alltagswelt der Wundnetzwerke?*
- *Welche Barrieren standen der Einführung und/oder Nutzung entgegen?*

3.3 Zwischenfazit, Übersicht der Detailfragen und Annahmen

Die vorangegangenen Ausführungen verdeutlichen die Vielschichtigkeit des Phänomens der Netzbildung in der Wundversorgung. Dies beginnt bereits bei der Definition und der Grenzziehung der vermehrt entstehenden Wundnetzwerke. Auf Basis der Darlegungen können diese allgemein als eine innovative Organisationsform eingeordnet werden, die einen Gegenentwurf zur Regelversorgung darstellen, um im Idealfall eine bessere, schnellere und bestenfalls kostengünstigere Versorgung von Wundpatienten zu ermöglichen. Dabei bergen sie als Koordinationsform zwischen Markt und Hierarchie das Potenzial, die Vorteile beider Kontinuen entfalten zu können, wobei sich gleichzeitig mit Blick auf die Rahmenbedingungen

⁶⁷⁶ Bossen (2007), S. 19.

des Gesundheitswesens die Besonderheit ergibt, dass hier nicht die üblichen Marktmechanismen greifen und die Wundbehandlung nicht der Logik vor- und nachgelagerter Produktionsstufen folgt.

Dabei besteht die Herausforderung zunächst darin, solche Wundnetze zu initiieren und Partner zu finden. Dies setzt die Bereitschaft von Individuen und Organisationen voraus, sich im Sinne des Kollektivs zu engagieren und die individuellen Interessen und Ziele zu harmonisieren. Das Netzwerk ist auf das Engagement und die Beiträge seiner Mitglieder angewiesen, diese wiederum werden ohne einen persönlich empfundenen Nutzen nicht zur Erbringung dieser bereit sein.

Damit kommt der Anreizgestaltung eine bedeutende Rolle zu. Bei der Betrachtung theoretischer Ansätze der Netzwerkforschung wurde deutlich, dass es im Sinne der Transaktionskostentheorie zu kurz greifen würde, rein auf das Effizienzstreben und die im Vergleich zur Regelversorgung möglichen Transaktionskostenvorteile abzustellen, wengleich auf individueller Ebene anzunehmen ist, dass u. a. bedingt durch heterogene Vergütungsregeln berufsspezifische Unterschiede existieren. Entsprechend wurde auf Basis der sozialen Austauschtheorie das Augenmerk verstärkt auf das soziale Beziehungsgeflecht gelegt. Daraus folgt, dass nicht nur einzelne Transaktionen zwischen den Netzwerkakteuren zu bewerten sind und den Fortbestand eines Netzwerks sichern, sondern die soziale Beziehung als solche, die durch Nutzenvariablen wie Vertrauen und Respekt operationalisiert werden kann.

Die auf der Anreiz-Beitrags-Theorie beruhende Analyse möglicher Anreize und Beiträge und die Bedeutung des individuellen Engagements für die Initiierung und den Fortbestand von Wundnetzen, bilden eine Klammer von Transaktionskostentheorie und sozialer Austauschtheorie. Es wurde deutlich, dass den immateriellen Anreizen eine große Rolle zukommt, jedoch insgesamt davon auszugehen ist, dass für jeden Akteur u. a. aufgrund der unterschiedlichen Interessenlagen und gesetzlichen Voraussetzungen (s. Abschnitt 2) jeweils andere Anreiz- und Beitragsgrößen ausschlaggebend sind. Die Schwierigkeit zeigt sich nicht nur darin, dass hier unterschiedliche Professionen aufeinandertreffen, sondern neben einzelnen Leistungserbringern auch Organisationen die Mitgliederstruktur prägen können.

Unterdessen ist davon auszugehen, dass neben der Mitgliederstruktur auch die anderen, zur Typisierung von Wundnetzen dargestellten strukturellen sowie kulturellen Dimensionen heterogen ausgeprägt sind und erst deren über eine rein quan-

titativ-statische Betrachtung hinausgehende Berücksichtigung einen vertieften Zugang zum Netzwerkphänomen und dessen Charakterisierung ermöglichen. Bestenfalls kann zugleich ein Rückschluss von Netzwerktypen auf einen möglichen Netzwerkerfolg erfolgen, denn die Herausforderung nach der Netzwerkgründung liegt darin, die Strukturen und Akteursbeziehungen in den Wundnetzen derart zu gestalten, dass diese nachhaltig existieren und erfolgreich sind. Ein Wundnetz kann in erster Linie dann als erfolgreich bezeichnet werden, wenn nicht nur eine organisationale Hülle existiert, sondern an den Netzwerkzielen orientierte Netzwerkaktivitäten erkennbar sind und die jeweiligen Ziele zur kollektiven Erfolgsbestimmung herangezogen werden.

Für eine sinnvolle Gestaltung der Strukturen und Beziehungen bedarf es dabei einer organisierenden und koordinierenden Instanz, die das Netzwerkmanagement übernimmt. Hierfür wurden die idealtypischen Managementfunktionen der Selektion, Regulation, Allokation und Evaluation aufgezeigt und kontextbezogen erläutert. Die inhaltliche Ausgestaltung dieser Funktionsbereiche beeinflusst im weitesten Sinne nicht nur die Netzwerkstruktur und die Beziehungen, sondern auch die auf beiden Ebenen von Natur aus existierenden Spannungsverhältnisse, die jeweils Extrempunkte darstellen und durch das Management regulierungsbedürftig sind. Ferner wurde nicht nur deren inhaltliche Bedeutung im Kontext von Wundnetzwerken aufgezeigt, sondern darauf hingewiesen, dass diese von jedem Akteur anders wahrgenommen werden. Gleichzeitig sind diese ebenso wenig statisch wie die Wundnetzwerke selbst, die sich in ständiger Bewegung befinden und sich weiterentwickeln. Die Weiterentwicklung kann durch unterschiedliche Ursachen bzw. Ereignisse angestoßen werden. Zugleich erfolgt die Netzwerkentwicklung nicht linear und die Bewertung der Entwicklung sollte netzwerkspezifisch anhand der jeweiligen Netzwerkziele erfolgen. Jede Veränderung des kollektiven Gefüges und der kollektiven Prozesse hat im Wechselspiel von Netzwerk und Netzwerkakteur gleichzeitig Auswirkungen auf das individuelle Verhalten. Abbildung 23 veranschaulicht die Netzwerkentwicklung grafisch und zeigt das Zusammenspiel von Veränderungskräften, Netzwerkcharakteristik und Managementpraktiken sowie die Wechselbeziehung zwischen der Entwicklung des Netzwerks als kollektiver Akteur und der daraus resultierenden Anreiz-Beitrags-Konstellationen auf individueller Ebene.

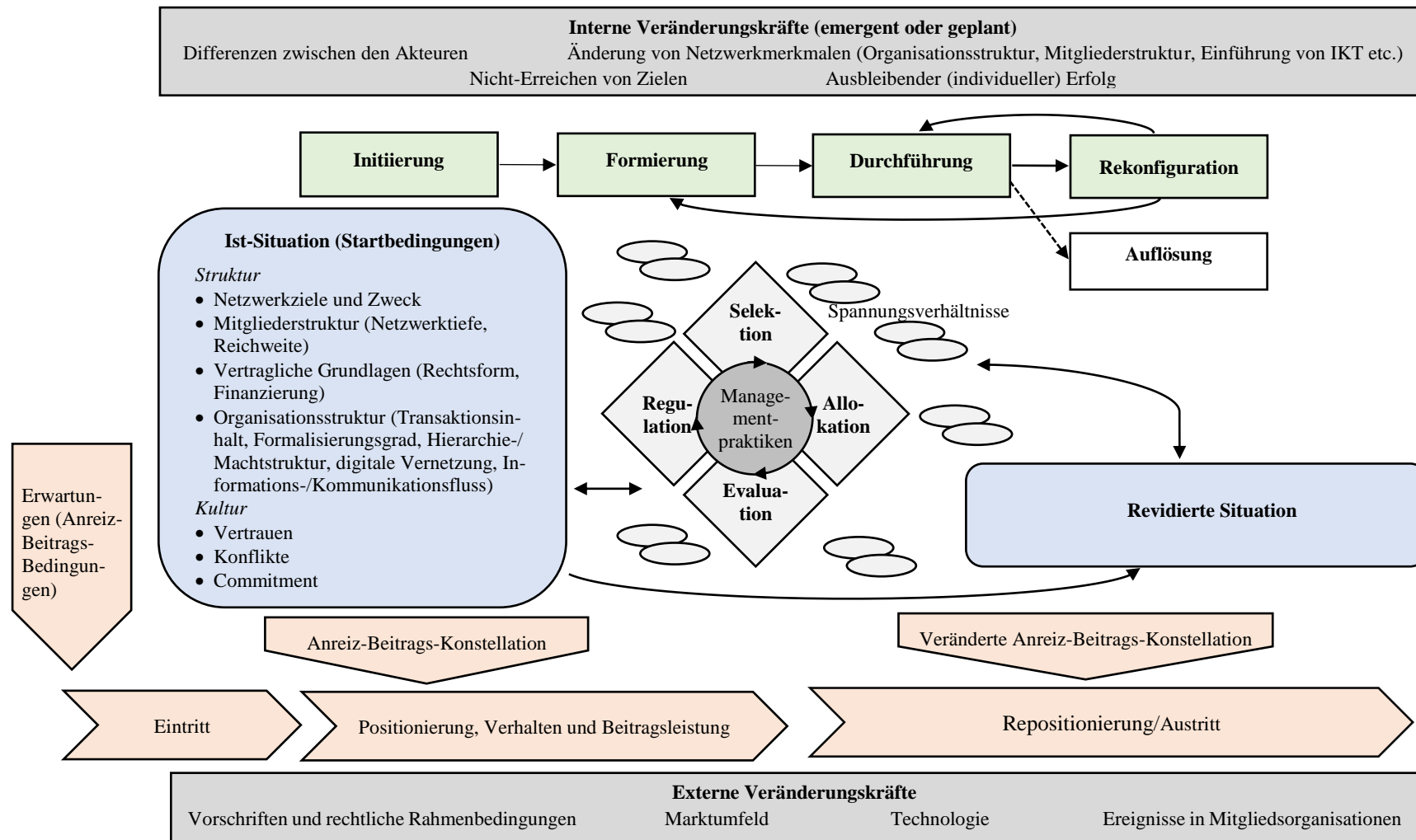


Abbildung 23: Dynamische Netzwerkentwicklung⁶⁷⁷

⁶⁷⁷ Eigene Darstellung.

Dieser Zusammenhang wurde zudem exemplarisch anhand der Einführung einer gemeinsamen Informations- und Kommunikationstechnologie zur Umsetzung der digitalen Vernetzung demonstriert, indem die Folgen einer solchen Veränderung mithilfe der Spannungsverhältnisse aufgezeigt wurden. Dabei wurde nicht nur deutlich, dass Informations- und Kommunikationstechnologien viele positive Auswirkungen auf Wundnetze haben, indem sie z. B. dazu beitragen können, sprachliche und kulturelle Barrieren durch *Übersetzungen* zu überwinden oder den Informationsfluss und die Transparenz in der Patientenversorgung zu verbessern, sondern auch negativ auf die Zusammenarbeit wirken können, wenn bspw. die gesteigerte Transparenz dazu führt, dass Mitglieder sich kontrolliert und überwacht fühlen. Solche nicht intendierten Folgen dürfen nicht außer Acht gelassen werden und müssen durch das Netzwerkmanagement antizipiert werden.

Die Darlegungen in Kapitel 2 und 3 schaffen am Beispiel von Wundnetzwerken insgesamt ein Grundverständnis für das *Phänomen der Netzwerkbildung im Gesundheitswesen*, gleichzeitig bringen sie viele offene Fragen hervor. Auf Grundlage der Erkenntnisse aus den Rahmenbedingungen sowie der theoretischen und konzeptionellen Grundlagen, konnten im Verlauf der Arbeit an entsprechenden Stellen Detailfragen formuliert werden, die als Operationalisierung der einleitend aufgeworfenen Forschungsfragen aufgefasst werden können und den Ausgangspunkt der anschließenden, qualitativ empirischen Untersuchung bilden. Diese soll dazu beitragen, dieses *Grundverständnis zu erweitern und zu vertiefen sowie ganzheitliche Zusammenhänge zu analysieren*. Die Detailfragen werden in Tabelle 10 zusammengefasst und den Forschungsfragen zugeordnet.

Angesichts der dünnen Studienlage zur speziellen Thematik der Wundnetzwerke und der nur begrenzten Übertragbarkeit von vorwiegend statisch-quantitativen Ergebnissen aus der Netzwerkforschung, werden zudem statt stichhaltiger Hypothesen theoretische Vorannahmen formuliert, die forschungsleitend sind.⁶⁷⁸ So soll insgesamt sichergestellt werden, dass eine inhaltliche Fokussierung erfolgt, ohne dabei für neue Beobachtungen und Zusammenhänge verschlossen zu sein, um letztlich eine Verbesserung der empirischen Basis zu ermöglichen.⁶⁷⁹

⁶⁷⁸ Vgl. Atteslander (2010), S. 37.

⁶⁷⁹ Vgl. Meinefeld (2017), S. 272f.

Forschungsfragen	Detailfragen (explorativ/explorativ-analytisch) für die empirische Untersuchung		Kapitel	Aus den Rahmenbedingungen und der Theorie abgeleitete Annahmen (Explanativ)
F1: Warum entstehen Wundnetze unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren, welche Ziele verfolgen sie und wie lassen sie sich charakterisieren?	F 1 1	Was assoziieren die Wundnetze mit dem Begriff des Netzwerks bzw. der Kooperation?	3.1.1	Die Assoziationen lassen sich unter den Schlagworten <i>Zusammenarbeit, gemeinsame Ziele, neue arbeitsteilige Organisationsform und Schaffung eines Mehrwerts subsumieren</i> .
	F 1 2	Warum und unter welchen (sozialen) Bedingungen kommen Austauschbeziehungen in Wundnetzwerken zustande und bestehen fort?	3.1.2.1	Neben dem Austausch von Leistungen, Informationen und Wissen, beruhen Wundnetzwerke vor allem auf sozialen Annehmlichkeiten oder Freundschaften. Wenn die Netzwerkteilnahme nicht mehr als lohnenswert und gerecht bewertet wird, wird die Austauschbeziehung beendet.
	F 1 3	Wie werden die Austauschbeziehungen angesichts des sozialen Nutzens und der sozialen Kosten inhaltlich ausgestaltet?	3.1.2.1 3.1.3.1	Die Austauschbeziehungen lassen sich unterteilen in <i>Informationsaustausch, Wissens- und Kompetenzerwerb, Versorgungsleistung und Forschungsaktivitäten</i> . Die Ausgestaltung wird von der Bewertung der (sozialen) Beziehung abhängen.
	F 1 4	Welche Vorteile bzw. Anreize sprechen für die Entstehung und den Beitritt in ein Wundnetzwerk?	3.1.2.3 3.1.3.2	Die möglichen Vorteile bzw. Anreize lassen sich unterteilen in <i>medizinische Vorteile, medizinischen und betriebswirtschaftlichen Austausch, soziale und finanzielle Anreize</i> sowie die <i>eigene Zukunftssicherung</i> .
	F 1 5	Welche Anreize sind netzwerkübergreifend oder einzelne Professionen und Disziplinen berücksichtigend besonders relevant?	3.1.2.2	Die Kooperationsbereitschaft hängt je nach Profession, Sektor und Beschäftigungsverhältnis von anderen Anreizen ab.
	F 1 6	Welche Beiträge leisten die Mitglieder?	3.1.2.2	Die möglichen Nachteile bzw. Beiträge lassen sich unterteilen in <i>zeitlichen und finanziellen Aufwand, Prozessveränderungen und Einschränkung der Autonomie</i> .
	F 1 7	Gibt es besonders engagierte Berufsgruppen?	3.1.2.2	In jedem Netzwerk lassen sich unterschiedlich engagierte Mitgliedertypen ausmachen. Umso mehr ihre individuellen Bedürfnisse befriedigt werden, umso mehr werden sich die Mitglieder engagieren. Umso mehr sich die Individuen als Teil eines Kollektivs verstehen und sich mit diesem identifizieren, umso mehr werden sich die Mitglieder engagieren.
	F 1 8	Welchen Stellenwert nehmen ökonomische Aspekte bei der Gründung und Evolution von Wundnetzwerken ein?	2.1.4 3.1.2.2 3.1.2.3 3.1.3.2	Es ist anzunehmen, dass sich die Gründung und Evolution von Wundnetzwerken nicht aus einem bloßen ökonomischen Effizienzstreben heraus begründen lassen, auch wenn sich berufsspezifische Unterschiede zeigen werden.

Forschungsfragen	Detailfragen (explorativ/explorativ-analytisch) für die empirische Untersuchung		Kapitel	Aus den Rahmenbedingungen und der Theorie abgeleitete Annahmen (Explanativ)
	F 1 9	Welche Transaktionskostenarten lassen sich im Kontext der Wundnetzwerke identifizieren und welche Relevanz haben diese für die Netzwerkteilnehmer?	2.1.4 3.1.2.3 3.1.3.2	In Wundnetzen spielen insbesondere Anbahnungskosten, Koordinations- und Abstimmungskosten sowie Kontrollkosten eine große Rolle, wobei die mit den Transaktionen verbundenen Kosten berufsspezifisch anders auswirken werden.
	F 1 10	Wie wirken sich Unsicherheiten, Transaktionsspezifität und –häufigkeit in den Wundnetzwerken auf die Transaktionskosten aus?	3.1.2.3 3.1.2.1 3.1.3.1	Unsicherheiten und Erhöhung der Transaktionsspezifität wirken sich generell negativ auf die Transaktionskosten aus, wohingegen die steigende Transaktionshäufigkeit zur Senkung dieser beiträgt.
	F 1 11	Welche Merkmale sind für die Beschreibung von Wundnetzwerken relevant und wie lassen sich diese sinnvoll kombinieren?	3.1.3.1	Die Wundnetze sind sehr heterogen, dies gilt sowohl hinsichtlich offensichtlicherer, äußerer Merkmale als auch für erklärungsbedürftige, strukturelle und kulturelle Netzwerkcharakteristika.
	F 1 12	Welche Parallelitäten und Wirkungszusammenhänge lassen sich zwischen den Netzwerken rekonstruieren?	3.1.3.1	Trotz der Heterogenität, lassen sich einzelne Parallelitäten und ähnliche Wirkungszusammenhänge herausstellen.
	F 1 13	Welche Ober- und Teilziele verfolgen die Wundnetze? Wirken diese handlungsleitend?	3.1.3.2	In Wundnetzen mit klar definierten Zielen werden die Aktivitäten an diesen ausgerichtet. Die Ziele lassen sich kategorisieren nach <i>Qualitäts- und Servicezielen, ökonomischen Zielen und strukturellen Zielen</i> .
F 2: Wie wird das Netzwerkmanagement in den Wundnetzen interpretiert und gestaltet?	F 2 1	Wie wird die Rolle des Netzwerkmanagements interpretiert?	3.2.1	Mit dem Netzwerkmanagement werden hauptsächlich die Rollen <i>Moderieren, Integrieren und Motivieren</i> verknüpft. Die Rollendefinition ist dabei auch abhängig von der Art des Managements.
	F 2 2	Wie ist das Management in den Wundnetzwerken organisiert?	3.2.1	Das Netzwerkmanagement ist heterogen ausgestaltet. Die Übernahme des Netzwerkmanagements durch eine dominante Einrichtung (z. B. Krankenhaus oder Krankenkasse) wird eher auf Ablehnung stoßen.
	F 2 3	Wie akquirieren und selektieren die Wundnetze neue Mitglieder?	3.2.1	Akquisition und Grad der Selektion bestimmen die Offenheit des Netzwerks, haben Einfluss auf die Mitgliederstruktur und die Spanungsverhältnisse und damit auf die Netzwerkentwicklung.
	F 2 4	Wie werden Aufgaben und Verantwortlichkeiten verteilt?	3.2.1 3.2.3	Die Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten beeinflusst das Beziehungsgefüge und die individuelle Positionierung im Wundnetz. Zudem wirkt sich dies auf die Spanungsverhältnisse und die Netzwerkentwicklung aus.
	F 2 5	Werden Rollen im netzwerkseitigen Versorgungsprozess festgelegt?	3.2.1 3.2.2	Durch die Vernetzung kann die hierarchisch geprägte Rollenverteilung (im gesetzlichen Rahmen) aufgelöst werden, vorausgesetzt, das Netzwerk hat einen gemeinsamen Versorgungsprozess definiert.

Forschungsfragen	Detailfragen (explorativ/explorativ-analytisch) für die empirische Untersuchung		Kapitel	Aus den Rahmenbedingungen und der Theorie abgeleitete Annahmen (Explanativ)
	F 2 6	Welche Spielregeln wurden in Bezug auf die Kooperation vereinbart?	3.2.1 3.2.2	Die Wundnetze haben unterschiedliche Regelungen für die Zusammenarbeit. Umso mehr Regelungen existieren, umso höher wird der Formalisierungsgrad sein.
	F 2 7	Evaluieren die Wundnetze den Netzwerkerfolg?	3.1.3.2 3.2.1	In Wundnetzen mit klar definierten Zielen wird der Netzwerkerfolg anhand des Zielerreichungsgrads gemessen.
	F 2 8	Falls eine Erfolgsbewertung erfolgt, anhand welcher Kriterien wird der Erfolg beurteilt und mit welchen Indikatoren wird er gemessen?	3.1.3.2 3.2.1	In Wundnetzen mit klar definierten Zielen wird der Netzwerkerfolg anhand des Zielerreichungsgrads gemessen. Die Erfolgsbewertung erfolgt zudem anhand des Aktivitätsgrads, der Mitgliederanzahl und deren Engagement.
	F 2 9	Welche Erfolgsfaktoren sind in der Praxis besonders relevant?	3.1.3.2	Die besonders relevanten Erfolgsfaktoren lassen sich unter den Schlagworten <i>Vision und klare Ziele, Netzwerkpartner, Vertrauensvolle Kommunikation, Informations- und Kommunikationstechnologien, Netzwerkmanagement/-steuerung, Notwendigkeit einer Win-Win-Situation/Anreize</i> und <i>Zusammenarbeit auf Augenhöhe</i> subsumieren.
	F 2 10	Lassen sich die literaturgestützt, auf Wundnetzwerke übertragenen Spannungsverhältnisse auch in der Realität identifizieren und ggf. ergänzen? Wie äußern sie sich und welche sind besonders relevant?	3.2.2	Es ist davon auszugehen, dass die Spannungsverhältnisse in ähnlicher Form identifiziert werden können.
F 3: Wie verändern sich Wundnetzwerke im Laufe ihres Netzwerkgeschehens und lassen sich zentrale Veränderungsmomente herausstellen?	F 3 1	Welche Veränderungen durchlaufen die Netzwerke im Laufe der Zeit?	3.1.3.1 3.2.3	Netzwerkentwicklungsprozesse verlaufen höchst individuell und nicht linear. Die Entwicklungen lassen sich mithilfe der objektiv erfassbaren, strukturellen Merkmale als auch der erklärungsbedürftigeren strukturellen und kulturellen Netzwerkcharakteristika retrospektiv abbilden. Der Entwicklungsstand des Netzwerks hat Einfluss auf die individuelle Anreiz-Beitrags-Konstellation und damit auf das Verhalten und die Beitragsleistung der Netzwerkmitglieder.
	F 3 2	Gibt es eine ähnliche Entwicklungsrichtung in den Wundnetzen?	3.2.3	Die Strukturierung der Netzwerkorganisation wird im Zeitverlauf eher zunehmen. Zunächst informelle Netzwerke werden zunächst einen formalen Vertragsrahmen mit formalen Strukturen und Beziehungen entwickeln, der im Laufe der Zeit jedoch durch einen informellen ersetzt werden wird.

Forschungsfragen	Detailfragen (explorativ/explorativ-analytisch) für die empirische Untersuchung		Kapitel	Aus den Rahmenbedingungen und der Theorie abgeleitete Annahmen (Explanativ)
	F 3 3	Auf welche Ereignisse bzw. Veränderungsmomente lassen sich die Entwicklungen zurückführen?	3.2.3 3.2.4	Auch wenn sich viele Entwicklungen nicht auf bestimmte Ereignisse oder Veränderungsmomente zurückführen lassen, so lassen sich dennoch retrospektiv tendenzielle Ursache-Wirkungs-Beziehungen herausstellen.
	F 3 4	Wie beeinflussen die Managementpraktiken die Netzwerkentwicklung?	3.2.1 3.2.3	Alle Praktiken des Netzwerkmanagements haben einen Einfluss auf die Netzwerkentwicklung und lassen sich retrospektiv über tendenzielle Ursache-Wirkungs-Beziehungen nachvollziehen. Der Stand der Netzwerkentwicklung bestimmt gleichzeitig die Möglichkeiten und Grenzen des Netzwerkmanagements mit.
	F 3 5	Wie und durch wen wurden die Entwicklungsprozesse eingeleitet?	3.2.3	Verfügt das Netzwerk über eine Managementebene, kann angenommen werden, dass viele Impulse von dieser Ebene ausgehen.
F 4: Wofür und in welchem Ausmaß nutzen die Wundnetze Informations- und Kommunikationstechnologien? Wie wirkt sich die Einführung dieser auf das Netzwerk und die Netzwerkmitglieder aus und welche Barrieren stehen der Einführung und Nutzung entgegen?	F 4 1	Welchen Stellenwert nehmen Informations- und Kommunikationstechnologien in den Wundnetzwerken ein?	2.2.1 2.2.3	Es ist davon auszugehen, dass der Stellenwert für die Vernetzung an sich gesehen wird, sich dieses aber nicht im Netzwerk abbilden wird.
	F 4 2	Welche IKT-Anwendungen sind vorhanden?	2.2.2 2.2.3	Während niederschwellige IKT wie eine gemeinsame Homepage oder ein geschlossener Mitgliederbereich eher anzutreffen sein werden, wird die Verbreitung erweiterter Anwendungen wie bspw. einer elektronischen Wunddokumentation oder einer Informationsdatenbank deutlich geringer sein.
	F 4 3	Welche Bedeutung wird IKT allgemein für die kooperative Wundversorgung beigemessen? Welche Einsatzbereiche werden als sinnvoll erachtet?	2.2 3.2.4	Es ist davon auszugehen, dass IKT für die kooperative Wundversorgung eine hohe Bedeutung beigemessen werden, diese jedoch nicht als alleiniger Treiber (enabler) gesehen werden .
	F 4 4	Wie sind diejenigen Netzwerke, die eine elektronische Wunddokumentation eingeführt haben, vorgegangen?	3.2.4	Idealerweise wurde zunächst ein Wundbehandlungsstandard, ein Dokumentationsstandard und ein Behandlungsprozess mit entsprechenden Rollen und Verantwortlichkeiten vereinbart.
	F 4 5	Wird oder wurde diese auch von den Mitgliedern genutzt? In welchem Umfang?	2.2.3 3.2.4	Es ist von einer Diskrepanz zwischen Vorhandensein und Nutzung auszugehen.
	F 4 6	Wie verändert der Versuch einer digitalen Vernetzung die Spannungsverhältnisse in der Alltagswelt der Wundnetzwerke?	3.2.4	Eine digitale Vernetzung kann eine starke Dynamik entfalten und damit die vorhandenen Spannungsverhältnisse verschieben sowie die Kooperationsbereitschaft beeinflussen.
	F 4 7	Welche Barrieren standen der Einführung und/oder Nutzung entgegen?	3.2.4	<i>Persönliche, finanzielle, technische und rechtliche Barrieren</i> stehen der Einführung und Nutzung von organisationsübergreifenden IKT entgegen.

Tabelle 10: Operationalisierung der Forschungsfragen und Annahmen

4 Empirische Untersuchung

Nachdem die einleitend formulierten Forschungsfragen auf Basis der beiden vorangegangenen Kapitel präzisiert werden konnten, dient das folgende Kapitel zur Darlegung der empirischen Untersuchung. Dazu wird zunächst das Untersuchungsdesign vorgestellt, dessen Schwerpunkt unter Berücksichtigung der Zielsetzung, der Fragestellungen und der bisherigen Darlegungen auf qualitativen Methoden liegt. Anschließend folgt eine ausführliche Darstellung und Interpretation der Ergebnisse. Abschließend werden die wesentlichen Erkenntnisse durch die Beantwortung der Forschungsfragen sowie der Detailfragen zusammenfasst.

4.1 Konzeption der Untersuchung

4.1.1 Methodenwahl

Die Auswahl geeigneter Forschungsmethoden muss „dem widerspenstigen Charakter der untersuchten empirischen Welt entsprechen.“⁶⁸⁰ Ausgehend vom *übergeordneten Ziel* dieser Arbeit, *zum Verständnis des Phänomens der Netzwerkbildung im Gesundheitswesen am Beispiel von Wundnetzen beizutragen, ganzheitliche Zusammenhänge zu analysieren und daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten*, steht dabei zunächst die Frage nach einem quantitativen oder qualitativen Forschungsansatz im Zentrum.

Während quantitative Verfahren dazu beitragen, die Stärke von theoretisch herleitbaren Zusammenhängen innerhalb kleiner Ausschnitte einer sozialen Realität zu analysieren, ermöglicht ein qualitatives Forschungsdesign einen offeneren und tieferen Einblick in das Phänomen Wundnetzwerke und kann „zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen.“⁶⁸¹ Dies erfolgt am sinnvollsten aus der Sicht der Betroffenen.⁶⁸² Lamnek und Krell (2016) formulieren es etwas drastischer und gehen soweit, dass sie viele konventionell gewonnene, empirische Erkenntnisse anzweifeln, „weil sie den Prozesscharakter der Interaktion und die Interpretation vernachlässigt haben, die die Beteiligten für die Handlungen der jeweils anderen

⁶⁸⁰ Lamnek/Krell (2016), S. 89.

⁶⁸¹ Flick/Kardorff/Steinke (2017), S. 14.

⁶⁸² Vgl. Lamnek/Krell (2016), S. 17.

liefern. Andere Untersuchungsverfahren sind erforderlich, weil die standardisierten Methoden durch die hypothetische Vorausbestimmung des Objektbereichs diesem Gewalt antun und die tatsächlichen Abläufe nicht erkennen können.“⁶⁸³

Auch wenn sich aus den Rahmenbedingungen sowie theoretischen und konzeptionellen Vorüberlegungen zur Vernetzung in der Versorgung chronischer Wunden durchaus sinnvolle Erkenntnisse ableiten lassen, die es erlauben, aufgezeigte Detailfragen zur Operationalisierung der Forschungsleitfragen herauszuarbeiten und sich in vereinzelt, vagen Annahmen niederschlagen, verdeutlichen die Fragestellungen gleichzeitig, dass der derzeitige Wissensstand in Bezug auf den Gegenstandsbereich noch lückenhaft ist. Zudem würde eine auf wenige Aspekte verengte, vorrangig hypothesengestützte und explanative Diskussion der Heterogenität und Komplexität des Phänomens nicht gerecht werden und der Entwicklung eines Gesamtbildes entgegenwirken. Um eine systematische und tiefere Untersuchung der sozialen Realität der Wundnetzwerke, mit all ihrer Eigenlogik und Eigendynamik zu realisieren, ist vor diesem Hintergrund einem qualitativen, explorativen Forschungsansatz der Vorrang einzuräumen.⁶⁸⁴

Um sicherzustellen, dass die offenen Detailfragen anhand der spezifischen Wirklichkeit beantwortet werden und weiterhin die Annahmen modifiziert, konkretisiert oder ausgehend von den Fragestellungen gar neu formuliert werden können, stellt dabei die Feldforschung ein sinnvolles und zugleich reizvolles Vorgehen dar. Diese erfolgt im Gegensatz zur Datenerfassung in einer künstlich durch den Forschenden erzeugten Laborsituation, in der natürlichen Umgebung und eröffnet gleichzeitig die Möglichkeit, zuvor nicht bedachte Themenbereiche offenzulegen und neue Perspektiven zu ermöglichen. Auf Basis der Fragestellungen geschieht dies mehrstufig durch die Kombination von Beobachtungen für einen ersten Zugang zum Feld und daran anschließend von Befragungen. (vgl. Abbildung 24).

⁶⁸³ Lamnek/Krell (2016), S. 90.

⁶⁸⁴ Vgl. Atteslander (2010), S. 4f.

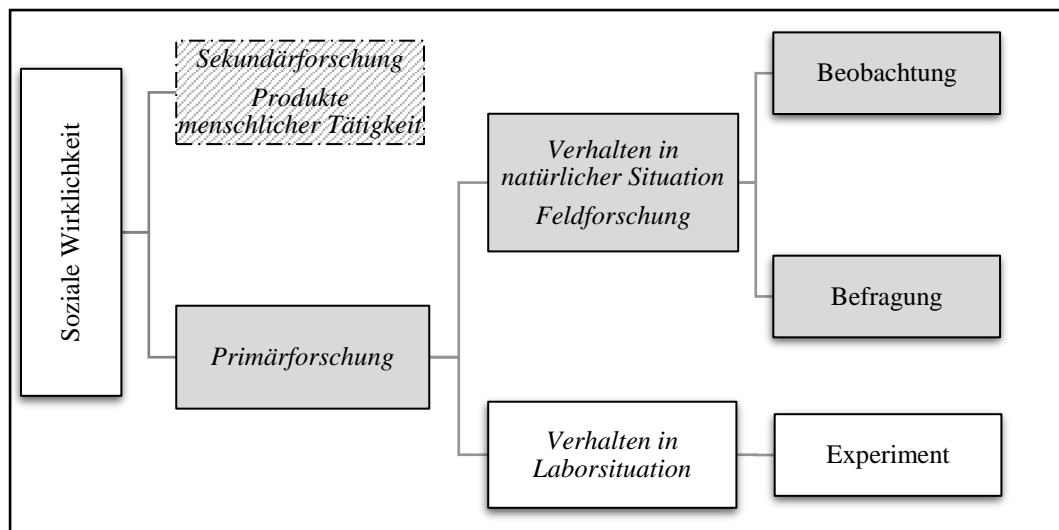


Abbildung 24: Eingesetzte empirische Datenerhebungsmethoden⁶⁸⁵

Vereinzelt wird auf Sekundärdaten zurückgegriffen, da die Analyse bestehender Dokumente als Produkt menschlicher Arbeit dazu beitragen kann, Sachverhalte zu belegen, zu ergänzen oder Widersprüchlichkeiten aufzudecken. Die Qualität der aus diesen gewonnenen Erkenntnissen ist jedoch stark abhängig von der Zugänglichkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Dokumente und mit Bedacht einzusetzen. Der Rückgriff auf solche Daten erfolgt vornehmlich, um einen ersten Überblick über bestehende Netzwerke zu erhalten oder ergänzend zu den Primärdaten.

Während die Beobachtungen als Längsschnittuntersuchung angelegt sind, liegt der Fokus bei den Befragungen auf einer Momentaufnahme zum Forschungszeitpunkt, indem Expertenwissen im Rahmen von Interviews erhoben und verglichen wird. Solch ein Forschungsdesign erscheint hier sinnvoll, da es zunächst dem Umstand Rechnung trägt, dass die existierenden Wundnetzwerke augenscheinlich heterogen sind, und die Darstellung sowie der Vergleich unterschiedlicher Konstellationen einen großen Erkenntnisgewinn versprechen. Weiterhin erlaubt es, die Momentaufnahme um retrospektive Erfahrungen und Ereignisse zu ergänzen, um den Entwicklungsprozess bis zur momentanen Zustandsbeschreibung rekonstruieren und ganzheitliche Zusammenhänge analysieren zu können.⁶⁸⁶

⁶⁸⁵ Eigene Darstellung in Anlehnung an Atteslander (2010), S. 54.

⁶⁸⁶ Vgl. Flick (2017a), S. 255.

Tabelle 11 fasst die empirische Untersuchung zusammen. Weitere Besonderheiten der gewählten und kurz umrissenen Methoden sowie das konkrete Vorgehen werden in den folgenden Abschnitten behandelt.

Überblick über das empirische Untersuchungsdesign	
Ansatz	Qualitativ
Erkenntnisinteresse	Vorwiegend explorativ, Annäherung an Untersuchungsgegenstand über offene Fragen, Aufdecken von Ursache-Wirkungs-Relationen, explanative Anteile durch aufgestellte Annahmen
Datenerhebung	Primärerhebung mit ergänzenden Sekundärdaten
Datenumfang	Geringe Anzahl
Feldzugang	Beobachtung, Befragung
Zeitlicher Bezug	Gegenwartsbezogen, mit retrospektiven und prospektiven Elementen
Erhebungszeitpunkte	Befragung: einmalig Beobachtung: wiederholt

Tabelle 11: Empirisches Untersuchungsdesign

4.1.2 Teilnehmende Beobachtung in Wundnetzwerken als Einstieg

4.1.2.1 Teilnehmende Beobachtung

Die Beobachtung wird als die „ursprünglichste“ Datenerhebungsform bezeichnet und kann je nach Ausgestaltung in quantitativen wie qualitativen Untersuchungsdesigns eingesetzt werden.⁶⁸⁷

Im Rahmen von Beobachtungen kann ein Forscher an der Lebenswirklichkeit von Individuen und Gruppen teilhaben. Sie können dazu beitragen, einen besseren Überblick über die Strukturen und Rahmenbedingungen des Vernetzungsprozesses jenseits erster theoretisch hergeleiteter Zusammenhänge zu erlangen und einen praktischen Eindruck über die kollektiven Interaktionen und Handlungen der individuellen Akteure zu gewinnen. Beobachtungen sind insbesondere sinnvoll, wenn die alltägliche Relevanz des Forschungsfeldes zu Beginn des Forschungsprozesses wenig bekannt ist. Über den Überblick hinaus, können Beobachtungen einen Mehrwert für den weiteren Forschungsprozess leisten, indem der Forschende für weitere, zuvor nicht bedachte Themenbereiche sensibilisiert wird und das notwendige Kontextwissen z. B. für die Vorbereitung und Durchführung von Interviews erwirbt.⁶⁸⁸

Im Gegensatz zu einer alltäglichen Beobachtung setzt dies allerdings voraus, dass die Wahrnehmungsprozesse systematisch, regelgeleitet und reflektiert verlau-

⁶⁸⁷ Vgl. Schnell/Hill/Esser (2018), S. 355.

⁶⁸⁸ Vgl. Döring/Bortz (2016), S. 325; DeWalt/DeWalt (2011), S. 1ff. Lamnek und Krell (2016) sehen den Feldzugang durch teilnehmende Beobachtungen gar als Sozialisationsprozess des Forschers. Ebd., S. 563.

fen und wissenschaftlich verwertbare Daten durch eine systematische Dokumentation und Interpretation generiert werden.⁶⁸⁹ Der Beobachtungsvorgang selbst kann dabei in einem Kontinuum von vollstrukturiert bzw. standardisiert bis unstrukturiert erfolgen. Während bei der standardisierten Beobachtung vorab differenzierte Kategorien und Ausprägungen zur Erhebung numerischer Messwerte sowie Hypothesen für zu beobachtende Situationen festgelegt werden, hat der Forschende bei der unstrukturierten Beobachtung aufgrund eher grober Kategorien mehr Spielraum.⁶⁹⁰

Da aus oben genannten Gründen ein qualitatives Forschungsdesign angestrebt wird, bietet sich bei den Beobachtungen im Feld statt einer vollstrukturierten Beobachtung mit festgelegten Ausprägungen, eine qualitative Beobachtung mit geringer Strukturierung an.⁶⁹¹ Die qualitative Beobachtung soll dazu beitragen, „Phänomene besonders detailreich zu erfassen (meist in Form verbaler, visueller bzw. audiovisueller Daten) sowie im Verlauf des Forschungsprozesses unerwartete Aspekte entdecken zu können.“⁶⁹² Im Verlauf des Forschungsprozesses ist insbesondere bei longitudinalen Feldbeobachtungen ein Übergang von zunächst nicht-strukturierten zu teilstrukturierten Beobachtungen möglich und sinnvoll.⁶⁹³

In Bezug auf die Partizipation und Beobachterrolle kann generell zwischen einer nicht-teilnehmenden Rolle, bei der die Beobachtung rein aus der Außenperspektive erfolgt und einer teilnehmenden Rollen gewählt werden, bei der der Forschende am Geschehen partizipiert und Kontakt zu den Teilnehmern hat.⁶⁹⁴ Da es sich bei Wundnetzwerken nicht um öffentliche Räume handelt, die ohne jeglichen Kontakt mit dem Feld von außen beobachtet werden können, kommen nur teilnehmende Beobachtungen in Frage, um den erwünschten Einblick in den Alltag der Wundnetzwerke und Netzwerkmitglieder zu gewinnen.⁶⁹⁵

4.1.2.2 Stichprobe und Ablauf

In der Absicht, einen sinnvollen Ausschnitt der empirischen Wirklichkeit von Wundnetzwerken abzubilden und eine möglichst facettenreiche Kontrastierung zu

⁶⁸⁹ Vgl. Döring/Bortz (2016), S. 324; Atteslander (2010), S. 73.

⁶⁹⁰ Vgl. Döring/Bortz (2016), S. 328; Lamnek/Krell (2016), S. 526; Atteslander (2010), S. 86.

⁶⁹¹ Vgl. Döring/Bortz (2016), S. 328; Atteslander (2010), S. 86.

⁶⁹² Döring/Bortz (2016), S. 332.

⁶⁹³ Vgl. Döring/Bortz (2016), S. 333; Lamnek/Krell (2016), S. 526f.; Atteslander (2010), S. 88.

⁶⁹⁴ Vgl. Döring/Bortz (2016), S. 329; Lamnek/Krell (2016), S. 528f.

⁶⁹⁵ Vgl. Flick (2017b), S. 287.

erhalten, erfolgte die Auswahl der Beobachtungseinheiten nicht nach dem Zufallsprinzip, sondern bewusst.⁶⁹⁶ Vor dem Gesichtspunkt begrenzter zeitlicher Ressourcen und der Tatsache, dass die Methode der Beobachtung hohe Kapazitäten bindet, wurde die Anzahl der Beobachtungseinheiten zunächst auf zwei, möglichst unterschiedlich gelagerte Wundnetzwerke beschränkt, mit der Bedingung, dass beide interprofessionell besetzt sein sollten. Da das Untersuchungsdesign zudem Beobachtungen über einen längeren Zeitraum vorsah, sollten diese aus forschungspraktischen Gründen bestenfalls im Umkreis von 200 km sein.⁶⁹⁷

Ein im Rahmen eines Forschungsprojektes bestehender Kontakt zu einem Wundnetzwerk, das zu dem Zeitpunkt bereits seit mehr als fünf Jahren als eingetragener Verein existierte und damit als dauerhaftes Netzwerk typisiert werden kann, bot einen idealen Ausgangspunkt. Zusätzlich konnte im Rahmen einer Recherche ein Netzwerk ausfindig gemacht werden, das erst vor wenigen Monaten als Projekt Netzwerk ins Leben gerufen wurde. Damit unterschied sich dieses Netzwerk nicht nur hinsichtlich der Lebensphase, sondern auch der Dauer der zeitlichen Vernetzung, da das Projekt Netzwerk im Gegensatz zum als dauerhaft angelegten Verein, als temporäres Netzwerk mit einem definierten Projektzweck und Projektzeitraum gegründet wurde,⁶⁹⁸ das laut öffentlich einsehbaren Projektunterlagen im besten Fall über den Projektzeitraum von zwei Jahren verstetigt werden sollte. Es konnte angenommen werden, dass das Unterscheidungskriterium Projekt Netzwerk vs. dauerhaftes Netzwerk sowohl die Art der Entstehung (geplant – emergent und bottom-up)⁶⁹⁹ als auch der Steuerung und Entwicklungsdynamik (strukturelle und kulturelle Netzwerkmerkmale) beeinflusst.⁷⁰⁰ Diese beiden Wundnetze erschienen hinsichtlich der Zielsetzung dieser Arbeit als geeignet, um einen realen Einblick in das Phänomen der Netzwerkbildung und dessen Facetten zu erlangen.⁷⁰¹

Die anfängliche Limitierung auf diese zwei Netzwerke sollte dazu beitragen, die Beobachtungseinheiten in ihrer Vielschichtigkeit zu erfassen, ohne dabei den Ein-

⁶⁹⁶ Vgl. Döring/Bortz (2016), S. 330.

⁶⁹⁷ Vgl. Lamnek/Krell (2016), S. 520.

⁶⁹⁸ Vgl. Klemann (2007), S. 97f.

⁶⁹⁹ Vgl. Luthé (2017), S. 52.

⁷⁰⁰ Vgl. zu den Netzwerkmerkmalen insbesondere Abschnitt 3.1.3.1.

⁷⁰¹ Vgl. Döring/Bortz (2016), S. 302.

schluss weiterer Wundnetzwerke im Laufe des Forschungsprozesses auszuschließen. Dieser ist dann sinnvoll, wenn im Zuge der Beobachtungen und Auswertungen deutlich wird, dass der Erkenntnisgewinn noch nicht ausgeschöpft ist.⁷⁰²

Für den Feldzugang wurden die öffentlich ausgewiesenen Ansprechpartner der beiden Netzwerke kontaktiert.⁷⁰³ Die Kontaktaufnahme erfolgte im ersten Fall persönlich und im anderen Fall telefonisch. Beide Ansprechpartner zeigten sich offen für das Forschungsanliegen. Nach Rücksprache mit den jeweiligen Mitgliedern wurde eine Teilnahme beim nächsten Netzwerktreffen vereinbart.

Bei diesen Treffen wurde den Anwesenden das Forschungsinteresse dargelegt und deren Einverständnis eingeholt. Der Beobachtungsvorgang erfolgte insofern in allen Situationen transparent.⁷⁰⁴ Da Forschung als Störung empfunden werden kann und kein unmittelbarer Nutzen für das Netzwerk und die Netzwerkmitglieder erkennbar ist, diente die Offenlegung nicht zur Information der Gruppe, sondern gleichzeitig zur „Herstellung einer Beziehung, in der so viel Vertrauen in die Personen der Forscher und ihre Anliegen bestehen, dass sich die Institution – trotz allem, was dagegen sprechen könnte – auf die Forschung einlässt.“⁷⁰⁵

Als Beobachtungssituationen dienten die in Abbildung 25 veranschaulichten, Arten von Netzwerktreffen, über einen Zeitraum von ca. 1,5 Jahren. Bereits vor der Teilnahme an einem Netzwerktreffen wurde über einen der Ansprechpartner eine Hospitation bei einem Behandler ermöglicht. Weitere drei Hospitationen wurden durch den Zugang zu den Mitgliedern im Laufe der weiteren Teilnahmen vereinbart, um einen Eindruck über den individuellen Arbeitsalltag, die Wundbehandlung an sich und mögliche Schnittstellen zu anderen Leistungserbringern zu erhalten.

Dabei wurde in allen Situationen darauf geachtet, vornehmlich eine passive Rolle einzunehmen und nur in das soziale Geschehen einzugreifen, wenn es in der jeweiligen Situation, z. B. aufgrund einer direkt an den Forschenden adressierten Frage, nicht anders möglich war.⁷⁰⁶

⁷⁰² Vgl. Flick (2017b), S. 167; Döring/Bortz (2016), S. 294.

⁷⁰³ Vgl. Atteslander (2010), S. 97.

⁷⁰⁴ Vgl. Schnell/Hill/Esler (2018), S. 356.

⁷⁰⁵ Flick (2017b), S. 147.

⁷⁰⁶ Vgl. Lamnek/Krell (2016), S. 542

Netzwerktreffen (<i>Kollektiv</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • 5 Mitgliederveranstaltungen • 4 Leitungsgremientreffen (tlw. mit externen Gästen) • 4 Arbeitsgruppentreffen Wunde • 4 Öffentliche Veranstaltungen (Schulung, Workshop, Akquise, Qualitätszirkel) • Zeitraum: Nov. 2016 - Feb. 2018 • Dauer: ca. 43 h
Hospitationen (<i>Individueller medizinischer Alltag</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl: 4 (Physiotherapie, ambulante Pflege, 2 Arztpraxen) • Zeitraum: Okt. 2016-Aug. 2017 • Dauer: ca. 22 h

Abbildung 25: Beobachtungssituationen

Feldnotizen bildeten während der Beobachtungen die primäre Datenerfassungsmethode, wobei nicht nur formelle wie informelle Gespräche, sondern auch Aktivitäten und besondere Vorkommnisse erfasst wurden.⁷⁰⁷ DeWalt und DeWalt (2011) geben dabei zu bedenken, dass „field notes are a product, constructed by the researcher.“⁷⁰⁸ Das Dilemma existiert bereits während der Beobachtung selbst, da bei dieser stets die Gefahr einer verzerrten Wahrnehmung der Realität existent ist.⁷⁰⁹ Diese ließe sich nur durch Video- und Audioaufnahmen reduzieren, was generell nicht empfohlen wird, da es der Natürlichkeit der Situation widerspricht und in diesem Kontext allein aufgrund des Kontakts zu Patienten oder fehlender Erwünschtheit nicht in Frage kam.⁷¹⁰

Sensibilisiert für mögliche Wahrnehmungsverzerrungen, erfolgte die Erfassung von Aussagen oder Handlungen zunächst stichpunktartig, handschriftlich, rein deskriptiv und möglichst wertneutral. Wörtliche Zitate wurden als solche vermerkt.

⁷⁰⁷ Vgl. DeWalt/DeWalt (2011), S. 157f.; Kawulich (2005), o. S.

⁷⁰⁸ DeWalt/DeWalt (2011), S. 159.

⁷⁰⁹ Vgl. Schnell/Hill/Esser (2018), S. 364f.; Lamnek/Krell (2016), S. 602.

⁷¹⁰ Vgl. Lamnek/Krell (2016), S. 576; Atteslander (2010), S. 99. Lamnek und Krell merken dazu an: „Bei einem qualitativen Interview ist das Audioprotokoll nicht weiter problematisch, weil bei dieser Methode dem Befragten genau dieser Zweck deutlich gemacht wurde. Handelt es sich jedoch um eine teilnehmende Beobachtung, so stellt sich der Sachverhalt etwas anders dar.“ „Die ideale Methode der Aufzeichnung von Beobachtungen wäre natürlich die einer Videoaufnahme. Dann wäre man in der Lage, die Beobachtung beliebig oft zu reproduzieren, unter den verschiedensten Gesichtspunkten das Material sichten, analysieren und ex post ein Beobachtungsschema entwickeln zu können. Doch dies verbietet sich in fast allen Fällen qualitativ-teilnehmender Beobachtung wegen des Gegenstandes und des Objektbereichs.“

Persönliche Eindrücke, mögliche Widersprüche oder offene Fragen wurden als Memos gekennzeichnet.⁷¹¹ Im Nachgang wurden die Feldnotizen in ein Textverarbeitungsprogramm übertragen und als Beobachtungsprotokolle chronologisch sortiert. In jedem Protokoll wurden das Datum, der Kontext bzw. die Beobachtungssituation, die Dauer und die Anwesenden⁷¹² vermerkt.

Um sich zu Beginn des Forschungsprozesses mit der Alltagspraxis der in Wundnetzen kooperierenden Akteuren vertraut zu machen und einen unvoreingenommenen Zugang zum Feld zu erhalten, wurde dabei zunächst auf eine Strukturierung verzichtet und es wurde so viel wie möglich festgehalten.⁷¹³ Dies wurde solange aufrechterhalten, bis deutlich wurde, dass das Wundnetzwerk als kooperatives Arrangement im Vergleich mit einer rein marktlichen oder hierarchischen Koordinationsform strukturelle und kulturelle Besonderheiten aufweist, die es gilt, durch eine gezieltere Beobachtung greifbar zu machen,⁷¹⁴ statt „sich in der Vielfalt beliebiger Details zu verlieren.“⁷¹⁵ Durch diese kontextsensitive Anwendung sollte erreicht werden, dass die teilnehmende Beobachtung ihre ganze Stärke in einem zirkulären Forschungsprozess entfaltet, statt an einem streng linearen Forschungsprozess festzuhalten. Dabei unterlag der Forschungsprozess einer permanenten Reflexion von empirischer Analyse und theoretischen Vorannahmen.⁷¹⁶

Als theoretischer Bezugsrahmen für die Fokussierung wurde das Beobachtungsraster der permanent existenten Spannungsverhältnisse in Anlehnung an Sydow (2001, 2010) herangezogen,⁷¹⁷ da dieser wie in Kapitel 3.2.2 dargelegt, einen adäquaten Rahmen bietet, um anhand der Lebenswirklichkeit einen ersten, systematischen Überblick über die strukturellen (Systemebene) und kulturellen (Beziehungsebene) Besonderheiten der Vernetzung zu erhalten. Diese Fokussierung soll jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Forschungspraxis situationsabhängig ist und es zu jeder Zeit an Flexibilität bedarf, um nicht gegenüber wichtigen Informationen, die vermeintlich außerhalb des Fokus liegen, verschlossen zu sein.⁷¹⁸

⁷¹¹ Vgl. Atteslander (2010), S. 99.

⁷¹² Insofern möglich wurden die Namen und Professionen der Anwesenden vermerkt. Bei offenen Veranstaltungen war dies jedoch nicht immer möglich. Bei den Hospitationen wurden die Patientennamen selbstverständlich nicht protokolliert.

⁷¹³ Vgl. Lüders (2017), S. 384.

⁷¹⁴ Vgl. Lüders (2017), S. 387.

⁷¹⁵ Vogd (2006), S. 91.

⁷¹⁶ Vgl. Flick/Kardorff/Steinke (2017), S. 126.

⁷¹⁷ Vgl. Sydow (2010b), S. 404; Sydow (2001), S. 92.

⁷¹⁸ Vgl. Lüders (2017), S. 393.

Nach ca. eineinhalb Jahren wurden die Beobachtungen nicht mehr fortgesetzt, weil die Methodik der teilnehmenden Beobachtung nach subjektivem Empfinden nichts Neues mehr zutage förderte und an ihre Grenzen stieß. In beiden Netzwerken wurden Treffen entweder abgesagt oder verschoben, die Anzahl der Teilnehmer an Treffen nahm deutlich ab, die Diskussionen wirkten festgefahren und inhaltlich war keine Weiterentwicklung erkennbar. Zu diesem Zeitpunkt deutete sich bereits an, dass das Projekt Netzwerk nicht verstetigt werden würde und das dauerhaft existierende Netzwerk zeigte leichte Auflösungserscheinungen. Warum dies der Fall war, blieb zwar zunächst verschlossen, verdeutlichte aber die Schwierigkeit des nachhaltigen Bestehens.

Bevor im nächsten Abschnitt die Auswertung und Interpretation der Beobachtungen näher ausgeführt wird, fasst die folgende Tabelle 12 das Beobachtungsdesign zusammen:

Untersuchungsdesign der Beobachtung	
Ansatz	Qualitativ
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Lebenswirklichkeit von Leistungserbringern (Individuen) und Wundnetzwerken (Kollektiv) kennenlernen • Überblick über Strukturen und Rahmenbedingungen des Vernetzungsprozesses gewinnen • Praktischen Eindruck über die kollektiven Interaktionen und Handlungen der individuellen Akteure erlangen
Standardisierung	Zunächst offen, später stärkere Fokussierung auf strukturelle und kulturelle Besonderheiten durch beobachtbare Spannungsverhältnisse als Raster (Kategorisierung)
Beobachterrolle	Teilnehmend, vorwiegend passiv
Transparenz	Offen
Natürlichkeit der Situation	Feldbeobachtung bei Hospitationen, Netzwerktreffen, Informationsveranstaltungen und Workshops in zwei Wundnetzwerken
Beobachtungszeitraum	Ca. 1,5 Jahre (Nov. 2016 – Feb. 2018)
Datenerfassung	Erfassung formeller und informeller Gespräche, von Handlungen, Interaktionen, Aktivitäten und besonderen Vorkommnissen durch Feldnotizen

Tabelle 12: Beobachtungsdesign

4.1.2.3 Datenauswertung

Insgesamt wiesen die auf Basis der Feldnotizen erstellten Beobachtungsprotokolle erhebliche Unterschiede in der Länge auf. Dies hängt u. a. mit der jeweiligen inhaltlichen Schwerpunktsetzung der Beobachtungssituationen zusammen. So war es bspw. bereichernd, Einblicke in die operativen, medizinischen Aspekte (z. B. die verschiedenen Wundverbandsarten) der Wundbehandlung zu erhalten und diese wurden in Feldnotizen und Protokollen für das eigene Verständnis festgehalten, erwiesen sich aber für den weiteren Auswertungsprozess und damit die Interpretation

als irrelevant, wenn sie nicht den Überleitungsprozess an sich betrafen. Um die Daten zu reduzieren und zu sortieren, wurde dieses Material herausgefiltert. Die Interpretation der Beobachtungen erfolgte direkt in den Protokollen.⁷¹⁹

Die Datenanalyse folgte überdies pragmatischen Gesichtspunkten, indem die bereits während der Beobachtungen fokussierten Spannungsverhältnisse als inhaltlich strukturierendes Analyseraster eingesetzt wurden.⁷²⁰ Dabei wurde wie in Tabelle 13 beispielhaft dargestellt, nach Mustern gesucht, die auf Variationen, Abweichungen oder Erweiterungen der literaturbasiert identifizierten Spannungsverhältnisse hindeuten.⁷²¹

Spannungsverhältnis	Beobachtbar durch
Kooperation – Wettbewerb	Wettbewerb: Aussagen und Handlungen, die konkurrierende Aspekte deutlich machen, inter- und intra-professionell; Beharren auf eigenen Argumenten und Ansichten, Herausstellen der eigenen Kompetenzen und Stellung Kooperation: Aussagen und Handlungen, die auf gemeinsame Ziele und das Zugehen auf die Netzwerkmitglieder hindeuten; Kompromissbereitschaft
Situation	Beschreibung
Netzwerktreffen: Mitgliedertreffen mit Schulung zum Thema Wunde	Im Rahmen des Netzwerktreffens findet eine Wundbehandlungsdemonstration bei einem Wundpatienten statt. Einer der Anwesenden führt vor, wie er dabei vorgehen würde. Alle Anwesenden tauschen sich aus und berichten, wie sie es machen würden. Es fällt auf, dass alle aus der relevanten Berufsgruppe eine andere Meinung zum medizinischen Vorgehen haben und ihre fachliche Expertise und ihr Vorgehen hervorheben. Statt einen Konsens im Sinne eines Standards zu vereinbaren, wird die intraprofessionelle Konkurrenz deutlich. Beispielaussage: „(...) ich hab das bisher (...) [so] gemacht und das funktioniert gut, das werde ich weiter so machen.“

Tabelle 13: Beobachtung von Spannungsverhältnissen am Beispiel Kooperation – Wettbewerb⁷²²

Während der Beobachtungen wurde zudem deutlich, dass sich beide Wundnetzwerke in der Vergangenheit oder zu dem Zeitpunkt mit einer digitalen Vernetzung auseinandersetzten, so dass ebenso ein Augenmerk auf mögliche Veränderungen durch diese gelegt werden konnte.⁷²³

Beiden Netzwerken wurde zugesichert, dass zur Verfügung gestellte, interne Dokumente vertraulich behandelt werden und personenbezogene Daten in den Aus-

⁷¹⁹ Vgl. Lamnek/Krell (2016), S. 580.

⁷²⁰ Vgl. Breidenstein et al. (2020), S. 127.

⁷²¹ Vgl. Breidenstein et al. (2020), S. 140. Vogd (2006), S. 97f.

⁷²² Hinweise zur Zuordnung von Beobachtungen zu den anderen Spannungsverhältnissen finden sich im Anhang.

⁷²³ Die Gründe hierfür sind jedoch unterschiedlich: Während dies in einem Netzwerk projektbedingt geschah, wurde es in der Vergangenheit augenscheinlich durch das Netzwerkmanagement angestoßen. Zwar erwies sich die bereits abgeschlossene Testphase als nicht erfolgreich, aber das Thema wurde während der teilnehmenden Beobachtung diskutiert.

wertungen derart anonymisiert werden, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind. Um dies zu gewährleisten, werden hier keine Namen veröffentlicht und Professionen werden nur genannt, wenn es für das Verständnis unausweichlich ist. Zudem erfolgt aus forschungsethischen Gründen und der Tatsache, dass Rückschlüsse auf einzelne Personen nicht ausgeschlossen werden könnten, eine zusammenfassende Ergebnisdarstellung der Beobachtungen, die mit den Ergebnissen aus den Befragungen zusammengeführt und reflektiert wird.

Die teilnehmende Beobachtung verdeutlichte die Komplexität sowie erste Herausforderungen der Vernetzung in Wundnetzwerken und trug zum Verständnis der Lebenswirklichkeit bei. Die im Verlauf stärkere Fokussierung auf mögliche Spannungsverhältnisse bot einen guten Einstieg in die systematische Analyse der Besonderheiten von Wundnetzwerken. Gleichzeitig eröffnete die beibehaltene Offenheit neue Perspektiven, indem viele bis dahin nicht beachtete Themenbereiche und offene Fragen zutage kamen, die weiterer Aufmerksamkeit bedurften und danach verlangten, theoretisch wie empirisch aufgearbeitet zu werden.

Diese Themenbereiche wurden literaturbasiert vertieft und bilden das theoretische und konzeptionelle Gerüst dieser Arbeit. An die Beobachtungen anschließend, wurde es als sinnvoll erachtet, den Blick auf weitere Netzwerke zu erweitern und die Feldforschung mittels Expertenbefragungen fortzuführen. Dabei ergänzten die teilnehmenden Beobachtungen und deren Auswertung die nachfolgenden Befragungen im Sinne einer Vorstudie nicht nur, sie trugen auch zur Wahl dieser Datenerhebungsmethode und der Auswahl der Gesprächspartner bei.⁷²⁴ Das durch die Beobachtungen gewonnene wertvolle Kontextwissen trug zudem maßgeblich zur Vorbereitung auf die Interviews bei.

4.1.3 Leitfadengestütztes Experteninterview

4.1.3.1 Experteninterview

In der empirischen Forschung wird die Befragung als „Standardinstrument“ gesehen, wobei die Form der Durchführung wie bei den Beobachtungen stark differiert und sowohl in quantitativen wie auch qualitativen Untersuchungsdesigns zum Einsatz kommt.⁷²⁵

⁷²⁴ Vgl. Bohnsack (2014), S. 133.

⁷²⁵ Vgl. Schnell/Hill/Esser (2018), S. 293; Lamnek/Krell (2016), S. 314.

Ähnlich wie bei den Beobachtungen kann die Art der Kommunikationsform nach dem Grad der Strukturiertheit variiert werden. Während das narrative Interview als unstrukturierte, mündliche Befragung völlig frei verläuft, sehen vollkommen strukturierte, mündliche oder schriftliche Befragungen geschlossene Fragen oder Antwortvorgaben nach standardisiertem Muster vor und werden eher zum Erfassen quantitativer Aspekte („Messen“) eingesetzt. Zwischen diesen Extremen liegen wenig- bis halbstrukturierte Interviews, wobei der Strukturierungsgrad letztlich vom Forschungsgegenstand sowie von der Art der Interviewpartner abhängt.⁷²⁶

Während bei Laieninterviews Betroffene hinsichtlich ihrer eigenen Erfahrungen befragt werden, bieten Experteninterviews immer dann einen Mehrwert, wenn ein bestimmter sozialer Sachverhalt zu erschließen ist, über den die Experten als Funktionsträger im Gegensatz zu Laien spezialisiertes Sonderwissen besitzen.⁷²⁷ Dabei steht im Unterschied zu anderen Interviewformen nicht die Person an sich im Fokus des Interesses, sondern der organisatorische oder institutionelle Zusammenhang.⁷²⁸ Das Besondere an diesem, durch die eigenen Tätigkeiten oder Erfahrungen erlangte Sonderwissen ist zudem, dass es „in besonderer Weise praxiswirksam und damit orientierungs- und handlungsleitend für andere Akteure wird.“⁷²⁹ Eben jenen Sonderwissens bedarf es, um an die Beobachtungen anzuschließen und die im Rahmen dieser Arbeit formulierten Forschungsleitfragen und Detailfragen beantworten zu können.

Dabei ist nicht nur technisches Wissen im Sinne von Daten und Fakten von Interesse, sondern insbesondere das Prozesswissen über den Vernetzungsprozess, die Interaktionen der Netzwerkmitglieder, besondere Ereignisse, die Netzwerkentwicklung usw. Neben vermeintlich sachlichem Wissen wird zudem explizit auf das Deutungswissen der Experten abgezielt, dass „die subjektiven Relevanzen, Sichtweisen, Interpretationen, Deutungen, Sinnentwürfe und Erklärungsmuster der Expertinnen“ umfasst.⁷³⁰ Auch wenn stets das Bewusstsein aufrecht erhalten werden muss, dass es sich hierbei um die subjektive Perspektive des Experten handelt, kann

⁷²⁶ Vgl. Atteslander (2010), S. 133. In der Literatur werden die Begriffe Befragung, Gespräch und Interview nahezu synonym genutzt. Das Interview wird aber auch als mündliche Form einer Befragung spezifiziert, während quantitative mündliche und schriftliche Befragungen zusammenfassend auch als Umfrage bezeichnet werden. Vgl. hierzu Döring/Bortz (2016), S. 356.

⁷²⁷ Vgl. Gläser/Laudel (2010), S. 12.

⁷²⁸ Vgl. Meuser/Nagel (1991), S. 442.

⁷²⁹ Bogner/Littig/Menz (2014), S. 14.

⁷³⁰ Bogner/Littig/Menz (2014), S. 18f.

gerade dieses Deutungswissen notwendige Insiderinformationen zu vorherrschenden Vorstellungen und Zusammenhängen liefern, die sich innerhalb des gewählten Expertentypus gar als kollektive Dimensionen herauskristallisieren können.⁷³¹

Experten sind nach dem hier zu Grunde gelegten Verständnis Personen, die für das Netzwerkmanagement und damit für das „Funktionieren“ von Wundnetzwerken (mit)verantwortlich sind. Diese Personen werden fortan als Netzwerkmanager bezeichnet und es ist davon auszugehen, dass sie über spezifisches Struktur- und Prozesswissen sowie Insiderwissen verfügen.

Da dieses Wissen jedoch eher diffus vorhanden ist, obliegt es dem Interviewer, dieses aus den Expertenäußerungen zu extrahieren, um daraus die soziale Situation oder den Prozess zu rekonstruieren.⁷³² Damit dies gelingt, empfehlen Meuser und Nagel (2010) eine thematische Vorstrukturierung und die Erstellung eines Leitfadens. Ein solcher erlaubt durch die Entwicklung nicht nur den Aufbau von theoretischer und thematischer Kompetenz über das Forschungsfeld, sondern verhindert zugleich das Abschweifen vom Forschungsinteresse und senkt die Gefahr, als inkompetent wahrgenommen zu werden.⁷³³ Der Leitfaden soll dabei nicht (nur) als standardisiertes Ablaufschema verstanden werden, sondern hilft, dem Gespräch durch vorbereitete Fragen eine Struktur zu verleihen. Gleichzeitig ist es wichtig, flexibel und offen zu sein, indem bspw. die Abfolge der Fragen der jeweiligen Situation angepasst werden kann, ggf. gezielte Nachfragen möglich sind und dem Experten die Gelegenheit gegeben wird, sich zu im Vorfeld nicht bedachten Themen zu äußern. Die Vorgabe von Antwortmöglichkeiten ist bei leitfadengestützten Experteninterviews nicht notwendig, es wird situationsabhängig aber nicht ausgeschlossen.⁷³⁴

Die geplanten Experteninterviews haben vorrangig einen explorativen Charakter, wobei sie phasenweise systematisierende Funktionen erfüllen sollen: Explorativ, da das Vernetzungsphänomen möglichst breit erkundet werden soll und Zusammenhänge sowie Erklärungsansätze im Sinne von denkbaren Ursache-Wirkungs-Relationen entdeckt werden sollen und systematisierend, da bereits vorhandenes

⁷³¹ Vgl. Bogner/Littig/Menz (2014), S. 19.

⁷³² Vgl. Gläser/Laudel (2010), S. 13.

⁷³³ Vgl. Meuser/Nagel (2010), S. 58; Meuser/Nagel (2009), S. 473; Meuser/Nagel (1991), S. 448. Ähnlich auch bei Gläser/Laudel (2010).

⁷³⁴ Vgl. Schnell/Hill/Esser (2018), S. 294f.; Döring/Bortz (2016), S. 358f.; Lamnek/Krell (2016), S. 318f.; Atteslander (2010), S. 133ff.; Meuser/Nagel (2010), S. 58.

Wissen systematisch vertieft und je nach Themenbereich eine Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten ermöglicht werden soll.⁷³⁵

4.1.3.2 Interviewleitfaden

Dank der permanenten Reflexion im Rahmen der Beobachtungen und der theoretischen Auseinandersetzung mit den für diese Arbeit relevanten Themenbereichen, sind Detailfragen entstanden, die nicht einfach an die Experten weitergereicht werden sollten, sondern in Interviewleitfragen übersetzt werden müssen, die für die Befragten verständlich sind.⁷³⁶

Der im Rahmen der Experteninterviews eingesetzte Leitfaden wurde so konzipiert, dass er insgesamt zehn Frageblöcke enthält, wobei der erste zum Einstieg in das Interview dient und der letzte den Abschluss einleitet (s. Anhang). Der aus acht Frageblöcken bestehende Hauptteil setzt sich zusammen aus Kernfragen und situationsbedingten (Nach)Fragen.⁷³⁷ Während im zweiten Frageblock der Nutzen sowie die individuellen Anreize zur Zusammenarbeit im Mittelpunkt des Interesses stehen, widmet sich der dritte Block der Erfassung einiger Netzwerkmerkmale, um zunächst einen Eindruck über den Stand der Vernetzung zu erlangen und im Verlauf des Interviews gezielter nachfragen zu können. Hierzu zählen bspw. die Netzwerkziele, die Art der Finanzierung oder die Erfahrungen des Experten hinsichtlich möglicher Probleme, Konflikte oder das vorherrschende Netzwerkklima.

Der vierte Frageblock dient zur Erfassung einer möglichen digitalen Vernetzung bzw. der Relevanz einer solchen im Wundnetzwerk. Das Eingehen auf diesen Themenbereich in einem eigenen Fragenblock ist der im Rahmen der theoretischen Überlegungen, Beobachtungen und von Diskussionen auf Fachkongressen deutlich gewordenen Bedeutung einer solchen für die Versorgungskontinuität geschuldet.

Die Frageblöcke fünf bis acht orientieren sich aufgrund des hier gewählten Expertentypus der Netzwerkmanager an den Managementpraktiken der Selektion, Al-

⁷³⁵ Vgl. Bogner/Menz (2009), S. 64f. Neben dem explorativen und dem systematisierenden unterscheiden die Autoren zudem das theoriegenerierende Experteninterview. Vgl. weiterführend ebd. sowie Bogner/Littig/Menz (2014), S. 23ff.

⁷³⁶ Vgl. Gläser/Laudel (2010), S. 112f.

⁷³⁷ Vgl. Bogner/Littig/Menz (2014), S. 28. Die Autoren empfehlen für ein ein- bis zweistündiges Gespräch drei bis maximal acht Fragenblöcke mit ein bis drei Hauptfragen und mehrere abhängige Fragen, ohne hierbei eine Anzahl zu nennen. Der hier genutzte Leitfaden enthielt acht Fragenblöcke im Hauptteil und je einen Fragenblock für den Ein- bzw. Ausstieg. Die Anzahl der Fragen variierte von 1-10, wobei hierbei mögliche Nachfragen bereits berücksichtigt sind.

lokation, Regulation und Evaluation. Im Fokus steht dabei u. a., ob die Netzwerkmitgliedschaft an Bedingungen geknüpft ist (Selektion), wie die Aufgaben im Netzwerk verteilt werden (Allokation), wie verbindlich die Vernetzung ist (Regulation) und ob die Netzwerkaktivitäten evaluiert werden (Evaluation).

Der neunte Frageblock greift erneut die Thematik der digitalen Vernetzung auf, ist aber eher als Ausblick konzipiert und dient zur Klärung der Fragen, welche Rolle die digitale Vernetzung aus Sicht der Netzwerkmanager für die Zusammenarbeit in der Wundversorgung spielt.

Der letzte Block stellt zunächst auf generelle Schlüsselfaktoren für eine vermeintlich erfolgreiche Vernetzung ab und dient weiterhin dazu, Empfehlungen der Experten zu erfragen, was sich im Gesundheitswesen ändern müsste, um Kooperationen zu fördern. Die letzte Frage aus diesem Block gibt den Experten die Möglichkeit, das Gespräch zu rekapitulieren und eventuell nicht zur Sprache gekommene Themen anzuschneiden.⁷³⁸

Die Frageblöcke dienen zur thematischen Sortierung und die Themen bauen inhaltlich so aufeinander auf, dass sie einen möglichst natürlichen Gesprächsverlauf ermöglichen sollten.⁷³⁹ Statt den Leitfaden als Korsett zu betrachten und im Sinne einer „Leitfadenbürokratie“ nur zum Abhaken der vorbereiteten Fragen einzusetzen, wurde während der Interviews darauf geachtet, offen für neue Themen und Gedanken des Gegenübers zu sein und situationsbedingt durch spontan formulierte Nachfragen nachzuhaken, um nicht der Gefahr zu erliegen, wichtige Informationen zu ignorieren oder nur an der Oberfläche zu verbleiben.⁷⁴⁰ Auch war es nicht zwingend notwendig, alle vorbereiteten Fragen „abzuarbeiten“, weil sie entweder nicht mehr relevant waren oder bereits in einem anderen Kontext durch den Experten beantwortet wurden.⁷⁴¹ Ferner kann Meuser und Nagel (1991) beigeprlichtet werden, dass der Leitfaden gar zur Offenheit des Interviewverlaufs beitrug, denn „[d]urch die Arbeit am Leitfaden macht sich die Forscherin mit den anzusprechenden Themen vertraut, und dies bildet die Voraussetzung für eine "lockere", unbürokratische Führung des Interviews.“⁷⁴²

⁷³⁸ Eine solche offene Ausstiegsfrage gibt dem Befragten lt. Kruse (2015) „die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, ob alles Wichtige im Interview angesprochen wurde oder nicht, oder ob nochmals Relevanzmarkierungen ausgeführt werden sollen.“ Ebd., S. 200.

⁷³⁹ Vgl. Gläser/Laudel (2010), S. 146.

⁷⁴⁰ Vgl. Hopf (1978), S. 101-105.

⁷⁴¹ Vgl. Flick (2017b), S. 223; Bogner/Littig/Menz (2014), S. 29

⁷⁴² Meuser/Nagel (1991), S. 449.

Um die Befragten nicht in eine (un)bewusste Richtung zu drängen, sondern ihnen Raum zu geben, ihre eigene Sichtweisen zu erläutern, sind die Interviewfragen generell offen formuliert.⁷⁴³ Wenn während der Interviews jedoch deutlich wurde, dass dem Experten die Fragestellung nicht ganz klar war oder er die Frage gänzlich anders interpretierte, wurden auf Basis der erarbeiteten, theoretischen Inhalte beispielhafte Antwortmöglichkeiten genannt.⁷⁴⁴

In der Tabelle 14 ist eine exemplarische Zuordnung der Interviewleitfragen zu den Detailfragen aufgezeigt, wobei diese Zuordnung nur gewährleisten sollte, dass alle Forschungsfragen in den „Übersetzungen“ ausreichend Berücksichtigung finden und stellt bei der späteren Auswertung keine Beschränkung dar, da die Antworten auf die Forschungsfragen im gesamten Interview verteilt sein können.

Forschungsfrage F 2: Wie wird das Netzwerkmanagement in den Wundnetzen interpretiert und gestaltet?			
Detailfragen		Zuordnung Interviewfragen (Leitfaden)	
F 2 1	Wie wird die Rolle des Netzwerkmanagements interpretiert?	Fragenblock 3: Frage 7	Wie sehen Sie Ihre Rolle? Wie würden Sie Ihre Aufgaben als Vorstandsvorsitzender/AG-Sprecher/Koordinator im Netzwerk schildern?
F 2 2	Wie ist das Management in den Wundnetzwerken organisiert?	Fragenblock 3: Frage 7	s. o.
		Fragenblock 6: Frage 3	Wie werden Aufgaben, z. B. die Organisation von Veranstaltungen bei Ihnen im Netzwerk verteilt?
F 2 3	Wie akquirieren und selektieren die Wundnetze neue Mitglieder?	Fragenblock 5	Wie gewinnen Sie neue Mitstreiter? Ganz plakativ: Kann bei Ihnen jeder mitmachen oder müssen neue Mitglieder Bedingungen erfüllen?
			Kommt es auch vor, dass Sie Partner ablehnen oder ausladen?
			Situationsbedingte Nachfragen
F 2 4	Wie werden Aufgaben und Verantwortlichkeiten verteilt?	Fragenblock 6: Frage 2	Wie wurden die Rollen und Verantwortlichkeiten im Versorgungsprozess festgelegt?
		Frage 3	s. o.

Tabelle 14: Übersetzung der Forschungsfragen in Interviewfragen⁷⁴⁵

⁷⁴³ Vgl. Kruse (2015), S. 219. Der Autor gibt auf den S. 215-224 einen guten Überblick über Dos und Don'ts in der Leitfadentechnik sowie über Fragestile und Stimulus-Techniken, die hier nicht im Einzelnen erläutert werden, jedoch im Rahmen der Fragenformulierung beachtet wurden.

⁷⁴⁴ Vgl. Gläser/Laudel (2010), S. 139f.

⁷⁴⁵ Für die vollständige Zuordnung siehe Anhang.

Zusätzlich zum leitfadengestützten Interview wurde ein Kurzfragebogen (s. Anhang) konzipiert, um faktenbasierte Informationen zur Versorgungsstruktur des Netzwerks erfragen zu können. Hierzu zählen bspw. die Anzahl der Mitglieder oder die vertretenen Professionen und Disziplinen.

4.1.3.3 Stichprobe und Ablauf

Nach der Übersetzung der Forschungsfragen in Interviewfragen, galt es, eine sinnvolle Auswahl der zu untersuchenden Wundnetze zu treffen.⁷⁴⁶ Um eine möglichst facettenreiche Kontrastierung zu erhalten und einen hohen Informationsgehalt sicherzustellen, erfolgte die Auswahl der Beobachtungseinheiten nicht nach dem Zufallsprinzip, sondern durch die bewusste Auswahl typischer Fälle.⁷⁴⁷ Bei einem solchen Vorgehen werden Wundnetze ausgewählt, „die als besonders „charakteristisch“ für die Grundgesamtheit angesehen werden.“⁷⁴⁸ Während die Auswahl z.B. aufgrund theoretischer Vorüberlegungen vor dem Feldzugang als „selektives Sampling“ bezeichnet wird, erfolgt die Fallauswahl beim sog. „theoretischen Sampling“ schrittweise und unter weitgehender Ausblendung etwaigen Vorwissens, indem im Laufe der Erhebung und Auswertung andere Auswahlkriterien herangezogen werden, bis aufgrund einer theoretischen Sättigung keine weiteren Fälle mehr betrachtet werden.⁷⁴⁹

Dank der theoretischen Vorüberlegungen sowie der gesammelten Erfahrungen im Rahmen der Beobachtungen, war es in Hinblick auf die Forschungsfragen möglich und zugleich erforderlich, angelehnt an das selektive Sampling theoretisch interessierende und gleichzeitig in der Praxis relevante Merkmale festzulegen, anhand derer typische Fälle ausgewählt werden konnten. Aus forschungspraktischen Gründen sollten diese zudem objektiv erfassbar sein. Den Gedanken des theoretischen Samplings aufnehmend, wurde die Einbeziehung weiterer Merkmale und Fälle jedoch nicht ausgeschlossen, wenn dies im Sinne einer theoretischen Sättigung im Laufe der Datenerhebung und Datenanalyse notwendig erscheinen sollte.⁷⁵⁰

⁷⁴⁶ Vgl. Schnell/Hill/Esser (2018), S. 239.

⁷⁴⁷ Vgl. Lamnek/Krell (2016), S. 363; Döring/Bortz (2016), S. 302f.; Schreier (2011), S. 245. Die absichtsvolle Stichprobenziehung gehört zur Gruppe der non-probabilistischen Verfahren.

⁷⁴⁸ Schnell/Hill/Esser (2018), S. 273.

⁷⁴⁹ Vgl. Flick (2017b), S. 155-164; Döring/Bortz (2016), S. 302; Kelle/Kluge (2010), S. 50.

⁷⁵⁰ Vgl. Kelle/Kluge (2010), S. 50.

Der Auswahl ging zunächst eine Suchphase voraus, die dazu diente, möglichst die Grundgesamtheit der Wundnetze in Deutschland zu erfassen.⁷⁵¹ Einen adäquaten Startpunkt hierfür bot die Internetseite [wundnetze.de](https://www.wundnetze.de/), die sich „als eine Plattform zum gemeinsamen Wissensaustausch“ bestehender und neuer regionaler Wundnetze bezeichnet.⁷⁵² Die so erfassten 35 Wundnetzwerke wurden ergänzt um 34 sog. Arbeitsgruppen der ICW (Initiative chronische Wunden e. V.)⁷⁵³ sowie 16 Wundnetze, die u. a. mithilfe einer freien, internetbasierten Suche ermittelt wurden. Mit Stand August 2018 konnten in Summe 85 Wundnetzwerke ausfindig gemacht werden.⁷⁵⁴ Diese wurden tabellarisch erfasst und deren Existenz wurde überprüft. Dabei wurde festgestellt, dass sieben Netze zu dem Zeitpunkt als nicht mehr aktiv eingeordnet werden müssen, da entweder die vermerkte Internetpräsenz inaktiv war, die Netzwerkauflösung ermittelt werden konnte oder schlicht keinerlei Informationen auffindbar waren. Eine Existenz der anderen 78 Netzwerke wurde zeitpunktbezogen angenommen, wenn das Netzwerk aufgrund eines Internetauftritts, eines ausgewiesenen Ansprechpartners oder sonstiger aktueller Netzwerkdokumente oder Veröffentlichungen von außen betrachtet als Einheit erkennbar war. Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass nicht abschließend beantwortet werden kann, ob und in welcher Art und Weise diese tatsächlich aktiv waren.

Neben dem jeweiligen Netzwerknamen wurden – soweit vorhanden und auffindbar – u. a. folgende Informationen erfasst: Ansprechpartner, Sitz, Internetpräsenz, vertretene Disziplinen, Aktivitäten/Struktur, Netzwerkmanagement/-betreuung, Organisations-/Rechtsform und Mitgliederanzahl.⁷⁵⁵

Für die Kontrastierung wurde als Auswahlmerkmal zunächst die *Organisations-/Rechtsform* herangezogen. Der Großteil der Netzwerke war zum Stichtag als Arbeitsgruppe der ICW (32) oder als e. V. (23) organisiert. Daneben waren einige an eine Klinik (7), eine GmbH (3), eine Gemeinschaftspraxis (3) oder

⁷⁵¹ Vgl. Schnell/Hill/Esser (2018), S. 281.

⁷⁵² <https://www.wundnetze.de/>

⁷⁵³ <https://www.icwunden.de/ueber-uns/regionalgruppen.html>. Die Anerkennung als ICW Arbeitsgruppe bzw. Regionalgruppe erlaubt den Zugang zur Infrastruktur der ICW. Zudem werden die Gruppen bei der Gründung sowie der Koordination unterstützt. Auffällig ist dabei, dass die zu den Arbeitsgruppen auffindbaren Informationen spärlich sind und die wenigen auffindbaren Teilnehmerlisten von den Netzwerktreffen darauf hindeuten, dass der Anteil der Pflegekräfte in diesen Gruppen hoch ist.

⁷⁵⁴ Der Großteil der Netzwerke wurde vor Beginn der Interviews erfasst. Drei Netzwerke wurden, aufgrund von Hinweisen der Interviewpartner, während dieser ergänzt.

⁷⁵⁵ Dafür wurden Pressemitteilungen, Internetauftritte, Flyer, Broschüren und sonstige online auffindbare Informationen zusammengetragen.

einen Verein (1) angebunden. Ein Netzwerk wurde eindeutig als Projekt ausgewiesen und bei den restlichen war die Organisations-/Rechtsform (8) unklar.

Um dem bedeutenden Aspekt der *digitalen Vernetzung* gerecht zu werden, war es zudem das Ziel, sowohl Netzwerke mit als auch ohne eine solche für die Interviews zu berücksichtigen. Dafür wurde untersucht, ob bei den Wundnetzen Hinweise existieren, die auf eine digitale Vernetzung hindeuten. Auffällig ist zunächst, dass die Verbreitung einer eigenen Homepage ähnlich wie bei der Studie von Goepel et al. (2014) recht hoch ist.⁷⁵⁶ So wiesen 32 der 78 Netzwerke eine eigene Homepage (41 %) auf, 10 davon offensichtlich mit einem geschlossenen Mitgliederbereich (13 %). Von den Netzwerken, die bspw. Teil einer Klinik waren, besaßen 15 weitere Netzwerke zwar keine eigene Homepage, wurden aber auf einer Unterseite der jeweiligen Organisation (z. B. in Form eines Reiters) erwähnt (19 %).

Da insbesondere in Hinblick auf die Beantwortung der vierten Forschungsfrage Wundnetze von Interesse sind, die sich mithilfe einer *einrichtungübergreifenden Wunddokumentationssoftware* vernetzen, wurde das Vorhandensein einer solchen geprüft. Hierfür konnte online frei zugängliches Datenmaterial (Satzungen, Beitrittserklärungen, Flyer, Webseitentexte, Protokolle) zu 37 der recherchierten Wundnetzwerke zusammengetragen und mithilfe der Software MAXQDA 2018 nach den Schlüsselbegriffen „elektronisch“, „Software“, „Telemedizin“, „Dokumentation“, „EDV“, „digital“ und „eHealth“ durchsucht werden. Abweichend zu der Erhebung von Goepel et al. (2014), wonach 40 % der Wundnetze angaben, eine einheitliche digitale Wunddokumentation zu besitzen,⁷⁵⁷ fanden sich nur bei neun Wundnetzen Hinweise zu der Thematik einer elektronischen Wunddokumentation, was nicht bedeutet, dass eine einrichtungübergreifende Wunddokumentation tatsächlich zum Einsatz kam, sie konnte ebenso als Zielsetzung des Netzwerks formuliert sein. So war die Verwendung des netzwerkinternen Wunddokumentationssystems bspw. für die Mitgliedschaft in zwei Netzwerken laut der Aufnahmekriterien verpflichtend. Ein Netzwerk plante einen Testlauf mit einem konkreten Dokumentationsprogramm und wieder andere gaben dies nur als Ziel aus.⁷⁵⁸

Bei der Recherche fiel zudem auf, dass das *Netzwerkmanagement* bei sechs Netzwerken offen erkennbar durch eine Managementgesellschaft übernommen

⁷⁵⁶ Es wurden nur zu diesem Zeitpunkt als existent angenommene Wundnetze einbezogen.

⁷⁵⁷ Vgl. Goepel et al. (2014), S. 963f.

⁷⁵⁸ Für die vollständige Tabelle siehe Anhang.

bzw. unterstützt wurde und eine Berücksichtigung solcher Netzwerke für eine weitere Kontrastierung erstrebenswert erschien, aufgrund des geringen Vorkommens jedoch nachrangig behandelt wurde. Bei der Auswahl wurde außerdem darauf geachtet, dass aufgrund regionaler Unterschiede in der Versorgung und Finanzierung unterschiedliche Bundesländer vertreten sind.

Da die vertretenen Disziplinen und die Aktivitäten größtenteils von der Seite wundnetze.de übernommen wurden und nicht im Einzelnen nachvollzogen werden konnten, wurden diese Merkmale für die Auswahl nicht weiter berücksichtigt. Dies gilt auch für die Mitgliederanzahl, da diese nur für 16 Netzwerke näherungsweise ermittelt werden konnte. In der Tabelle 15 werden die Auswahlmerkmale zwecks besserer Übersichtlichkeit zusammengefasst.

		Organisationsform			
		AG ICW	e. V.	GmbH, Angebunden an Klinik etc.	Sonstige
Hinweis auf digitale Vernetzung(sbestrebungen)	Ja	<i>Nachrangig: Übernahme oder Unterstützung des Netzwerkmanagements durch Managementgesellschaft ja/nein</i>			
	Nein	<i>Nachrangig: Übernahme oder Unterstützung des Netzwerkmanagements durch Managementgesellschaft ja/nein</i>			
		Deutschlandweite Streuung anstreben			

Tabelle 15: Fallauswahl für Experteninterviews

Da die Anzahl der als e. V. geführten Wundnetzwerke zusammen mit den Arbeitsgruppen des ICW am größten ist, die Vereine im Gegensatz zu diesen aber eine eigenständige Rechtsform darstellen und sich auf die auffindbaren Unterlagen stützend ein höherer Aktivitätsgrad anzunehmen ist, wurden anfänglich 12 als Verein eingetragene Wundnetzwerke kontaktiert, fünf davon mit Hinweisen auf eine digitale Vernetzung bzw. diese betreffende Bestrebungen, drei ohne solche Hinweise, aber dafür mit einer ausgewiesenen Unterstützung durch eine Managementgesellschaft. Des Weiteren wurde der Kontakt zu zwei als Arbeitsgruppen des ICW (ohne IKT und Managementgesellschaft) und drei an Kliniken oder eine GmbH etc. angebundene Netzwerke (eins mit Hinweis auf digitale Vernetzung, eins mit Hinweis auf digitale Vernetzung und Beteiligung einer Managementgesellschaft) gesucht. Zusätzlich wurde bewusst das aus den Beobachtungen bekannte Projektnetzwerk

(Versuch der digitalen Vernetzung) für die Befragungen ausgewählt, um u. a. die Gründe für dessen ausbleibende Verstetigung hinterfragen zu können.

Die Gesamtanzahl des anfänglichen Stichprobenplans belief sich somit auf 18 Wundnetze. Für die Rekrutierung der als Experten anvisierten Netzwerkmanager, wurden die von den Netzwerken ausgewiesenen (Vorstands)Vorsitzenden, Sprecher, Projektkoordinatoren, Leiter, Ansprechpartner oder sonstige Repräsentanten gezielt kontaktiert. Der erste Zugang erfolge entweder per E-Mail, telefonisch, per direkter Ansprache bei Kongressen oder über Dritte.

Um dem Prinzip der informierten Einwilligung gerecht zu werden, wurden bei der schriftlichen sowie der mündlichen Interviewanfrage das Forschungsthema sowie die Ziele und der Ablauf des Interviews dargelegt.⁷⁵⁹ Nach erfolgter positiver Rückmeldung und einer Terminvereinbarung, wurde der Termin in allen Fällen schriftlich bestätigt und bei den mündlich vereinbarten Interviews wurden die verbal vorgetragenen Informationen in schriftlicher Form nachgereicht. Der Interviewleitfaden selber wurde weder den potenziellen noch den tatsächlichen Interviewpartnern zur Verfügung gestellt. Ein Interviewpartner bat im Vorfeld des Gesprächs um die Zusendung der konkreten Fragen. Um eine spätere Beeinflussung zu vermeiden, wurden diesem als Kompromisslösung die Oberthemen genannt.⁷⁶⁰

In Summe konnten zehn Interviewtermine vereinbart werden. Da von einem kontaktierten Interviewpartner der Wunsch geäußert wurde, das Gespräch gemeinsam mit einem weiteren Experten aus dem Wundnetz zu führen, beläuft sich die Gesamtanzahl der Interviewpartner auf elf.⁷⁶¹ Weil drei der Netzwerkmanager (NWM) weitere als die angedachten Netzwerke betreuten bzw. in diesen leitend tätig waren, konnten insgesamt 13 Wundnetze⁷⁶² aus acht unterschiedlichen Bundesländern in den Interviews und für die Datenauswertung berücksichtigt werden.

Die Interviews wurden alle Face-to-Face im Zeitraum von April bis September 2018 – mit Ausnahme eines Interviews – im beruflichen Umfeld der Experten durchgeführt.⁷⁶³ Zu Beginn wurde der Ablauf des Interviews (erneut) mündlich erläutert und den Experten wurde Anonymität zugesichert. Auch hatten die Experten

⁷⁵⁹ Vgl. Kruse (2015), S. 255f.; Gläser/Laudel (2010), S. 159.

⁷⁶⁰ Vgl. Gläser/Laudel (2010), S. 163.

⁷⁶¹ Eine anonymisierte Liste der Interviews findet sich in Anhang.

⁷⁶² Zwei von diesen waren zum Interviewzeitpunkt nicht mehr existent. Diese waren im Rahmen von Projekten gegründet wurden und konnten nicht wie ursprünglich angedacht verstetigt werden. (S. Erläuterungen in der Auswertung.)

⁷⁶³ Vgl. Döring/Bortz (2016), S. 359f.

die Gelegenheit Fragen zu stellen. Die geführten Gespräche hatten eine Gesamtlänge von 74 bis 130 Minuten (Ø 104 Minuten) und wurden nach Zustimmung der Experten digital aufgezeichnet⁷⁶⁴ und anschließend mithilfe der Software f4transkript selbstständig und vollständig transkribiert.⁷⁶⁵

Am Ende des Gesprächs wurden die Experten gebeten, den schriftlichen Kurzfragebogen auszufüllen sowie die Einverständniserklärung zu unterzeichnen. Dies erfolgte bewusst am Ende des Interviews, um den Experten die Möglichkeit einzuräumen, das zu Beginn des Interviews geäußerte mündliche Einverständnis zu widerrufen, was ein Löschen der Audiodatei im Beisein des Experten zur Folge gehabt hätte.⁷⁶⁶

Nach den Interviews wurden sog. Postskripte erstellt, indem das Zustandekommen des Interviews (Ansprache, Grad der Bereitschaft etc.), die Rahmenbedingungen vor Ort, die wahrgenommene Gesprächsatmosphäre und sonstige etwaige Besonderheiten dokumentiert wurden.⁷⁶⁷

Zudem wurden Netzwerkdokumente (z. B. Vereinssatzungen oder Webseitentexte) zu diesen Wundnetzen zusammengetragen, die als Sekundärdaten im Rahmen der Datenauswertung in Ergänzung zu den Primärdaten (transkribiertes Rohmaterial und Kurzfragebögen) dazu beitragen sollen, Sachverhalte zu belegen, zu ergänzen oder Widersprüchlichkeiten aufzudecken.

⁷⁶⁴ Vgl. Kruse (2015), S. 266.

⁷⁶⁵ Lamnek und Krell (2016) bezeichnen die Transkription als eher technischen, aber notwendigen Schritt, bei dem das aufgezeichnete Material abgetippt wird, nonverbale Aspekte wie Pausen oder Lachen vermerkt werden können und im Anschluss persönliche Daten anonymisiert werden können. Ebd. S. 379f. Die Transkription erfolgte in Anlehnung an die von Kuckartz (2016), 167ff. aufgezeigten Regeln.

⁷⁶⁶ Den Experten wird eine Kopie der Einverständniserklärung ausgehändigt und zudem ein durch den Forscher unterzeichnetes Informationsschreiben bzgl. des Forschungsprojekts und der Regelungen zum Datenschutz. Darin wird den Interviewpartner selbstverständlich eingeräumt, ihre Einverständniserklärung auch später („jederzeit“) zurückzuziehen.

⁷⁶⁷ Vgl. Lamnek/Krell (2016), S. 347; Kruse (2015), S. 278f.; Gläser/Laudel (2010), S. 192.

Untersuchungsdesign der Experteninterviews	
Ansatz	Qualitativ
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Explorativ-systematisierend: Vernetzungsphänomen in der Tiefe ergründen, Ursache-Wirkungs-Relationen entdecken, Entwicklungen systematisieren und vergleichen • Explanativ: Annäherungsweise explanative Analyse der theoretisch-konzeptionell hergeleiteten Annahmen (aber: geringe Datenbasis)
Standardisierung	Leitfadengestützte Experteninterviews: <ul style="list-style-type: none"> • halbstandardisiert durch vorbereitete Fragen und Nachfragen • Situationsbedingte Reihenfolge und spontane Nachfragen möglich • Je nach Gesprächsverlauf tlw. Nennung beispielhafter Antwortmöglichkeiten Zusätzlich standardisierter Kurzfragebogen
Kommunikationsart	Face-to-Face im Arbeitsumfeld der Experten
Rekrutierung	E-Mail, Telefon, bei Kongressen oder über Dritte
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • 10 Interviews mit 11 Experten • Durch Tätigkeit von drei Experten in mehreren Netzwerken, Berücksichtigung von 13 Wundnetzen aus acht Bundesländern
Transkription	Wörtliche Volltranskription von Audiodateien, Anonymisierung für Ergebnisdarstellung
Interviewzeitraum	April – September 2018, Länge 74 – 130 Minuten (Ø 104 Minuten)

Tabelle 16: Interviewdesign

4.1.3.4 Datenauswertung

An die Befragungen anschließend, folgen die Auswertung des Datenmaterials und die Interpretation der darin enthaltenen Informationen. Obgleich es keine spezifisch für Experteninterviews entwickelte Auswertungsmethode gibt, hat sich nach Gläser und Laudel (2010) die qualitative Inhaltsanalyse bewährt.⁷⁶⁸

Unter dem Begriff der qualitativen Inhaltsanalyse finden sich in der Literatur indes unterschiedliche Vorgehensweisen, wobei es im Kern stets darum geht, systematisch und regelgeleitet für die Fragestellungen relevante Textstellen mittels der

⁷⁶⁸ Vgl. Gläser/Laudel (2010), S. 46. Die Autoren bemängeln unterdessen eine fehlende Systematisierung qualitativer Auswertungsmethoden und unterbreiten einen Vorschlag, indem sie die freie Interpretation, sequenzanalytische Methoden, das Kodieren und die qualitative Inhaltsanalyse unterscheiden. Ebd., S. 44ff. Bogner/Littig/Menz (2014) weisen darauf hin, dass grundsätzlich alle Auswertungsverfahren und deren Kombinationen zur Anwendung kommen können, heben aber auch die qualitative Inhaltsanalyse hervor, da Experteninterviews in der Forschungspraxis meist in der systematisierenden oder der explorativ-informativischen Form eingesetzt werden. Ebd., S. 71f.

Zuordnung zu Kategorien⁷⁶⁹ zu interpretieren.⁷⁷⁰ Diese Kategorien werden in einem Kategoriensystem zusammengefasst und bilden das Herzstück einer jeden Inhaltsanalyse.⁷⁷¹ Allen inhaltsanalytischen Auswertungsverfahren ist gemein, dass es keine standardisierten Instrumente oder Schritt-für-Schritt-Anleitungen sind, sondern vielmehr Leitlinien, die Orientierung bieten, aber je nach Forschungskontext einer praktikablen und begründeten Adaption bedürfen.⁷⁷² Dies gilt auch für die Bildung der Kategorien, „die aus der Theorie oder der Forschungsfrage hergeleitet und an das Material herangetragen werden (...) [oder] direkt am Material entwickelt werden. Auch Mischformen der Kategorienbildung sind durchaus üblich.“⁷⁷³

Während die direkte Entwicklung am Material bspw. über die Paraphrasierung und Zusammenfassung induktiv erfolgt,⁷⁷⁴ erfolgt die vor Inaugenscheinnahme des Materials vorgenommene Kategorienbildung deduktiv, wobei die Kategorien hierbei einer inhaltlichen Beschreibung bedürfen.⁷⁷⁵ Bei Mischformen werden die deduktiv gebildeten Kategorien als Ausgangspunkt bzw. Suchraster herangezogen und induktiv ausdifferenziert.⁷⁷⁶

Eine solche deduktiv-induktive Kategorienbildung, wie sie von Gläser und Laudel (2010) für die Auswertung von leitfadengestützten Experteninterviews priorisiert wird, erscheint auch hier sinnvoll, da die theoretischen Vorüberlegungen und die im Laufe der Arbeit formulierten Fragestellungen eine adäquate Grundlage für

⁷⁶⁹ Kelle und Kluge (2010) bemängeln die uneinheitliche Verwendung des Begriffs „Kategorie“, der häufig synonym den Begriffen „Konzept“, „Merkmal“, „Variable“ oder „Kode“ verwendet wird. Als Kategorie definieren die Autoren jeden „Begriff, der zu einer Klassifizierung von beliebigen Objekten dienen kann, im qualitativen Forschungsprozess also jeder Begriff, der zur Kennzeichnung und Unterscheidung von Phänomenen jeglicher Art (also Personen, Gruppen, Vorgängen, Ereignissen u.v.a.m.) und damit zur Erschließung, Beschreibung und Erklärung der Daten genutzt werden kann: Ein am Anfang des Analyseprozesses genutztes einfaches Kodewort ist demnach ebenso eine Kategorie wie ein komplexer theoretischer Begriff, der am Ende der Analyse steht.“ Ebd., S. 60f.

⁷⁷⁰ Vgl. Stamann/Janssen/Schreier (2016), o.S.; Rustemeyer (1992), S. 13. Einen Überblick gibt bspw. Schreier (2014), die insgesamt acht unterschiedliche Variationen identifiziert, als Basisformen jedoch die Variante der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring und die qualitative Inhaltsanalyse durch Extraktion nach Gläser und Laudel herausstellt.

⁷⁷¹ Vgl. Kuckartz (2016), S. 51; Mayring (2015), S. 51; Atteslander (2010), S. 203; Gläser/Laudel (2010), S. 198. Das Kategoriensystem wird auch als Codesystem bezeichnet.

⁷⁷² Vgl. Mayring (2015), S. 51; Bogner/Littig/Menz (2014), S. 71.

⁷⁷³ Kuckartz (2016), S. 52.

⁷⁷⁴ Vgl. Kuckartz (2016), S. 74; Mayring (2015), S. 69-85. Auch bei der Grounded Theory erfolgt die Kategorienbildung am Material, allerdings mit dem Ziel, einer neuen, empirisch fundierten Theorie. Sie eignet sich weniger für deskriptive Analysen. Vgl. weiterführend zur Grounded Theory z. B. Gläser/Strauss (2010).

⁷⁷⁵ Vgl. Kuckartz (2016), S. 64-67.

⁷⁷⁶ Vgl. Kuckartz (2016), S. 95f.; Stamann/Janssen/Schreier (2016), o.S.

die Formulierung von Kategorien bieten, zumal sich das Vorwissen bereits im Interviewleitfaden niederschlägt. Gleichzeitig erlaubt dieses Vorgehen eine am Material vorgenommene Präzisierung und Modifizierung der Kategorien. D.h. das Kategoriensystem ist bis zum Schluss offen und neue Kategorien oder deren Dimensionen können induktiv ergänzt, jedoch nicht entfernt werden, falls sich zu diesen im Material keine Informationen finden lassen, da dieser Umstand aufzeigen würde, dass die vermuteten Zusammenhänge nicht durch das Material gestützt werden können.⁷⁷⁷ Dies entspricht ausdrücklich nicht dem von Mayring (2015) dargelegten Vorgehen einer Probekodierung, bei der das ex ante festgelegte Kategorienschema anhand einiger Interviews überprüft wird und sich als irrelevant erweisende Kategorien entfernt und ggf. neue ergänzt werden, das Kategorienschema nach dieser Probekodierung aber nicht mehr veränderbar ist, sondern auf das gesamte Datenmaterial anzuwenden ist.⁷⁷⁸

Das als Suchraster dienende Kategoriensystem trägt in Anlehnung an das Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse mittels Extraktion nach Gläser und Laudel (2010) letztlich zur inhaltlichen Strukturierung der transkribierten Interviews (des Datenmaterials) bei, indem die zur Beantwortung der Forschungsfragen relevanten Informationen extrahiert und den vorformulierten und modifizierten Kategorien zugeordnet werden. Diese so extrahierten Informationen können anschließend durch Sortierung nach zeitlichen oder sachlichen Aspekten sowie Zusammenfassung bedeutungsgleicher Informationen aufbereitet und abschließend analysiert und interpretiert werden (vgl. Abbildung 26).⁷⁷⁹

⁷⁷⁷ Vgl. Gläser/Laudel (2010), S. 200f.

⁷⁷⁸ Vgl. Mayring (2015), S. 63f.

⁷⁷⁹ Vgl. Gläser/Laudel (2010), S. 200ff.

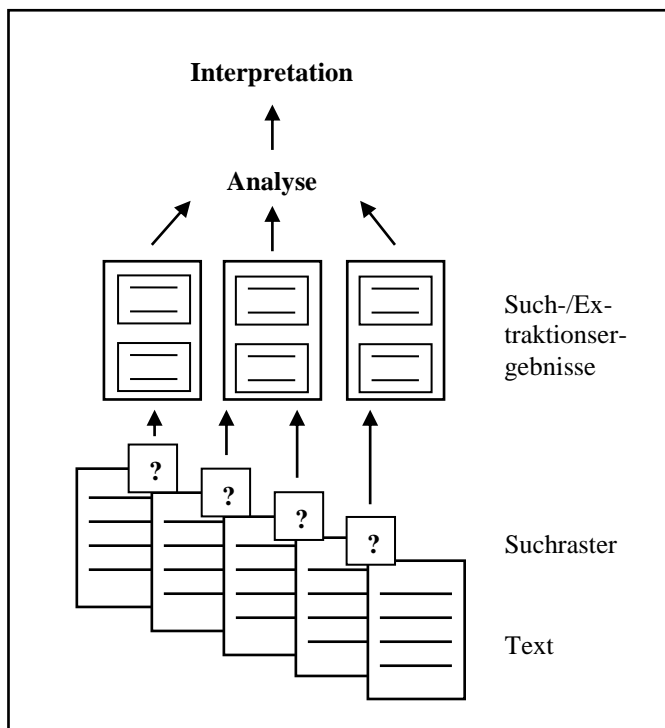


Abbildung 26: Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel⁷⁸⁰

Das im Rahmen dieser Arbeit deduktiv entwickelte Kategoriensystem besteht aus acht Hauptkategorien. Hierbei handelt es sich um aus den theoretisch-konzeptionellen Vorüberlegungen abgeleitete Schlüsselbegriffe, die sich in den Forschungsleit- und Detailfragen und deren Übersetzung in Interviewfragen widerspiegeln und gleichzeitig durch diese determiniert werden.

Das Kategoriensystem ist hierarchisch gegliedert, d.h. die Hauptkategorien werden durch weitere Unterkategorien untergliedert, wobei die Anzahl der Ebenen zwischen eins und drei liegt und die Anzahl der Unterkategorien variiert.⁷⁸¹ Eine umfassende Modifizierung des Kategoriensystems erwies sich während der Extraktion als nicht erforderlich, jedoch wurden einzelne Unterkategorien bzw. Dimensionen ergänzt. Zudem wurde die Kategorie „Sonstiges“ als Zwischenlösung aufgenommen, um Aussagen der Experten, die sich nicht eindeutig einer Kategorie zuzuordnen ließen, aber dennoch für die Vernetzung und/oder die Wundversorgung als relevant erschienen, zunächst unter dieser Kategorie zu erfassen und ggf. anschließend eine weitere Untergliederung vorzunehmen.

⁷⁸⁰ Eigene Darstellung in Anlehnung an Gläser/Laudel (2010), S. 200.

⁷⁸¹ Vgl. Kuckartz (2016), S. 38f. Hauptkategorien werden lt. Kuckartz auch als Oberkategorien bezeichnet und der Begriff Unterkategorie häufig als Subkategorie. Gläser und Laudel (2010) benutzen die Begriffe Variable (Hauptkategorie) und Dimension (Unterkategorie). Vgl. ebd., S. 206.

Die Tabelle 17 zeigt exemplarisch eine Zuordnung von Forschungsleitfrage und Interviewleitfrage zu einer Hauptkategorie und deren Unterkategorien auf, wobei in diesem Fall deutlich wird, dass vier der insgesamt sieben Unterkategorien auf der untersten Ebene aus dem Material heraus entwickelt wurden.

Forschungsfrage F 2: Wie wird das Netzwerkmanagement in den Wundnetzen interpretiert und gestaltet?					
Detailfrage		Zuordnung Interviewfrage (Leitfaden)	Hauptkategorie	Unterkategorien D = deduktiv gebildet IN = induktiv ergänzt	
F 2 1	Wie wird die Rolle des Netzwerkmanagements interpretiert?	Fragenblock 3: Frage 7	Netzwerkmanagement	Rolle des Netzwerkmanagements	Moderieren (D)
					Integrieren (D)
					Motivieren (D)
					Richtung geben (IN)
					Administration (IN)
					Fortbestand sichern (IN)
					Entscheiden (IN)

Tabelle 17: Zusammenhang von Forschungsfragen, Interviewfragen und Kategoriensystem⁷⁸²

Um sicherzustellen, dass bei der Extraktion Zuordnungs- und Abgrenzungsprobleme von Textstellen zu Kategorien geringgehalten werden und nachvollziehbar sind, wurde jede Hauptkategorie mit den dazugehörigen Unterkategorien definiert. Des Weiteren wurden Extraktionsregeln aufgestellt. Diese sehen vor, dass die Interviews zunächst mithilfe des Kategoriensystems nach relevanten Informationen untersucht und unter Zuhilfenahme der Software MAXQDA 2018 kodiert bzw. gefiltert werden. Dabei wurde u. a. festgelegt, dass immer mind. ein vollständiger Satz kodiert werden muss, Textstellen mehreren Unterkategorien zugeordnet werden können und das Kategoriensystem dann induktiv zu erweitern ist, wenn eine Textstelle einer Oberkategorie, aber nicht eindeutig einer Unterkategorie zugeordnet werden kann.

Nach der Kodierung erfolgten die Entnahme, Beschreibung und Interpretation der relevanten Informationen mithilfe eines tabellarischen Extraktionsrasters. Dafür wurden in diesem Raster den deduktiv-induktiv entwickelten Haupt- und Unterkategorien die kodierten Textsegmente zugeordnet und die Quelle (Interviewnummer und Absatz/andere Dokumente) des Segments wurde vermerkt, um jederzeit den Bezug zum Datenmaterial herstellen zu können. Jedes Textsegment wurde paraphrasiert und es wurde ein Ankerbeispiel selektiert. Zusätzlich wurden die Position

⁷⁸² Eigene Darstellung. Weiterführend siehe Kategoriensystem.

und Profession des Experten vermerkt und in einer Spalte wurde festgehalten, ob sich die Aussage allgemein auf Wundnetze oder auf ein bestimmtes Wundnetz bezieht. Um Verbindungen zwischen den Kategorien bzw. berichteten Ursachen und Wirkungen herstellen zu können, wurden die Dimensionen „Ursache“ und „Wirkung“ aufgenommen, in denen Querbezüge zu anderen Subkategorien oder geäußerten und erkennbaren Sachverhalten kenntlich gemacht werden konnten. Falls ersichtlich, wurde ergänzend unter der Spalte „Zeitraum/Zeitpunkt“ das vorangegangene oder anschließende Ereignis erfasst.⁷⁸³

In Anschluss daran wurden die Informationen je Fall bzw. Wundnetzwerk und Kategorie zusammengefasst und verdichtet. An diese Einzelanalyse anschließend, wurden die Informationen fallübergreifend aggregiert.⁷⁸⁴ Die Ergebnisdarstellung erfolgt je nach Fragestellung und Sinnhaftigkeit fallspezifisch oder fallübergreifend. Dies geschieht sowohl deskriptiv für die Strukturierung der Ergebnisse und verfolgt unterdessen einen analytischen Zweck, indem allgemeine Dynamiken und Sinnzusammenhänge zwischen den Netzwerkmerkmalen aufgedeckt werden und Typologien auf Basis der sich aus dem Datenmaterial ergebenden Netzwerkmerkmale und deren sinnvoller Kombinationen gebildet werden.⁷⁸⁵ Als eine Typologie definieren Kelle und Kluge „das Ergebnis eines Gruppierungsprozesses, bei dem ein Objektbereich anhand eines oder mehrerer Merkmale in Gruppen bzw. Typen eingeteilt wird (...), so dass sich die Elemente innerhalb eines Typus möglichst ähnlich sind (interne Homogenität auf der „Ebene des Typus“) und sich die Typen voneinander möglichst stark unterscheiden (externe Heterogenität auf der „Ebene der Typologie“) (...).“⁷⁸⁶

⁷⁸³ Dieses Vorgehen ist mit einigen Modifizierungen angelehnt an das beschriebene Vorgehen von Gläser/Laudel (2010), S. 211-221. Diese Zeitpunkte können in der Gegenwart, in der Vergangenheit (vor x Jahren, seit Abschluss des Selektivvertrags, nach Einführung der IKT etc.) oder in der Zukunft liegen.

⁷⁸⁴ Vgl. Lamnek/Krell (2016), S. 379.

⁷⁸⁵ Vgl. Lamnek/Krell (2016), S. 220; Schreier (2014), o. S. Die Typenbildung stellt hier kein eigenes inhaltsanalytisches Verfahren dar, wie es bspw. von Kuckartz (2016) dargestellt wird, sondern eine sinnvolle Möglichkeit, „die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung weiter aufzubereiten und zu verdichten.“ Vgl. dazu ausführlich die Analyse von Schreier (2014), Kap. 2.5.

⁷⁸⁶ Kelle/Kluge (2010), S. 85.

4.1.4 Kritische Methodenbetrachtung

„Gute“ Forschung und die Qualität empirischer Befunde muss sich nicht zuletzt an allgemein angesehenen Standards und Gütekriterien messen lassen.⁷⁸⁷ Die in der quantitativen Forschung akzeptierten, klassischen Gütekriterien *Reliabilität*, *Validität* und *Objektivität* lassen sich Flick (2020) folgend zwar nur bedingt auf qualitative Ansätze übertragen,⁷⁸⁸ allerdings müssen die hinter den Begrifflichkeiten verborgenen Fragestellungen und Ansprüche auch in der qualitativen Forschung berücksichtigt werden.⁷⁸⁹

So bezeichnen Lamnek und Krell (2016) das Gütekriterium der *Objektivität* als „die Basiskategorie jeglicher wissenschaftlicher Forschung.“⁷⁹⁰ Diese sehen sie dann als gegeben, wenn unterschiedliche Forscher unter denselben Bedingungen dieselben Schlussfolgerungen ziehen, das Ergebnis also vom Untersuchenden unabhängig ist, wobei zwischen den Ebenen der Durchführungsobjektivität, der Auswertungsobjektivität und der Interpretationsobjektivität differenziert werden kann.⁷⁹¹ Dabei ergibt sich bereits bei der Durchführung von Beobachtungen als auch von Experteninterviews das Problem, dass die Subjektivität des Forschers nicht ausgeschlossen werden kann. Um den wissenschaftlichen Ansprüchen zu genügen, ist es umso wichtiger, die Subjektivität methodisch zu kontrollieren und zu reflektieren.⁷⁹² Dies geschah u. a. durch den Einsatz anerkannter methodischer Verfahren, den trotz der gebotenen Offenheit eingesetzten Interviewleitfaden, das kontinuierliche Hinterfragen des eigenen Vorgehens sowie die Sensibilisierung und Reflexion möglicher Wahrnehmungsverzerrungen und Interpretationsfehler, die z. B. das Resultat sprachlicher und kultureller Missverständnisse sein können.

⁷⁸⁷ Vgl. Lamnek/Krell (2016), S. 141.

⁷⁸⁸ Flick (2020), S. 249.

⁷⁸⁹ Vgl. Flick (2019), S. 474. Flick zeigt u. a. mit den Kriterien Vertrauenswürdigkeit, Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit alternative Gütekriterien zur Beurteilung qualitativer Forschung auf, die inhaltlich an die klassischen Gütekriterien erinnern. Vgl. hierzu Flick (2020), S. 255f; Flick (2017b), S. 500ff. Strübing et al. (2018) wiederum merken an, dass es für die qualitative Forschung nach wie vor an originären Gütekriterien fehlt und schlagen die fünf Gütekriterien Gegenstandsangemessenheit, empirische Sättigung, theoretische Durchdringung, textuelle Performanz und Originalität vor, betonen dabei aber, dass ihr Vorschlag zunächst dazu gedacht ist, Kritik herauszufordern und einen produktiven Diskurs zu stiften. Ebd., S. 84ff. Trotz aller Sympathie für diesen Vorstoß, werden hier die klassischen und anerkannten Begrifflichkeiten verwendet, wobei diese in Lehrbüchern zu qualitativer Forschung und in Forschungsberichten in ihrer inhaltlichen Bedeutung nicht einheitlich verwendet werden und entsprechend einer Erläuterung bedürfen.

⁷⁹⁰ Lamnek/Krell (2016), S. 168.

⁷⁹¹ Vgl. Lamnek/Krell (2016), S. 168.

⁷⁹² Vgl. Helfferich (2019), S. 683.

Aufgrund des Fehlens standardisierter Auswertungsverfahren, wurde der Auswertungsprozess ausgiebig erläutert. Zur Strukturierung der Beobachtungsauswertung wurden dabei die theoretisch begründeten Spannungsverhältnisse herangezogen und zur Auswertung der Experteninterviews diente ein deduktiv-induktiv entwickeltes Kategoriensystem zur inhaltlichen Strukturierung mit schriftlich fixierten Kategoriedefinitionen und Extraktionsregeln. Nach der ersten Kodierung der Interviews erfolgte zudem mit zeitlichem Abstand ein erneuter Durchlauf der Transkripte und eine Überprüfung der Zuordnung zu den Kategorien.

Hinsichtlich der Interpretationsobjektivität wird davon ausgegangen, dass unterschiedliche Forscher auf Basis der Auswertung zu denselben Schlussfolgerungen gelangen. Interpretationen, die bei statistischen Tests genormt sind, müssen bei qualitativen Studien nachvollziehbar begründet werden.⁷⁹³ Dies geschieht bei der Darstellung und Interpretation der Ergebnisse im nächsten Kapitel argumentativ, mit Verweis auf das entsprechende Datenmaterial sowie durch Bezüge zu den dargestellten Rahmenbedingungen der Wundnetze und der theoretischen wie auch konzeptionellen Betrachtung.⁷⁹⁴

Die *Reliabilität* beschreibt die Zuverlässigkeit der Datenerhebung, die dann als gegeben angesehen wird, wenn bei einer Wiederholung der Datenerhebung das gleiche Ergebnis reproduziert werden kann.⁷⁹⁵ Bei der Betrachtung der hier angewandten Methoden und generell in der qualitativen Forschung ist diese traditionelle Sichtweise eher ungeeignet, zumal eine identische Wiederholung der Beobachtungen oder des Gesprächsverlaufs im Rahmen der Experteninterviews eher konstruiert als wahrscheinlich wäre.⁷⁹⁶ Um dem Gütekriterium dennoch gerecht zu werden, wurde darauf geachtet, den jeweiligen Kontext insbesondere im Rahmen der Experteninterviews durch eine sorgfältige Vorbereitung mitzugestalten, im Nachgang zu reflektieren und bei der Auswertung und Interpretation einzubeziehen.⁷⁹⁷

Weiterhin wird durch den Einsatz anerkannter Erhebungs- und Auswertungsinstrumente, der nachvollziehbaren und detaillierten Beschreibung des Vorgehens

⁷⁹³ Vgl. Lamnek/Krell (2016), S. 168.

⁷⁹⁴ Vgl. Mayring (2016), S. 145. Mayring bezeichnet dies als *Argumentative Interpretationsabsicherung*.

⁷⁹⁵ Vgl. Döring/Bortz (2016), S. 109.

⁷⁹⁶ Vgl. Flick (2019), S. 474.

⁷⁹⁷ Vgl. Helfferich (2019), S. 684.

und der Offenlegung wichtiger schriftlicher Unterlagen⁷⁹⁸ zwar keine Reproduzierbarkeit der Datenerhebung ermöglicht, aber zumindest eine Überprüfbarkeit gewährleistet.⁷⁹⁹

Eine stärkere Strukturierung während der Beobachtungen kann sicherlich diskutiert werden. Allerdings haben sich die teilnehmenden Beobachtungen in den beiden Wundnetzen rückblickend als effektiv erwiesen und ihren Zweck erfüllt, indem sie einen Einblick in die Lebenswirklichkeit von Leistungserbringern (Individuum) und Wundnetzen (Kollektiv) ermöglichten und dazu beitrugen, unerwartete und neue Aspekte zu entdecken. Die theoretische Auseinandersetzung mit diesen Aspekten, die systematische Erfassung der Spannungsverhältnisse im Verlauf der Beobachtungen und vor allem das gewonnene Kontextwissen, bildeten einen großen Mehrwert für die nachfolgenden Experteninterviews.⁸⁰⁰ Die Kombination beider Methoden sowie der Einsatz eines Kurzfragebogens und die Berücksichtigung weiterer Netzwerkdokumente, ermöglichte insgesamt eine ganzheitliche Betrachtung.

Das Gütekriterium der *Validität* oder der *Gültigkeit* drückt in der quantitativen Forschung aus, inwieweit eine Forschungsmethode das misst, was sie zu erfassen beabsichtigt.⁸⁰¹ Dabei kann unterschieden werden zwischen *interner* und *externer* Validität. Während sich die interne Validität, übertragen auf das hier gewählte qualitative Forschungsdesign, übersetzen lässt mit der Glaubwürdigkeit der Studienergebnisse auf Basis des Datenmaterials, bezieht sich die externe Validität auf die Übertragbarkeit dieser auf andere Kontexte.⁸⁰²

Um die interne Validität zu erhöhen und der Vielschichtigkeit des Vernetzungsphänomens gerecht zu werden, wurden verschiedene Methoden im Sinne einer methodologischen Triangulation kombiniert.⁸⁰³ Die Auswahl der Erhebungsinstrumente, der Zugang zum Feld und die Durchführung der Feldforschung sowie die Auswertung erfolgte theoriegeleitet und mit Fokus auf die Forschungsfragen.

⁷⁹⁸ Hierzu zählen z. B. der Interviewleitfaden, der schriftliche Kurzfragebogen, das Kategoriensystem, die Interviewtranskripte oder die Extraktionstabelle.

⁷⁹⁹ Vgl. Flick (2017b), S. 492. Flick bezeichnet dies als *prozedurale* Reliabilität.

⁸⁰⁰ Vgl. Vogd (2006), S. 96.

⁸⁰¹ Vgl. Lamnek/Krell (2016), S. 184.

⁸⁰² Vgl. Döring/Bortz (2016), S. 109; Kuckartz (2016), S. 202. Als englischer Begriff für die interne Validität wird „credibility“ angegeben, allerdings wird dieser nicht einheitlich übersetzt. Während Kuckartz den Begriff Glaubwürdigkeit benutzt, wählen Döring und Börtz Vertrauenswürdigkeit.

⁸⁰³ Vgl. Flick (2019), S. 481.

Durch die Beschreibung und Offenlegung des Forschungsprozesses soll die Nachvollziehbarkeit und damit die Glaubwürdigkeit gewährleistet werden.⁸⁰⁴

Zudem wurde eine kommunikative Validierung mit den Untersuchungsteilnehmern vorgenommen.⁸⁰⁵ Dies geschah in einem der beobachteten Wundnetze, indem die Ergebnisse zur Betrachtung möglicher Spannungsverhältnisse und deren Veränderung durch eine digitale Vernetzung mithilfe eines wissenschaftlichen Posters während eines Netzwerktreffens präsentiert und diskutiert wurden. Flick (2019) gibt zu bedenken, dass methodologisch zu hinterfragen ist, ob hierbei die Rückmeldung von Ergebnissen im Vordergrund steht oder deren Validierung.⁸⁰⁶ In diesem Fall stand die Rückmeldung der Ergebnisse im Vordergrund und die Diskussion war eher übergreifender Art, ohne dass explizit um eine Zustimmung der Anwesenden gebeten wurde. Eine Validierung, bspw. in Form einer strukturierten Bewertung und Kommentierung dieser ersten Ergebnisse durch Fokusgruppen, wäre an diesem Punkt sicherlich möglich gewesen. Stattdessen wurde es als sinnvoll erachtet, den Blick auf weitere Netzwerke auszuweiten und die Feldforschung mittels Experteninterviews fortzuführen.

Da der im Rahmen der Beobachtungen und Experteninterviews generierte Stichprobenumfang im Vergleich mit quantitativen Forschungsansätzen gering ist, ist die Übertragbarkeit auf andere Kontexte und damit die externe Validität limitiert.⁸⁰⁷ Um diesem Kriterium dennoch gerecht zu werden, erfolgte die Auswahl der Beobachtungseinheiten und der interviewten Netzwerkmanager bzw. der Wundnetze nicht nach dem Zufallsprinzip, sondern bewusst, in der Absicht, einen sinnvollen Ausschnitt der empirischen Wirklichkeit abzubilden. Dieser Auswahlprozess wurde vorstehend erläutert, um so zumindest die Übertragbarkeit auf die Grundgesamtheit der Wundnetzwerke abschätzen zu können.⁸⁰⁸

4.2 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Neun der in die Datenauswertung einbezogenen 13 Wundnetzwerke waren zum Zeitpunkt der Interviews als Vereine eingetragen, von denen der älteste bereits seit

⁸⁰⁴ Vgl. Döring/Bortz (2016), S. 109; Lamnek/Krell (2016), S. 150f.

⁸⁰⁵ Vgl. Kuckartz (2016), S. 218; Lamnek/Krell (2016), S. 152f.

⁸⁰⁶ Vgl. Flick (2019), S. 466.

⁸⁰⁷ Vgl. Kuckartz (2016), S. 218,

⁸⁰⁸ Vgl. Döring/Bortz (2016), S. 109.

2002 existiert und der jüngste seit 2017.⁸⁰⁹ Zwei Netzwerke können in ihrer zuletzt existenten Form als Projekt-Netzwerke eingeordnet werden, wobei beide nicht wie anfangs angedacht verstetigt werden konnten. Aus einem ist zumindest eine Einrichtung in einem Krankenhaus hervorgegangen und es werden lose Kooperationen gepflegt, die z.T. noch aus der Projektzeit resultieren.⁸¹⁰ Ein Netzwerk hat den Status einer ICW-Arbeitsgruppe als organisatorischen Rahmen⁸¹¹ und eines lässt sich zu keinem dieser Organisations- bzw. Rechtsformen zuordnen, jedoch wurde zwei Jahre nach der Netzwerkinitiierung eine koordinierende Managementgesellschaft als GmbH gegründet, an die das Netzwerk angebunden ist.⁸¹²

Da drei Experten in mehreren Netzwerken als Netzwerkmanager (NWM) tätig sind, wurde das Gesagte wann immer möglich mit dem jeweiligen Netzwerk verknüpft. Alle Experten und die dazugehörigen Wundnetze wurden nummeriert. Das Kürzel „I“ und die dazugehörige ID in den Quellenangaben steht für die Experten (mit Angabe des Absatzes) und das Kürzel „NW“ für die Netzwerke.

Die Ergebnisdarstellung orientiert sich weitgehend an der Systematik der Forschungsfragen, wobei die Beschreibung der Wundnetzcharakteristika mittels struktureller und kultureller Merkmale im Mittelpunkt der Betrachtung steht (vgl. Abbildung 27).

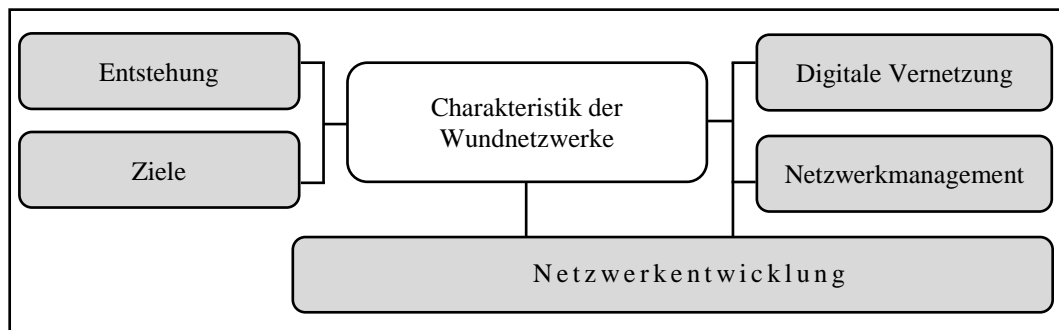


Abbildung 27: Aufbau der Ergebnisdarstellung⁸¹³

Inhaltliche Überschneidungen sind nicht vermeidbar und werden durch Querbezüge präzisiert. Auch erfolgen Rückbezüge auf die Rahmenbedingungen und den

⁸⁰⁹ NW1; NW3-1; NW5; NW6-1; NW6-2; NW7; NW8-1; NW8-2; NW10.

⁸¹⁰ Vgl. I2: 68, 170 (NW2); I3-1: 24, 102 (NW 3-2).

⁸¹¹ NW9.

⁸¹² NW4.

⁸¹³ Eigene Darstellung.

theoretisch-konzeptionellen Teil. Erkenntnisse zur Netzwerkentwicklung und abgeleitete Zusammenhänge werden an geeigneten Stellen während der Ergebnisdarstellung aufgezeigt.

4.2.1 Entstehung von Wundnetzen: Von der Initiierung zu Vor- und Nachteilen einer Vernetzung

4.2.1.1 Assoziationen mit dem Netzwerkbezug

Als Einstieg in die Interviews wurden die elf Experten gefragt, was sie mit dem Begriff Netzwerk bzw. dem im allgemeinen Sprachgebrauch zumeist synonym genutzten Begriff Kooperation verbinden. Diese Frage diente einerseits der Gesprächseröffnung und andererseits dazu, den recht inflationär genutzten Begriff des Netzwerks greifbarer zu machen und von anderen Begriffen wie der Integrierten Versorgung nach dem SGB V abzugrenzen. Die Antworten der Experten lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- *Zusammenarbeit*: Die meisten Experten assoziieren mit dem Begriff Netzwerk grundsätzlich die Zusammenarbeit verschiedener Akteure.⁸¹⁴ Betont werden dabei das gemeinsame Bewältigen von Herausforderungen, der Austausch untereinander und das Treffen abgestimmter Entscheidungen.⁸¹⁵
- *Schaffung eines Mehrwerts*: Viele Experten betonen die Schaffung eines Mehrwerts durch ein Wundnetz und sehen in der Organisationsform die Möglichkeit
 - die Gräben zwischen den Professionen zu überwinden und Versorgungsumbrüche zu vermeiden,⁸¹⁶
 - voneinander zu lernen und zu profitieren,⁸¹⁷
 - effizienter zu kommunizieren und Probleme vielschichtiger zu betrachten,⁸¹⁸
 - die Kompetenzen und Qualifikationen zu bündeln und besser zu koordinieren und Innovationen anzustoßen⁸¹⁹ und
 - die Materialverwendung besser zu steuern.⁸²⁰

⁸¹⁴ Vgl. I1: 2, 229; I2: 2; I3-1: 3, 117-118; I3-2, 2; I6: 6; I8: 12; I9: 2; I10: 8.

⁸¹⁵ Vgl. I2: 2; I3-1:3; I6: 6; I8: 6; I9: 2.

⁸¹⁶ Vgl. I5: 6; I7: 12; I8: 8, 17.

⁸¹⁷ Vgl. I3-1: 3.

⁸¹⁸ Vgl. I1: 2; I9: 2.

⁸¹⁹ Vgl. I5: 2; I8: 22.

⁸²⁰ Vgl. I3-1: 165.

- *Gemeinsame Ziele*: Nur wenige Experten erwähnen im Kontext des Begriffs Netzwerk das Verfolgen gemeinsamer Ziele.⁸²¹ Dabei gibt ein Experte zu bedenken, dass sich gemeinsame Ziele zwar schnell formulieren lassen, diese jedoch selten für den Einzelnen greifbar sind.⁸²² Hier zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zu dem theoretischen Idealbild, wonach das Verfolgen gemeinsamer Ziele ein zentrales Merkmal von Netzwerken darstellen sollte.⁸²³
- *Arbeitsteilung*: Vereinzelt verbinden die Experten mit Netzwerken die Möglichkeit, eine neue arbeitsteilige Struktur zu schaffen und Patientenströme besser zu lenken. Dadurch sehen sie die Möglichkeit, das Aufkommen an Wundpatienten zukünftig besser bewältigen zu können, dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken und vor allem ärztliche Professionen zu entlasten.⁸²⁴
- *Marketinginstrument*: Das Schlagwort Netzwerk wird von einem Experten als persönliches Marketinginstrument bezeichnet und bietet seiner Ansicht nach eine Plattform, um die Versorgung aus einer Hand zu realisieren und die Versorgungsforschung voranzutreiben.⁸²⁵

4.2.1.2 Initiierung der Wundnetze

Wie in Kapitel 3 beschrieben, beginnt jede Kooperation mit einer Initiierungsphase. Für die Gründung eines Wundnetzes braucht es zunächst Akteure mit einem gemeinsamen Interesse, die „*an einen gemeinsamen runden Tisch kommen und einfach mal drüber reden.*“⁸²⁶ Die Experteninterviews bekräftigen, dass die Idee bzw. Initiative zur Netzwerkgründung von unterschiedlichen Organisationen oder Einzelpersonen ausgehen kann. Sich auf seine langjährige Erfahrung als Geschäftsführer einer Managementgesellschaft stützend, berichtet einer der Netzwerkmanager von unterschiedlichen Modellen in der Netzwerklandschaft, wobei häufig Krankenkassen bei der Initiierung beteiligt sind, die dann idealerweise die Finanzierung übernehmen. Dies könne seiner Ansicht nach die Kooperationsbereitschaft der Akteure steigern. Auch Krankenhäuser und den Sanitätsfachhandel nennt er als Hauptinitiatoren von Wundnetzwerken.⁸²⁷

⁸²¹ Vgl. I1: 2; I2: 2; I3-2: 4.

⁸²² Vgl. I2: 2.

⁸²³ Vgl. Provan/Kenis (2008), S. 231 und Abschnitt 3.1.1.

⁸²⁴ Vgl. I6: 182; I7: 12, 18.

⁸²⁵ Vgl. I4: 2, 252.

⁸²⁶ I1: 205. Lt. Protokoll eines Wundnetzes geschah dies im Rahmen eines Sondierungstreffens. Vgl. NW8-1: Aktuelles, Protokoll.

⁸²⁷ Vgl. I6: 20.

Obgleich es sich nicht bei allen 13 Netzwerken exakt rekonstruieren lässt, wie diese entstanden und wer den entscheidenden Anstoß gab, fällt zunächst auf, dass in keinem Fall Krankenkassen als Akteure in der Entstehungsphase angeführt werden. Stattdessen werden in den meisten Fällen als Hauptinitiatoren Ärzte und/oder Pflegekräfte aus Krankenhäusern genannt,⁸²⁸ in einem Fall zusätzlich stark getrieben durch einen Apotheker.⁸²⁹ Einige Wundnetze wurden von einem Ärztestamm-tisch bzw. Ärztenetz initiiert,⁸³⁰ wobei bei einer Initiierung ebenso Ärzte und Pflegekräfte eines MVZ beteiligt waren.⁸³¹ Vereinzelt wurden auch Netzwerke durch einen im ambulanten Bereich niedergelassenen Arzt angestoßen,⁸³² eines davon maßgeblich getrieben durch einen Sanitätsfachhändler.⁸³³ Ein Netzwerk ist als ein Konglomerat aus einem Pflegewundnetz und einem Ärzteswundnetz entstanden⁸³⁴ und ein Netzwerk entstand auf Initiative der regionalen Politik.⁸³⁵

Deutlich wird, dass tendenziell gerne auf Akteure zurückgegriffen wird, zu denen bereits persönliche Beziehungen aus anderen Kooperationsformen oder dem Berufsalltag bestehen.⁸³⁶ Dieser Umstand wird u. a. unterstrichen durch die hohe Anzahl der Initiierungsbestrebungen verschiedener, medizinisch verbundener Akteure in Kliniken oder aus bereits bestehenden Kooperationen heraus.

4.2.1.3 Anreize zur Zusammenarbeit: Warum überhaupt vernetzen?

In der Gründungsphase kann neben den bereits existierenden Beziehungen das Gefühl des Dabei-Sein Wollens und der Wunsch nichts zu verpassen hilfreich sein.⁸³⁷ Ist ein Netzwerk regional oder überregional etabliert und wird als eigene Marke wahrgenommen, kann dieses Gefühl zu einem späteren Zeitpunkt noch für einen Beitritt förderlich sein.⁸³⁸

Die Interviews unterstreichen, dass es bei der Vernetzung und der individuellen Beitrittsentscheidung um mehr geht als „nur“ den Austausch von Leistungen oder Informationen. Wundnetzwerke bieten eine Plattform, um sich zu zeigen und um

⁸²⁸ Vgl. NW3-1; NW3-2; NW4; NW6-1; NW7; NW9.

⁸²⁹ Vgl. NW4.

⁸³⁰ Vgl. NW2; NW8-1; NW8-2.

⁸³¹ Vgl. NW2.

⁸³² Vgl. NW1; NW5.

⁸³³ Vgl. NW1.

⁸³⁴ Vgl. NW10.

⁸³⁵ Vgl. NW6-2.

⁸³⁶ Vgl. I2: 12; I3-1: 28.

⁸³⁷ Vgl. I3-1: 16.

⁸³⁸ Vgl. I4: 50; I5: 40.

Anerkennung sowie Wertschätzung der eigenen Tätigkeiten zu erlangen, vor allem, da das Thema Wundversorgung in der Versorgungslandschaft allgemein nur wenig Aufmerksamkeit erhält.⁸³⁹ Mit der Vernetzung kann zudem der Wunsch einhergehen, ein Zugehörigkeitsgefühl zu Gleichgesinnten erhalten⁸⁴⁰ und „[e]infach so ein bisschen die Freude an einer Gruppe. Ja, also so nach dem Motto, nicht nur alleine dastehen, sondern einfach mal was hören, was sagen andere (...).“⁸⁴¹

Als medizinische Anreize, die die Netzwerkentstehung und den Beitritt begünstigen können, werden vor allem die Steigerung der Versorgungsqualität⁸⁴² und die bessere Verknüpfung von Teilleistungen/-prozessen und ganzheitlichere Betrachtung des Patienten genannt,⁸⁴³ wobei sich diese Anreize gegenseitig bedingen können. Auch der Wunsch, das eigene medizinische Wissen zu steigern⁸⁴⁴ oder sich mit anderen fachlich auszutauschen,⁸⁴⁵ kann förderlich sein.

Nahezu alle NWM sind sich indes einig, dass immaterielle Anreize allein auf Dauer nicht ausreichen. Ein Großteil der Experten ist sogar der Ansicht, dass ein finanzielles Interesse der größte Beweggrund sei, um einem Netzwerk beizutreten, was u. a. darauf zurückgeführt wird, dass die Vergütungsregelungen in der Wundversorgung als unbefriedigend empfunden werden.⁸⁴⁶ Dabei wird durchaus nach Berufsgruppen und Institutionen unterschieden. So werden potenzielle direkte oder indirekte finanzielle Vorteile insbesondere für all jene Akteure gesehen, die Wundprodukte herstellen oder z. B. als Homecare-Unternehmen, Apotheke oder Sanitäts- haus diese Produkte und andere Dienstleistungen anbieten und sich durch die Mitgliedschaft vorrangig mehr Patienten und damit Umsatz erhoffen. Hierzu zählen bei diesen Organisationen beschäftigte Personen, die häufig über Provisionen finanziert werden.⁸⁴⁷ „Dann gibt es eben noch einen dritten Nutzen (...), dass man am Verkaufserlös bestimmter Produkte eben partizipiert und das macht natürlich dieses berühmte Geschmäckle, weil man sagt, das ist ganz schwierig, wenn man da gleichzeitig empfiehlt, aber auch davon wieder profitiert und das ist das, was am meisten läuft, d.h. die meisten Wundzentren oder die meisten Ambulanzen leben

⁸³⁹ Vgl. I2: 70; I5: 10, 110, 134; I7: 28; I8: 12, 18; I9: 10, 22; I10: 18, 36.

⁸⁴⁰ Vgl. I1: 8, 67; I6: 10; I8: 18; I9: 22.

⁸⁴¹ I1: 8.

⁸⁴² Vgl. I2: 8, 70; I3-1: 122, 165; I3-2: 9; I4: 10; I5: 12; I6: 8; I7: 22; I9: 118; I10: 12.

⁸⁴³ Vgl. I2: 6; I3-2: 9; I4: 44; I5: 4; I6: 182; I7: 102; I8: 22; I10: 14.

⁸⁴⁴ Vgl. I1: 63; I3-2: 63-66; I7: 22, 132, 212; I8: 18; I9: 18, 88; I10: 76.

⁸⁴⁵ Vgl. I1: 253; I2: 12; I3-1: 7; I8: 22; I10: 18.

⁸⁴⁶ Vgl. I1: 41; I2: 2, 48, 124, 168; I3-1: 16; I4: 24; I6: 10, 16; I7: 28; I8: 26; I9: 74; I10: 30.

⁸⁴⁷ Vgl. I3-1: 20, 47-50; I4: 16; I5: 10; I6: 20.

*entweder vom Materialverkauf oder aber sie leben davon, dass die Patienten identifiziert werden als OP-Patienten und dann im Haus an anderer Stelle operativ versorgt werden.*⁸⁴⁸ Dies kann aber über ein „Geschmäcke“ hinausgehen, da die Grenzen zwischen einer zulässigen Kooperation und einer strafbaren Korruption aufgrund des seit 2016 für das Gesundheitswesen geltenden Antikorruptionsgesetzes fließend sind. So ist bspw. eine Bevorzugung oder ein selbst erlangter Vorteil bei der Verordnung oder Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten sowie durch die Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial strafbar.⁸⁴⁹ Viele finanzielle Vorteile, die sich potenziell durch eine Vernetzung ergeben können und eventuell bei der Gründung der Wundnetze relevant waren, können bzw. dürfen seit der gesetzlichen Novellierung nicht ausgenutzt werden und es herrscht Verunsicherung hinsichtlich erlaubter Vereinbarungen.⁸⁵⁰

Damit kommt speziellen Verträgen mit Kostenträgern eine noch größere Bedeutung zu und laut zwei Experten können finanzielle Vorteile nur über vereinbarte Pauschalen generiert werden.⁸⁵¹ Solche Pauschalen oder spezielle Vergütungen müssen individuell zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern verhandelt und vertraglich festgelegt werden.⁸⁵² Die föderalen Strukturen und die unterschiedlichen Krankenkassen erlauben keine einheitliche Regelung. Während ein NWM davon berichtet, dass *„es da spezielle Nummern gibt, z. B. für chronische Wundbehandlung, Wundbetreuung und das gibt es glaube ich, soviel ich weiß, in anderen Bundesländern nicht“*⁸⁵³ und dass es finanzielle Anreize über einen Selektivvertrag (IV-Vertrag) mit einer großen Krankenkasse gab, der jedoch vor zwei Jahren aufgekündigt wurde,⁸⁵⁴ moniert ein Experte, dass der Selektivvertrag keinerlei finanzielle Vorteile mit sich bringt: *„Also wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass es diesen Vertrag nicht geben würde, hätte er eine Vergütung beinhaltet. Denn als der geschlossen wurde, ich glaube es ist auch heute noch so, sind alle extrabudgetären Vergütungen immer aus dem Gesamtbudget der kassenärztlichen Vereinigung*

⁸⁴⁸ I5: 8.

⁸⁴⁹ Vgl. hierzu §§ 299a und 299b StGB.

⁸⁵⁰ Vgl. I2: 112; I4: 188.

⁸⁵¹ Vgl. I6: 130; I8: 26.

⁸⁵² Eine Managementgesellschaft kann zwischengeschaltet werden.

⁸⁵³ I7: 12.

⁸⁵⁴ Vgl. I7: 14.

*rauszurechnen. Also was hier reinfließt, geht dort raus. Und das machen die nicht mit.*⁸⁵⁵

Aber selbst, wenn über solche Verträge finanzielle Vorteile generiert werden können, profitieren hiervon nur selbstständige Mitglieder unmittelbar. Damit sind alle Netzwerkmitglieder, die in einem Angestelltenverhältnis tätig sind, ausgenommen. Dies betrifft insbesondere Krankenhausärzte sowie medizinisch-pflegerisches Personal, die lediglich indirekt über die profitierende Organisation, in der sie tätig sind, finanziell belohnt werden könnten. Erhält ein Netzwerk jedoch Fördergelder, kann sich die Lage anders darstellen, indem bspw. ein Teil der Fördergelder direkt für erbrachte Leistungen der Netzwerkmitglieder verwendet wird.⁸⁵⁶ Ein Netzwerkmanager mahnt jedoch zur Vorsicht, bei der Vernetzung nur auf finanzielle Anreize zu setzen, da dies Akteure mit vorwiegend kommerziellem Interesse anlockt.⁸⁵⁷

Zwecks besserer Übersichtlichkeit, werden alle relevanten Aussagen den Anreizkategorien entsprechend in der nachstehenden Tabelle zusammengefasst und mögliche professionsgebundene Unterschiede kenntlich gemacht, wobei es sich insgesamt eher um potenzielle oder erhoffte Anreize handelt als um in den einzelnen Netzwerken belegbare. Die in Klammern angegebenen Nennungen beziehen sich entsprechend auf die Expertenanzahl. Einzelne NWM resümieren in diesem Kontext, dass es im Ganzen betrachtet nur wenige Anreize gibt, die für eine Vernetzung sprechen.⁸⁵⁸ Zudem sind mögliche *„Vorteile des Kooperierens in einem Netzwerk (...) vielleicht gar nicht so schnell ersichtlich.*⁸⁵⁹

Ernüchtert äußert sich ein Netzwerkmanager eines seit über 10 Jahren bestehenden Netzwerks und entgegnet auf die Frage nach möglichen Anreizen für die Vernetzung: *„Zum einen den Patientenbenefit, also die qualitativ bessere Versorgung von chronisch kranken Menschen und was auch möglich wäre, das sind Einsparungen in der Ausgabensituation, aber das ist alles Theorie. Weder das eine noch das andere funktioniert.*⁸⁶⁰

⁸⁵⁵ I4: 208.

⁸⁵⁶ Vgl. I2: 124; I6: 178.

⁸⁵⁷ Vgl. I7: 28, 30.

⁸⁵⁸ Vgl. I2: 2; I8: 58.

⁸⁵⁹ I2: 2.

⁸⁶⁰ I4: 10.

Medizinische Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Versorgungsqualität⁸⁶¹ (9) • Bessere Verknüpfung von Teilleistungen/-prozessen und ganzheitlichere Betrachtung des Patienten⁸⁶² (8) • Bessere Kommunikation/Information⁸⁶³ (5) • Bessere Patientensteuerung und -überleitung⁸⁶⁴ (5) • Effektiveres und zielorientierteres Arbeiten⁸⁶⁵ (4) • Kürzere Dienstwege⁸⁶⁶ (4) • Arbeitsentlastung speziell für <i>Ärzte</i>⁸⁶⁷ (4) • Zeitersparnis für <i>Leistungserbringer</i>⁸⁶⁸ (3) • Zeitersparnis für <i>Patienten</i>⁸⁶⁹ (3) • Senkung von Amputationsraten⁸⁷⁰ (1) • Arbeitsentlastung speziell für <i>Pflegedienste</i>⁸⁷¹ (1) • Arbeitsentlastung allgemein⁸⁷² (1)
Medizinisches und betriebswirtschaftliches Wissen	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung des medizinischen Wissens⁸⁷³ (6) • Allgemeiner interprofessioneller Erfahrungsaustausch, Wissenstransfer⁸⁷⁴ (5) • Wissenserwerb über Abrechnungsmöglichkeiten⁸⁷⁵ (1) • Wissenserwerb zum Datenschutzrecht⁸⁷⁶ (1)
Soziale Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Anerkennung und Wertschätzung der eigenen Tätigkeiten (allgemein der <i>Leistungserbringer</i>, aber tlw. <i>Betonung von Pflegekräften</i>)⁸⁷⁷ (6) • Schaffung eines Zugehörigkeitsgefühls⁸⁷⁸ (4) • Befriedigung des Gefühls des „Dabeiseinwollens“⁸⁷⁹ (3) • Steigerung der beruflichen Zufriedenheit⁸⁸⁰ (3) • Abbau von Missverständnissen und Hemmungen⁸⁸¹ (1) • Möglichkeit, neue Kontakte zu knüpfen⁸⁸² (1)

⁸⁶¹ Vgl. I2: 8, 70; I3-1: 122, 165; I3-2: 9; I4: 10; I5: 12; I6: 8; I7: 22; I9: 118; I10: 12.

⁸⁶² Vgl. I2: 6; I3-2: 9; I4: 44; I5: 4; I6: 182; I7: 102; I8: 22; I10: 14.

⁸⁶³ Vgl. I1: 4; I4: 16; I7: 16; I10: 14.

⁸⁶⁴ Vgl. I1: 137; I3-1: 56; I3-2: 11; I4: 16, 20; I7: 124.

⁸⁶⁵ Vgl. I1: 4, 8; I6: 8; I7: 22; I9: 6.

⁸⁶⁶ Vgl. I1: 4; I4: 20; I5: 66; I7: 16.

⁸⁶⁷ Vgl. I5: 110; I7: 22, 84, 212; I8: 12; I10: 14.

⁸⁶⁸ Vgl. I2: 8, 70; I9: 94; I10: 14.

⁸⁶⁹ Vgl. I1: 137; I3-1: 56; I6: 8.

⁸⁷⁰ Vgl. I5: 170.

⁸⁷¹ Vgl. I10: 14.

⁸⁷² Vgl. I6: 16.

⁸⁷³ Vgl. I1: 63; I3-2: 63-66; I7: 22, 132, 212; I8: 18; I9: 18, 88; I10: 76. Durch interprofessionellen Austausch und/oder vergünstigte bzw. kostenlose Vorträge und Weiterbildungsmaßnahmen.

⁸⁷⁴ Vgl. I1: 253; I2: 12; I3-1: 7; I8: 22; I10: 18.

⁸⁷⁵ Vgl. I1: 39.

⁸⁷⁶ Vgl. I1: 65.

⁸⁷⁷ Vgl. I2: 70; I5: 10, 110, 134; I7: 28; I8: 12, 18; I9: 10, 22; I10: 18, 36.

⁸⁷⁸ Vgl. I1: 8, 67; I6: 10; I8: 18; I9: 22.

⁸⁷⁹ Vgl. I3-1: 16; I4: 50; I5: 40.

⁸⁸⁰ Vgl. I5: 8; I6: 10; I9: 6.

⁸⁸¹ Vgl. I1: 4, 18.

⁸⁸² Vgl. I3-1: 16.

Finanzielle Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> • Einsparungen für <i>Leistungserbringer</i> in der Ausgabensituation und durch eine bessere Patientensteuerung⁸⁸³ (6) • Professionsgebundene Marketingvorteile und Akquise neuer Patienten/Kunden⁸⁸⁴ (5) • Zusatzhonorierung <i>selbstständiger Akteure</i> über Selektivvertrag oder spezielle Abrechnungsnummern⁸⁸⁵ (3 von 13) • Entlohnung/Entschädigung einzelner Netzwerkaktivitäten (2 von 13 aus <i>öffentlichen Geldern</i>)⁸⁸⁶ (1 von 13 Netzen aus <i>Vereinsgeldern</i>)⁸⁸⁷ • Vermeidung von Regressen für <i>niedergelassene Ärzte</i>⁸⁸⁸ (2) • Einsparpotenzial für <i>Kostenträger</i>⁸⁸⁹ (2) • Besseres Ausnutzen von Abrechnungsmöglichkeiten⁸⁹⁰ (1)
Zukunftssicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der eigenen oder der Netzwerkposition und Steigerung der Verhandlungsmacht ggü. Politik und Kostenträgern⁸⁹¹ (5) • Schaffung neuer Jobperspektiven⁸⁹² (2) • Netzwerk als Katalysator für neue Geschäftsmodelle⁸⁹³ (2) • Generierung neuer (Forschungs)Erkenntnisse⁸⁹⁴ (2)

Tabelle 18: Potenzielle Anreize zur Vernetzung
n = 11 (in Klammern: Anzahl Expertennennungen, Ausnahmen angegeben)

4.2.1.4 Notwendige Beiträge: Was spricht gegen eine Vernetzung?

Den potenziellen Anreizen stehen je nach inhaltlicher Ausgestaltung der Vernetzung unterschiedliche Beiträge gegenüber, die von den Netzwerkpartnern zu erbringen sind. Hier wird vor allem deutlich, dass der neben der Haupttätigkeit mit einer Netzwerkmitgliedschaft verbundene zeitliche Aufwand eine große Barriere darstellt, wobei diese nicht darin besteht „in so ein Netzwerk beizutreten, (...) das kann man ja leicht machen, aber auch was dafür zu tun für so ein Netzwerk.“⁸⁹⁵ „Also das ist eigentlich so die größte Schwierigkeit, das ist Ehrenamt, man muss sich irgendwo bisschen Zeit abzwacken, so dass andere Faktoren da jetzt nicht drunter leiden und das kann man eigentlich so für alle Mitglieder oder auch für alle Akteure auf einen Nenner bringen.“⁸⁹⁶

⁸⁸³ Vgl. I4: 10, 54, 208; I5: 8; I6: 8; I7: 22; I8: 18; I10: 12.

⁸⁸⁴ Vgl. I3-1: 7, 16, 50; I4: 16, 228; I5: 8, 10, 40; I9: 9, 18; I10: 12.

⁸⁸⁵ Vgl. I6: 10, 130; I7: 12, 14; I8: 26.

⁸⁸⁶ Vgl. I2: 124; I6: 178.

⁸⁸⁷ Vgl. I5: 42-44.

⁸⁸⁸ Vgl. I3-1: 199; I7: 12.

⁸⁸⁹ Vgl. I3-1: 142; I9: 6.

⁸⁹⁰ Vgl. I7: 14.

⁸⁹¹ Vgl. I1: 217; I4: 24; I5: 86; I9: 18; I10: 14, 18.

⁸⁹² Vgl. I3-1: 167; I8: 40.

⁸⁹³ Vgl. I4: 252; I5: 10.

⁸⁹⁴ Vgl. I1: 217; I4: 230-232.

⁸⁹⁵ I3-1: 53.

⁸⁹⁶ I1: 121.

Der zeitliche Aufwand wiegt während der Initiierungs- und Gründungsphase besonders schwer, zumal diesem noch keine realisierten Vorteile gegenüberstehen.⁸⁹⁷ (Teilweise) an eine Mitgliedschaft gekoppelte, verbindliche Teilnahmen an Netzwerktreffen und Weiterbildungen sowie ein empfundener sozialer Druck und Erwartungen der Gruppe, sich aktiv einzubringen, können abschreckend wirken.⁸⁹⁸ Ebenso kann eine netzwerkseitige elektronische Wunddokumentation, die eigentlich dazu beitragen soll, Zeit einzusparen, als zusätzliche zeitliche Belastung empfunden werden. Grund hierfür kann die Umstellung von der vorherigen auf die neue Dokumentation sein oder die Notwendigkeit einer Doppeldokumentation, wenn die Software parallel zur angestammten elektronischen oder papierbasierten Dokumentation existiert.⁸⁹⁹ Letztlich sind die zeitlichen Ressourcen nicht unendlich dehnbar und eine etwaige Entlohnung für Netzwerktätigkeiten kann die zeitliche Belastung nur bedingt aufwiegen.⁹⁰⁰

Dagegen scheinen zu leistende finanzielle Beiträge weniger ins Gewicht zu fallen. So erheben nur die als Verein organisierten Netze feste Mitgliedsbeiträge und ein Blick in deren Beitrittsunterlagen verdeutlicht, dass die Summen gestaffelt und eher gering sind, wobei sich die Detaillierungsgrade der Staffelung teilweise erheblich unterscheiden.⁹⁰¹ Dabei beträgt das Minimum über alle Vereine hinweg 15 Euro für Auszubildende jährlich (25 Euro für ausgebildete Einzelpersonen) und das Maximum 500 Euro für z. B. Krankenhäuser.⁹⁰² Sonstige mit einer Mitgliedschaft einhergehenden Investitionen fallen den Aussagen folgend nur für Hard- und/oder Software an, die für eine etwaige Nutzung einer gemeinsamen Wunddokumentationssoftware benötigt werden, wobei darauf geachtet wird, diese dank netzwerkseitiger Unterstützungsmöglichkeiten für einen geringen Eigenanteil oder sogar kostenlos zur Verfügung zu stellen.⁹⁰³ Ein Austritt aus dem Netzwerk aufgrund von zu tätigen Investitionen verursacht damit nur geringe Transaktionskosten.

⁸⁹⁷ Vgl. I2: 2.

⁸⁹⁸ Vgl. I1: 104, 121; I5: 114; I9: 92. Eine mögliche Anwesenheitspflicht bei Netzwerktreffen sowie die Verpflichtung zu Fortbildungen werden dabei in den Aufnahmekriterien und/oder einer Vereinssatzung definiert. Vgl. hierzu Aufnahmekriterien des NW1.

⁸⁹⁹ Vgl. I2: 180.

⁹⁰⁰ Vgl. I2: 124.

⁹⁰¹ Eine Einschränkung ergibt sich jedoch aufgrund der Tatsache, dass nur sechs der neun Vereine die Mitgliedsbeiträge auf der Homepage veröffentlichen.

⁹⁰² Vgl. NW1: Satzung; NW3-1: Aufnahmeantrag; NW5: Mitgliedsbeiträge; NW6-1: Mitgliedsbeiträge; I7: 34; NW8-1: Aufnahmeantrag; NW10: Aufnahmeantrag.

⁹⁰³ Vgl. I1: 103; I2: 96; I6: 88; I7: 118.

Als nachteilig können sich zudem notwendige Prozessanpassungen und die gefühlte Einschränkung der Autonomie erweisen. Eine Abkehr von der Regelversorgung und das Aushandeln neuer Vorgehensweisen bedeuten einen Eingriff in bestehende Strukturen, Praktiken und Routinen.⁹⁰⁴ Der Netzwerkmanager eines finanziell geförderten Projektnetzwerks merkt hierzu an: *„Und es macht mich sehr skeptisch, also wenn ich jetzt was verallgemeinern soll, dann macht es mich sehr skeptisch, wie sinnvoll es ist, sozusagen in den natürlichen Gang der Dinge einzugreifen und so ein Projekt ist so ein Eingriff. Es kommen Mittel von außen dazu und es gibt eine extra Aufgabe und Leute, die vorher in bestimmten Routinen zusammengearbeitet haben, bekommen auf einmal die Möglichkeit, neu darüber nachzudenken oder was neues zu entwickeln.“*⁹⁰⁵

Von einer Autonomieeinschränkung können insbesondere Ärzte aufgrund gefühlter Kompetenzverluste betroffen sein.⁹⁰⁶ Der Vorteil, durch die Vernetzung bessere Informationen zum Patienten zu erhalten, kann indes zu einem Nachteil werden, wenn sich die nachgelagerten Akteure mit dem Eintritt in das Netzwerk ebenso verpflichten, Informationen erwartungsgemäß weiterzugeben.⁹⁰⁷

Wie bei den Anreizen gehandhabt, werden alle relevanten Aussagen den in Abschnitt 3.1.2.2 aufgezeigten Beitragskategorien in der nachstehenden Tabelle zugeordnet und zusammengefasst. Die Aussagen der Experten deuten im Gegensatz zu den potenziellen Anreizen eher auf gemachte Erfahrungen hin, die sich jedoch nicht auf ein spezifisches Netzwerk beziehen. Insofern sich die Beiträge auf eine bestimmte Organisationsform oder einen bestimmten Umstand etc. beziehen, wird dies kenntlich gemacht.

⁹⁰⁴ Vgl. I8: 18.

⁹⁰⁵ I2: 68.

⁹⁰⁶ Vgl. I4: 76; I5: 190; I9: 8.

⁹⁰⁷ Vgl. I2: 8.

Zeitlicher Aufwand	<ul style="list-style-type: none"> • Zusätzliche zeitliche Belastung neben der eigentlichen Tätigkeit⁹⁰⁸ (4) • (Tlw. verbindliche) Teilnahme an Netzwerktreffen⁹⁰⁹ (2 von 13) • Insbesondere in der Initiierungsphase hoher Kommunikations- und Koordinationsbedarf⁹¹⁰ (2) • Verpflichtung an Fort-/Weiterbildungen teilzunehmen⁹¹¹ (1 von 13) • Zeitliche Belastung im Arbeitsalltag durch (verpflichtende) <i>IKT</i> gestützte Wunddokumentation⁹¹² (1 von 13)
Finanzieller Aufwand	<ul style="list-style-type: none"> • Mitgliedsbeiträge in als <i>Verein</i> eingetragenen Netzwerken (z. B. gestaffelt nach Einzelpersonen und Institutionen)⁹¹³ (9 von 13) • Investitionen für Hard- und/oder Software bei (verpflichtendem) <i>Wunddokumentationssystem</i>⁹¹⁴ (2) • Befürchtete finanzielle Einbußen durch Patientenabwanderung an <i>ärztliche</i> Kollegen im Netzwerk⁹¹⁵ (2) • Unkostenbeitrag für Datenauswertungen bei <i>gemeinsamen Forschungsbemühungen</i>⁹¹⁶ (1 von 13 Netzwerken)
Prozessanpassungen	<ul style="list-style-type: none"> • Neue Aufgabenverteilung und Störung gewohnter Routinen⁹¹⁷ (3) • Veränderung des Arbeitsablaufs durch unbekannte <i>IKT</i>⁹¹⁸ (1)
Einschränkung der Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust von <i>ärztlichen</i> Kompetenzen und Therapiehoheit⁹¹⁹ (3) • Eventuelle Kontrollmöglichkeiten über gemeinsame <i>IKT</i>⁹²⁰ (3) • Erwartungshaltung und Sanktionierung durch Mitglieder⁹²¹ (2) • Je nach Formalität Schaffung von Abhängigkeiten⁹²² (1) • Bei <i>Selektivverträgen</i> Vorgaben und mögliche Sanktionierung durch Krankenkassen⁹²³ (1)

Tabelle 19: Potenzielle Beiträge zur Vernetzung
n = 11 (in Klammern: Anzahl Expertennennungen, Ausnahmen angegeben)

4.2.2 Ziele

Je nachdem, wer das Netzwerk initiiert hat, tut dies aufgrund unterschiedlicher Intentionen.⁹²⁴ Diese Intention ist jedoch zu unterscheiden von den während der Aufbauphase (bestenfalls gemeinsam) definierten Netzwerkzielen. Ohne Ziele, die

⁹⁰⁸ Vgl. I1: 121; I2: 54, 124; I3-1: 53; I5: 114.

⁹⁰⁹ Vgl. I1: 121, 161; I9: 92.

⁹¹⁰ Vgl. I1: 121; I2: 2, 54.

⁹¹¹ Vgl. NW1: Aufnahmekriterien.

⁹¹² Vgl. I2: 180.

⁹¹³ Vgl. I1: 61, NW1: Satzung; I3-1: 29-30, NW3-1: Aufnahmeantrag; I5: 42; NW6-1: Mitgliedsbeiträge; NW6-2; I7: 34; NW8-1: Aufnahmeantrag; I8: 46 (NW8-2); NW10: Aufnahmeantrag.

⁹¹⁴ Vgl. I1: 103; I2: 96. In keinem der Netzwerke müssen derzeit Investitionen für Hard- und/oder Hardware geleistet werden, da es entweder keine gemeinsame elektronische Wunddokumentation mehr genutzt wird oder diese kostenlos zur Verfügung gestellt wird.

⁹¹⁵ Vgl. I3-1: 199; I8: 8, 38, 58.

⁹¹⁶ Vgl. I4: 138.

⁹¹⁷ Vgl. I2: 68; I8: 18; I10: 72.

⁹¹⁸ Vgl. I2: 10, 158.

⁹¹⁹ Vgl. I4: 76; I5: 190; I9: 8.

⁹²⁰ Vgl. I1: 229; I2: 172; I4: 218-222.

⁹²¹ Vgl. I1: 43, 179; I2: 6.

⁹²² Vgl. I2: 6, 8.

⁹²³ Vgl. I4: 190.

⁹²⁴ Vgl. I6: 72.

durch die Vernetzung erreicht werden sollen, kann sich die Kooperationsbereitschaft nicht über das anfängliche Gefühl des Dabei-Sein-Wollens hinaus entwickeln, da nicht klar ist, welche Beiträge von den Teilnehmern erwartet werden. Dazu ist es wichtig, die Ziele entsprechend transparent zu machen und für eine spätere Evaluation heranzuziehen.⁹²⁵ Das bedeutet nicht, dass die Zieldefinition nicht in einem partizipativen Prozess zu Beginn der Vernetzung erfolgen kann, und dies damit – wie es Barnard bezeichnet – „bereits ein Akt der Kooperation ist.“⁹²⁶

Alle Wundnetze haben laut eigener Angaben Netzwerkziele definiert. Neben den Interviewaussagen wurden öffentliche Dokumente hinsichtlich möglicher Netzwerkziele geprüft. Hierzu zählen Vereinssatzungen, öffentlich zugängliche Präsentationen, Flyer und Internetauftritte. Die Ziele sind nicht immer als solche gekennzeichnet, sondern ergeben sich zumeist aus dem Kontext und der Formulierung.

Auch wenn diese nicht explizit als Hauptziele gekennzeichnet sind, zeigt sich, dass alle Netzwerke die *Verbesserung der Patientenversorgung* (Prozessqualität) und der *Lebensqualität* (Ergebnisqualität) als Mittelpunkt ihrer Bestrebungen ansehen, wobei die Verbesserung der Patientenversorgung streng genommen positiv auf die Lebensqualität wirkt und entsprechend dies als das Hauptziel bezeichnet werden kann. Diese Ziele lassen sich der Kategorie *Qualitäts- und Serviceziele* zurechnen, die sich insgesamt auf die Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung bezieht.⁹²⁷

Auffällig ist, dass während der Interviews nur wenige Experten rein *ökonomische Ziele* anführen, wie bspw. die *Verbesserung der Erlössituation*.⁹²⁸ Ein Blick in die Satzungen der Vereine offenbart zudem, dass sich bei fünf der neun Vereine das Ziel der *Verringerung der Behandlungskosten* ableiten lässt, ohne dass der Adressat näher beschrieben wird. In diesen Satzungen finden sich zudem die tlw. wortgleich formulierten Ziele *Verkürzung der Behandlungsdauer*⁹²⁹ und *Verbesserung der Lebensqualität der Patienten*.⁹³⁰

⁹²⁵ Vgl. I8: 40.

⁹²⁶ Barnard (1970), S. 81.

⁹²⁷ Siehe hierzu das Kategoriensystem.

⁹²⁸ Vgl. I7: 14; I8: 8, 12, 26, 40.

⁹²⁹ Da die Länge der Behandlungsdauer die Wundheilungsdauer impliziert und damit unmittelbar die Behandlungsqualität tangiert, wird dieses Ziel den Qualitäts- und Servicezielen zugerechnet.

⁹³⁰ Vgl. Satzungen NW1, NW3-1, NW5, NW8-1, NW10. Diese drei Zielsetzungen lassen sich als das magische Dreieck von Zeit, Qualität und Kosten interpretieren.

Einer der Experten äußert sich insgesamt kritisch zu Netzwerken, die hauptsächlich finanzielle Ziele verfolgen und ist der Auffassung, dass diese schnell auseinanderbrechen werden, wenn sie merken, dass diese nicht erreichbar sind.⁹³¹

Daneben verfolgen die Netzwerke *strukturelle Ziele*, die sich allgemein auf die Strukturen im Gesundheitswesen beziehen und daneben die Forschung und die Einflussmöglichkeiten auf Politik und Kostenträger implizieren. Ein anfängliches Netzwerkziel war es laut eines Experten, den Einfluss auf die strukturelle Entwicklung auszuweiten, indem valide Daten aus dem Netzwerk als Basis für Gespräche mit Kostenträgern genutzt werden sollten.⁹³² Damit in Zusammenhang steht das Ziel, eine selektivvertragliche Vereinbarung⁹³³ mit Kostenträgern abzuschließen. Dies ist bisher nur in drei⁹³⁴ Wundnetzen gelungen, wobei dieser in einem Fall vor kurzem gekündigt und in einem anderen bereits vor Gründung des Netzwerks vom integrierten Ärztenetz abgeschlossen wurde.⁹³⁵ Der Selektivvertrag berührt nur einen Bruchteil an Netzwerkpartnern und ist nicht gleichzusetzen mit dem ganzen Netzwerk, wie ein Beispiel zeigt, in dem nur vier Partner dem Selektivvertrag angehören.⁹³⁶ Dabei wird dieses Ziel nur als Mittel gesehen, um die Versorgungsstruktur und die Entlohnung zu verbessern⁹³⁷ und „*eine rechtliche und finanzierte Grundlage [zu schaffen], um sektorenübergreifende Strukturen aufzubauen.*“⁹³⁸ Dieses Ziel lässt sich demnach sowohl den *ökonomischen Zielen* als auch den *strukturellen Zielen* zuordnen.

Als weitere strukturelle Ziele lassen sich die Erhöhung der Sichtbarkeit des Krankheitsbildes der chronischen Wunde⁹³⁹ und das Aufbrechen der Strukturen anführen.⁹⁴⁰ „*Kann ich aber auch wiederum nur durch Netzwerke, d.h. die erste Plattform ist und bleibt das Netzwerk. (...) Im Moment sieht der Leistungserbringer nur*

⁹³¹ Vgl. I9: 50.

⁹³² Vgl. I1: 217.

⁹³³ Z. B. Besondere Versorgung oder Modellvorhaben.

⁹³⁴ Im Nachhinein wurde festgestellt, dass dies sogar vier Netzwerken gelungen ist. Ein Experte äußerte sich in den Interviews allerdings nicht dazu. Hierbei handelt/e es sich um eine vergleichsweise kleine Krankenkasse. Als Gründe, warum der Experte diesen Vertrag nicht erwähnte, kann nur vermutet werden, dass dieser zwischenzeitlich entweder aufgekündigt oder gar nicht in Anspruch genommen wurde.

⁹³⁵ Der Vollständigkeit halber wird nochmal erwähnt, dass nicht das Netzwerk Vertragspartner im Rahmen des Selektivvertrags wird, sondern eine Managementgesellschaft und/oder die einzelnen Mitglieder des Netzwerks.

⁹³⁶ Vgl. NW4.

⁹³⁷ Vgl. I9: 24, 96.

⁹³⁸ I6: 16.

⁹³⁹ Vgl. I10: 20, 114, 132.

⁹⁴⁰ Vgl. I1: 217; I6: 20 (NW 6-1 und NW 6-2).

seinen kleinen Kosmos, (...) darin lebt er fast schon wie in einem Hamsterrad, weil er einfach nicht sich weiterentwickeln kann. ⁹⁴¹

Ändern sich die Rahmenbedingungen, besitzen die anfänglichen Idealvorstellungen keine Gültigkeit mehr oder können die gesetzten Ziele nicht erreicht werden, gehen Wundnetze dazu über, Teilziele anders zu priorisieren, anzupassen oder zu verwerfen oder neue zu definieren.⁹⁴² Dahinter steckt auch der Wunsch, die Ziele greifbarer zu machen, *„ansonsten ist das Interesse der Gruppe ganz ganz schnell verpufft. Also da immer eine gewisse Dynamik drin zu haben, ist extrem wichtig* ⁹⁴³

Die Priorisierung der Ziele hängt ebenso von der Vernetzungsphase ab. Ist ein Netzwerk etabliert, rückt es andere Ziele in den Mittelpunkt als in der Anfangsphase. Auffällig ist dies in einem Netzwerk, wo die Vernetzung weit fortgeschritten zu sein scheint und die Teilziele kleinteiliger werden und auf bereits erreichten Zielen aufbauen, wie die Verbesserung der bereits bestehenden Dokumentationsplattform oder die Nutzung dieser zur Entwicklung von Algorithmen.⁹⁴⁴ So kann das ausgegebene Ziel eines NWM, zukünftig auch nicht professionelle Versorger wie z. B. Angehörige in das Netzwerk zu integrieren, nur als langfristiges Ziel gesehen werden, das erst dann aktiv verfolgt werden wird, wenn das Netzwerk stabil ist.⁹⁴⁵

Stellenweise wird deutlich, dass es sich bei den genannten Zielen nicht um Netzwerkziele, sondern eher um persönliche Ziele des Netzwerkmanagers handelt. Dies strikt voneinander zu trennen, ist insbesondere für einen Außenstehenden nicht immer möglich. Auch die Grenzen zwischen der Intention der Netzwerkbildung, wo das Netzwerk selbst Mittel zum Zweck wird, und den Netzwerkzielen sind fließend. Insgesamt fehlt es bis auf Ausnahmen an einer systematischen Herangehensweise der Zielbildung, wenngleich es sich fallweise in schriftlichen Dokumenten anders liest. Dies mag daran liegen, dass die Ziele zu allgemein formuliert und/oder unreflektiert von anderen Netzwerken übernommen werden. Als ein weiteres Problem sieht ein Experte zu hoch gesteckte, idealistische und teilweise gar unrealistische Ziele.⁹⁴⁶ *„Also wir hatten, das Ziel war ursprünglich viel viel hehrer, man müsste wirklich die Webseite durchscrollen und gucken, was wir da, sagen wir mal 2013,*

⁹⁴¹ I6: 20.

⁹⁴² Vgl. I1: 12; I4: 50; I5: 50; I10: 30, 66.

⁹⁴³ I1: 30.

⁹⁴⁴ Vgl. I4: 148.

⁹⁴⁵ Vgl. I8: 90.

⁹⁴⁶ Vgl. I10: 20, 30, 66.

*2014 da stehen hatten, da wird man das tlw. finden und wird sich dann fragen, was ist eigentlich aus all dem geworden?*⁹⁴⁷ Der Ansatz, die anfangs allgemein formulierten Ziele im Laufe der Vernetzung durch Unterziele – im Sinne einer Ziel-Mittel-Beziehung – kleinteiliger zu gestalten und greifbarer zu machen und gleichzeitig für eine spätere Überprüfung zu operationalisieren, könnte dem entgegenwirken.

Eine Besonderheit stellen indes öffentlich finanzierte Projektnetzwerke dar. Der vor der Bewilligung zu stellende Projektantrag führt zu dem Problem, dass die Projektziele und die Ziele des zu gründenden Netzwerks meist identisch sind und somit vorgegeben werden. Diese Problematik wird in einem der Wundnetze deutlich, wo die Ziele bereits vor Gründung des Netzwerks öffentlich präsentiert wurden und damit eine gemeinsame Zielfindung in der Anfangsphase verhinderten.⁹⁴⁸ Eine spätere Anpassung der Ziele ist in diesem Fall nicht erkennbar.

In der Tabelle 20 werden die in den Interviews genannten sowie verschriftlichten Ziele mit entsprechender Zuordnung zu Qualitäts- und Servicezielen, strukturellen Zielen und ökonomischen Zielen dargestellt. Während der Interviews fiel ergänzend auf, dass sich die bei einer Managementgesellschaft beschäftigten Netzwerkmanager grundsätzlich ausführlicher zu der Thematik äußerten.

⁹⁴⁷ I10: 66.

⁹⁴⁸ Vgl. NW2: Projektdarstellung.

Ziel	Genannt/verschriftlicht
Verbesserung der Lebensqualität (Q&S)	13 ⁹⁴⁹
Verbesserung der Patientenversorgung (Q&S)	13 ⁹⁵⁰
Strukturverträge abschließen (Ö + S)	8 ⁹⁵¹
Schnittstellen- und Überleitungsoptimierung (Q&S)	7 ⁹⁵²
Etablierung von Weiterbildungen (Q&S)	7 ⁹⁵³
Verkürzung der Behandlungsdauer (Q&S)	5 ⁹⁵⁴
Verringerung der Behandlungskosten (Ö)	5 ⁹⁵⁵
Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation (Q&S)	5 ⁹⁵⁶
Sicherstellung der Versorgung (Q&S)	5 ⁹⁵⁷
Effizientere Arbeitsteilung (Q&S)	4 ⁹⁵⁸
Strukturelle Entwicklung vorantreiben/neue schaffen (S)	4 ⁹⁵⁹
Etablierung von Behandlungsstandards (Q&S)	3 ⁹⁶⁰
Einführung von Qualitätsbewertungskriterien (Q&S)	3 ⁹⁶¹
Optimierung der Erlössituation (Ö)	3 ⁹⁶²
Einführung zentraler Ansprechpartner (Q&S)	2 ⁹⁶³
Nutzung einer standardisierten Dokumentation (Q&S)	2 ⁹⁶⁴
Effektiverer Ressourceneinsatz (Ö)	1 ⁹⁶⁵
Kosteneinsparungen (durch gemeinsame Beschaffung) (Ö)	1 ⁹⁶⁶
Kürzere Wege für Patienten (Q&S)	1 ⁹⁶⁷
Nutzung standardisierter Dokumentationssoftware (Q&S)	1 ⁹⁶⁸
Verbesserung der Dokumentationssoftware (Q&S)	1 ⁹⁶⁹
Qualitätsorientierte Vergütung (Ö)	1 ⁹⁷⁰
Versorgungsforschung vorantreiben (S)	1 ⁹⁷¹
Arbeitsbedingungen verbessern (S)	1 ⁹⁷²
Vermeidung von Rezidiven (Q&S)	1 ⁹⁷³
Sichtbarkeit der chronischen Wunde erhöhen (S)	1 ⁹⁷⁴

Tabelle 20: Übersicht über Netzwerkziele**Q&S = Qualitäts- und Serviceziele; Ö = Ökonomische Ziele; S = Strukturelle Ziele⁹⁷⁵**

- ⁹⁴⁹ Vgl. NW1: Satzung; NW2: Projektpräsentation; NW3-1: Satzung; I3-1: 24 (NW3-2); NW4: Webseitentext; NW5: Webseite_Ziele; NW6-1: Flyer; NW6-2: Webseite_Patienten; I7: 12; NW8-1: Satzung; I8: 58; I9: 24; NW10: Satzung.
- ⁹⁵⁰ Vgl. I1: 12; NW2: Projektpräsentation; NW3-1: Satzung; I3-1: 24 (NW3-2); NW4: Webseitentext; I5: 34; NW6-1: Flyer; NW6-2: Webseite_Patienten; I7: 40; I8: 40, 58; NW9: Präsentation; NW10: Flyer.
- ⁹⁵¹ Vgl. I1: 217; I3-1: 99-104 (NW3-2); I4: 70; I7: 14; I8: 8 (NW 8-1 und NW 8-2); I9: 24, 96; I10: 132.
- ⁹⁵² Vgl. I1: 12, NW2: Projektpräsentation; I4: 70; NW6-1, I6: 72; I8: 40; NW10: Flyer.
- ⁹⁵³ Vgl. I5: 26; NW6-1: Flyer; I7: 12; I8: 16 (NW 8-1 und NW 8-2); I9: 24; I10: 20, 76.
- ⁹⁵⁴ Vgl. NW1: Satzung, NW3-1: Satzung, NW5: Satzung, NW8-1: Satzung, NW10: Satzung.
- ⁹⁵⁵ Vgl. NW1: Satzung, NW3-1: Satzung, NW5: Satzung, NW8-1: Satzung, NW10: Satzung.
- ⁹⁵⁶ Vgl. NW3-2, I3-1: 24; NW6-1: Flyer; I7: 4; I9: 24; I10: 20.
- ⁹⁵⁷ Vgl. I6: 18, 20 (NW 6-1 und NW 6-2); I7: 212; I9: 24, NW10: Flyer.
- ⁹⁵⁸ Vgl. NW2: Projektpräsentation; I7: 212; I8: 22, 24 (NW 8-1 und NW 8-2).
- ⁹⁵⁹ Vgl. I1: 217; I6: 16 (NW 6-1 und NW 6-2).
- ⁹⁶⁰ Vgl. I2: 106; I4: 70; NW3-1, I3-1: 28; NW6-1: Flyer.
- ⁹⁶¹ Z.B. durch das ICW-Wundsiegel. Vgl. I4: 70; I8: 58 (NW 8-1 und NW 8-2).
- ⁹⁶² Vgl. I7: 14; I8: 8, 12, 26, 40 (NW 8-1 und NW 8-2).
- ⁹⁶³ Vgl. NW3-2, I3-1: 28; I5: 34.
- ⁹⁶⁴ Vgl. NW3-2, I3-1: 24; NW9: Präsentation.
- ⁹⁶⁵ Vgl. NW2: Projektpräsentation.
- ⁹⁶⁶ Vgl. I4: 188. Verworfen, um nicht unter Korruptionsverdacht zu geraten.
- ⁹⁶⁷ Vgl. I7: 12.
- ⁹⁶⁸ Vgl. I2: 16.
- ⁹⁶⁹ Vgl. I4: 148.
- ⁹⁷⁰ Vgl. NW6-1: Flyer.
- ⁹⁷¹ Vgl. I4: 148, NW4: Webseite.

4.2.3 Netzwerkcharakteristika – Strukturelle Merkmale

Da eine schematische Darstellung der Netzwerkcharakteristika in der Realität nur näherungsweise möglich ist, werden die strukturellen Gegebenheiten mithilfe ausgewählter Merkmale erläutert. Neben objektiv gegebenen Merkmalen, die wie die Anzahl der Mitglieder oder die Vernetzungstiefe geringer Interpretation bedürfen, umfasst dies ebenso erklärungsbedürftigere Merkmale wie den Formalisierungsgrad. Wenn möglich und sinnvoll erscheinend, werden dabei Querbezüge zwischen einzelnen Merkmalen hergestellt oder typische Verlaufsmuster aufgezeigt.

4.2.3.1 Organisations-/Rechtsform und Finanzierung: Verlaufsmuster

Die derzeitige Situation des organisationalen bzw. vertraglichen Rahmens der Vernetzungen wurde zu Beginn des Kapitels dargelegt. Aus den Aussagen der Experten lassen sich die in Abbildung 28 dargestellten zentralen Verlaufsmuster herleiten, die die Wundnetze von der Initiierung bis zu ihrer heutigen Organisations-/Rechtsform durchliefen.

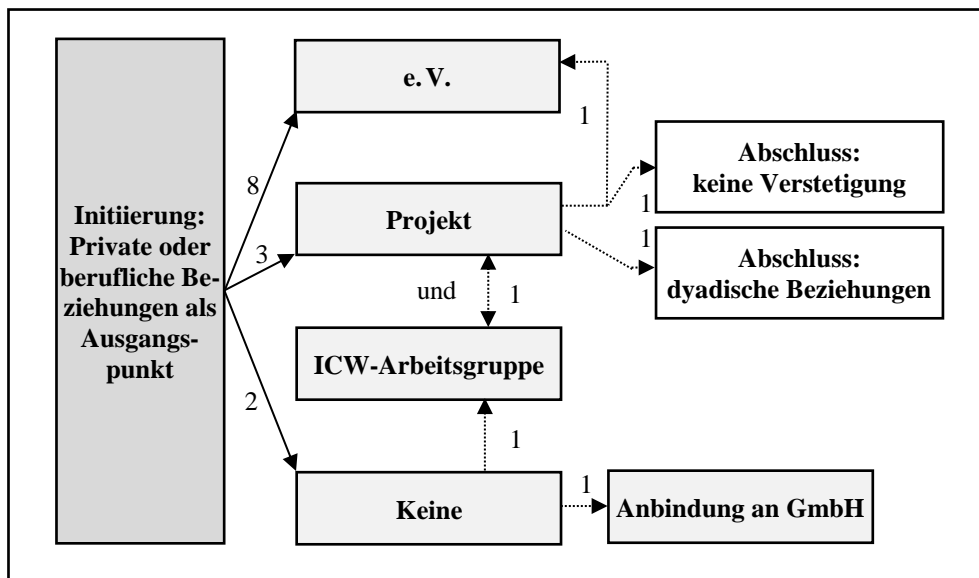


Abbildung 28: Verlaufsmuster des organisationalen Rahmens

Während acht der neun Vereine in der Anfangsphase der Vernetzung entstanden, ging ein Verein aus einem landesgestützten Modellprojekt hervor. Das Projekt „stagnierte“ laut Aussage des hinzugezogenen, externen Netzwerkmanagers die

⁹⁷² Vgl. I7: 212.

⁹⁷³ Vgl. NW6-2: Webseite.

⁹⁷⁴ Vgl. I10: 20, 114, 132.

⁹⁷⁵ Anm.: Eine genaue Abgrenzung ist nicht immer möglich, da viele Ziele komplementär sind.

ersten eineinhalb Jahre, „*wo ich dann den Auftrag bekam, anders zu strukturieren, was wir dann auch gemacht haben.*“⁹⁷⁶ Auf den neuen Strukturen aufbauend, wurde schließlich der Verein gegründet. Zwei Jahre nach der Vereinsgründung konnte sich das Netzwerk zudem erfolgreich um öffentliche Projektgelder bewerben und kooperiert nun als Projektpartner mit weiteren öffentlichen und privaten Institutionen, wobei das Wundnetz (als Verein) nicht gleichzusetzen ist mit der Projekt-Kooperation.⁹⁷⁷ Wie in den anderen Vereinen ist die Mitgliedschaft an einen Vereinsbeitritt gekoppelt, was die Grenzziehung zwischen dem Wundnetz und seiner Umwelt vermeintlich vereinfacht.

Ein in den ersten fünf Jahren ohne jeglichen Rahmen bestehendes Wundnetz wird inzwischen als ICW-Arbeitsgruppe geführt. Das Netzwerk finanziert seine Tätigkeiten durch Sponsoren aus der Industrie.⁹⁷⁸ Die Mitgliedschaft in einem als ICW-Arbeitsgruppe geführten Wundnetz geht ebenso wie die Mitarbeit in einem Projekt-Netzwerk nicht mit einem formalen Beitritt einher.

Das andere, ohne jeglichen Rahmen gegründete Wundnetz, existiert trotz der Anbindung an eine während der Vernetzung als GmbH gegründete Managementgesellschaft⁹⁷⁹ parallel ohne Rechtsform. Zudem wurde ein Selektivvertrag (IV-Vertrag) zwischen der Managementgesellschaft, einer Krankenkasse und einzelnen Leistungserbringern geschlossen. Solch eine strukturvertragliche Vereinbarung existiert jedoch immer parallel zum Kollektiv und das Netzwerk ist nicht gleichzusetzen mit dem Selektivvertrag. Dies gilt hier auch für Patienten, die nicht bei der Vertragskrankenkasse versichert sind, aber als sog. freie Patienten im Netzwerk erfasst werden können.⁹⁸⁰ Der Aufbau des Netzwerks gelang nach Aussage des Experten ohne öffentliche Gelder, Fördergelder oder Mitgliedsbeiträge und dauerte entsprechend lange.⁹⁸¹

Die Finanzierung der neun Vereinsnetzwerke erfolgt aktuell hauptsächlich durch gestaffelte Mitgliedsbeiträge.⁹⁸² Einige bieten daneben Fördermitgliedschaften und Sponsoringverträge an oder erheben Eintrittsgelder für öffentliche Wundsymposien

⁹⁷⁶ I6: 72.

⁹⁷⁷ Vgl. I6: 72.

⁹⁷⁸ Vgl. NW9: Vortrag; I9: 18-22.

⁹⁷⁹ Im Rahmen der Vernetzung konnten bei den Homecare-Unternehmen anfangs Einsparungen generiert werden, die so die Gründung einer Managementgesellschaft refinanziert haben.

⁹⁸⁰ Vgl. I4: 36, 42.

⁹⁸¹ Vgl. I4: 52, 194. Auch gibt es keine Refinanzierungsmöglichkeiten durch den Selektivvertrag.

⁹⁸² Vgl. NW1; NW3-1; NW5; NW6-1; NW6-2; NW7; NW8-1; NW8-2; NW10.

und Weiterbildungen.⁹⁸³ Damit bei den zumeist aus der Industrie kommenden Fördermitgliedern nicht der Eindruck entsteht, das Netzwerk sei nicht unabhängig, rät ein Experte, die Aktivitäten der Fördermitglieder sowie Sponsoren klar zu begrenzen.⁹⁸⁴ Ein anderer Experte äußert in diesem Kontext, dass er langfristig gerne ganz unabhängig von Sponsoren wäre.⁹⁸⁵

Die beiden, maßgeblich mit Hilfe öffentlicher Geldern in ihrer zuletzt existenten Form aufgebauten Projektnetzwerke konnten nicht verstetigt werden – was zu Beginn anders geplant war – und existieren seit Auslaufen der Projektgelder im Grunde nicht mehr.⁹⁸⁶ Zumindest konnte in einem Fall aus dem Projekt heraus eine spezielle Wundeinrichtung im Krankenhaus etabliert werden, die lose dyadische Kooperationen über Organisationsgrenzen hinweg pflegt. Die mit der Projektinitiierung gegründete ICW-Arbeitsgruppe scheint indes nicht mehr zu existieren.⁹⁸⁷

Während eine zuvor festgelegte Projektdauer und befristete Projektgelder einen Endpunkt markieren, zeigt sich insbesondere bei Vereinen das Problem, dass die Einstellung der Aktivitäten und der Beziehungen unbemerkt erfolgen kann, wenn gleich die äußere Hülle noch existiert. So wurde lt. der Aussage eines Netzwerkmanagers innerhalb des Vereins bereits eine Auflösung diskutiert. Faktisch finden keine Aktivitäten mehr statt, was darauf hindeutet, dass sich das Netzwerk in einer versteckten Auflösungsphase befindet und die Kooperation den Worten von Killich und Luczak (2003) folgend im Sand verläuft.⁹⁸⁸ Rein formal und für Außenstehende ist dies jedoch nicht ersichtlich.⁹⁸⁹ Ähnliches ist für ICW-Arbeitsgruppen anzunehmen.

4.2.3.2 Mitgliederstruktur: Reichweite, Tiefe und Breite

Die Betrachtung der Netzwerkreichweite zeigt, dass bis auf zwei Netzwerke alle regional ausgerichtet sind bzw. waren. Zu den überregionalen Netzwerken zählt das in der unausgesprochenen Auflösungsphase befindliche, was aus Sicht des Experten damit zusammenhängt, dass die Mitglieder zu weit verstreut sind.⁹⁹⁰ Das andere überregionale Netzwerk bezeichnet sich zwar als solches und vereint Mitglieder aus

⁹⁸³ Vgl. I1: 61; I7: 36; NW8-2, I8: 46; I10: 24.

⁹⁸⁴ Vgl. I8: 46.

⁹⁸⁵ Vgl. I10: 26.

⁹⁸⁶ Vgl. I2: 68, 170; NW3-2, I3-1: 24, 102.

⁹⁸⁷ Vgl. I3-1: 149-153.

⁹⁸⁸ Vgl. Killich/Luczak (2003), S. 22.

⁹⁸⁹ Vgl. I3-1: 24, 28, 34, 40.

⁹⁹⁰ Vgl. I3-1: 28, 34-36.

dem gesamten Bundesgebiet, jedoch merkt der Experte an, dass die operative Zusammenarbeit regional stattfindet.⁹⁹¹ Während sich die überregionale Ausrichtung im ersten Fall eher negativ auf die Kooperationsbereitschaft auswirkt, scheint im zweiten Fall die Entwicklung und Bezeichnung zu einem inzwischen – zumindest nach außen – überregionalen Netzwerk immerhin einem stetigen Wachstum der Mitgliederzahl nicht abträglich zu sein.⁹⁹²

Hinsichtlich der Netzwerktiefe lässt sich feststellen, dass sich bis auf ein Wundnetz alle Netzwerke als intersektorale Netzwerke bezeichnen.⁹⁹³ Ein Blick auf die im Netzwerk vertretenen Akteure zeigt, dass die in den Netzwerken am häufigsten vertretenen Akteure niedergelassene Ärzte, der Sanitätsfachhandel und Wundexperten sind, wobei sich hinter der Bezeichnung Wundexperte unterschiedliche Professionen verbergen können, da es sich hierbei um eine Weiterbildung handelt, die von verschiedenen Professionen absolviert werden kann. Klinikärzte und Pflegekräfte aus Kliniken bzw. Heimen sind ebenso sehr häufig vertreten, gefolgt von ambulant Pflegenden, orthopädischen Schuhmachern und Industriepartnern. In vielen Netzwerken finden sich zudem Apotheker und Lymphtherapeuten. Einige Netzwerke zählen weiterhin Krankenkassen, Ernährungsberater sowie Krankenhäuser und Physiotherapeuten zu ihren Mitgliedern. Ein Pflegedienst als Mitglied bildet eher eine Ausnahme. Weiterhin vertreten ist in einem Netzwerk ein Rechtsanwalt. Ein anderes zählt gar einen Softwareentwickler, einen IT-Support sowie einen Gesundheitswissenschaftler als Netzwerkmitglieder auf.

Wird bzgl. der Integrationstiefe respektive Netzwerktiefe die Typologie aus Abbildung 16 in Abschnitt 3.1.3.1 und die Unterscheidung *inter* vs. *intra* auf die Wundnetzwerke übertragen, handelt es sich bei einem Netzwerk⁹⁹⁴ um ein horizontal/intrasektoral – laterales Wundnetz, also um eine Kooperation zwischen unmittelbaren Leistungserbringern, die sich auf einer Ebene des Behandlungsprozesses (hier ambulant) befinden, und nicht unmittelbar am Behandlungsprozess beteiligten Akteuren. Ein Netzwerk⁹⁹⁵ lässt sich als vertikal – intersektorales Wundnetz einordnen. Auch wenn in diesem Netzwerk neben Leistungserbringern weitere im Netzwerk vertretene Akteure angegeben werden, so stellen diese dem Netzwerk

⁹⁹¹ Vgl. I5: 156.

⁹⁹² Vgl. I5: 116.

⁹⁹³ Angaben lt. des Kurzfragebogens.

⁹⁹⁴ NW1.

⁹⁹⁵ NW 2.

lediglich ihre Dienstleistungen entgeltlich zur Verfügung. Alle anderen Netzwerke lassen sich als vertikal/intersektoral – laterale Wundnetze typologisieren, da hier laut eigener Angaben ambulante und stationäre Leistungserbringer mit nicht unmittelbar am Behandlungsprozess beteiligten Akteuren wie bspw. Krankenkassen oder der Industrie (Pharmaunternehmen) kooperieren.

Die Erfassung der Netzwerkbreite ist hingegen etwas schwieriger, da die Entwicklung der Netzwerkmitglieder entweder als dynamisch bezeichnet oder nicht erfasst wird oder die Kalkulationsgrundlagen in Bezug auf Einzelmitgliedschaften von Personen (tlw. als persönliche Mitgliedschaft bezeichnet) und Organisationsmitgliedschaften (tlw. als juristische Mitgliedschaft bezeichnet) unterschiedlich gewertet werden. Die Mitgliederzahlen der als Verein organisierten Netzwerke bewegen sich zwischen 32 und 3.500 Mitgliedern, wobei diese hohe Zahl dadurch zustande kommt, dass ein NWM alle Mitarbeiter der Mitgliedseinrichtungen in die Berechnung einbezieht.⁹⁹⁶ Die zuvor als vermeintlich einfach dargelegte Grenzziehung zwischen Wundnetz und Umwelt unterliegt damit Einschränkungen und erzwingt eine Bereinigung der Angaben.

Bei den nicht als Verein organisierten Netzwerken können die Interviewten aufgrund einer fehlenden festen Mitgliederstruktur nur näherungsweise oder eingeschränkte Angaben machen. Ein Projektnetz, das anfänglich u. a. das Ziel verfolgte, eine standardisierte Dokumentationssoftware einzuführen, bildet eine Ausnahme, da die Netzwerkzugehörigkeit hier über die Zugangsberechtigung (nicht Nutzung!) auf die Dokumentationsplattform definiert wurde.⁹⁹⁷ Bei dem Wundnetz mit einem Selektivvertrag fällt indes die Diskrepanz zwischen der mit vier angegebenen geringen Anzahl der Vertragspartner und den in öffentlichen Dokumenten voneinan-

⁹⁹⁶ Die 3.500 Mitglieder ergeben sich, wenn alle MA aus den Mitgliedsorganisationen summiert werden. Die online zugängliche Mitgliederliste weist 32 Einträge aus, wobei hier u. a. die Geschäftsführer der Krankenhäuser als Vertreter ausgewiesen werden. Es ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der größeren Organisationen (8 Krankenhäuser und Pflegeheime/-dienste) auf operativer Ebene durch mehr als eine Person im Netzwerk vertreten wird. Zur näherungsweisen Bestimmung der tatsächlichen Mitgliederanzahl werden für diese zwei Vertreter angenommen, so dass sich eine korrigierte Mitgliederanzahl von 40 ergibt.

⁹⁹⁷ Vgl. I2: 102.

der abweichenden Angaben zu allen Netzwerkmitgliedern auf, die eine näherungsweise Berechnung der Mitgliederanzahl erzwingen.⁹⁹⁸ Damit liegt die Mitgliederanzahl in dieser Gruppe anschließend zwischen 15 und 271.

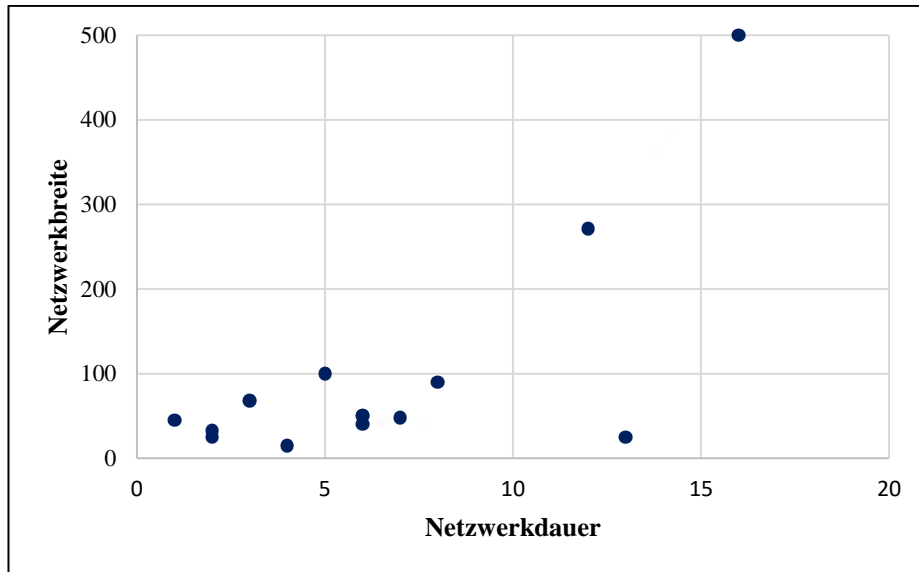


Abbildung 29: Streudiagramm Netzwerkdauer⁹⁹⁹ und Netzwerkbreite

Wie dem Streudiagramm in Abbildung 29 zu entnehmen ist, wächst die Mitgliederanzahl tendenziell mit der Vernetzungsdauer – mit einer deutlich sichtbaren Ausnahme. Obwohl dieses Wundnetz im Vergleich am zweitlängsten existiert, weist es nur die zweitniedrigste Anzahl an Mitgliedern auf. Dies lässt sich einerseits dadurch begründen, dass keine feste Mitgliederstruktur oder eigene Rechtsform existiert und andererseits dadurch, dass sich das Netzwerk vorwiegend als Pflege-Netzwerk etabliert hat.¹⁰⁰⁰ Diese Entwicklung resultiert u. a. aus dem Umstand, dass der ärztliche Mitinitiator, der zuvor gemeinsam mit dem aktuellen Netzwerkmanager auch die Koordination des Netzwerks übernahm, nicht mehr im Netzwerk aktiv ist. Ohne (sichtbare) ärztliche Netzwerkvertreter gestaltet es sich schwieriger, Ärzte für das Netzwerk zu gewinnen und dieses auszubauen. Die Anwesenheit und das

⁹⁹⁸ Der NWM hat zu der Mitgliederanzahl keine Angaben gemacht, nur zu den IV-Partnern. Da die Angaben in öffentlich zugänglichen Präsentationen und Veröffentlichungen stark voneinander abweichen, wurde ein Mittelwert auf Basis dieser gebildet. Zur Wahrung der Anonymität des Netzwerks, werden diese Quellen nicht benannt.

⁹⁹⁹ Für die Berechnung der Vernetzungsdauer wurde ab 2018 zurückgerechnet auf die erstmalig erwähnte bzw. aus Unterlagen hervorgehende Vernetzung, unabhängig von der Rechtsform.

¹⁰⁰⁰ Vgl. I9:6, 66.

Engagement von Ärzten scheinen wichtige Komponenten für eine interprofessionelle, erfolgreiche Vernetzung darzustellen.¹⁰⁰¹ Bader (2009) ist gar der Überzeugung, dass die Funktion der Leitfigur, trotz einer möglichen Einbindung eines Managers, von einem Arzt übernommen werden sollte, da es sich für einen Nicht-Arzt weitaus schwieriger gestaltet, von allen Berufsgruppen akzeptiert zu werden.¹⁰⁰²

Auf eine andere Entwicklung macht der Netzwerkmanager des am längsten existierenden Wundnetzes aufmerksam, bei dem sich die Mitgliederstruktur im Laufe der Zeit dergestalt geändert hat, dass inzwischen mehrheitlich Einzelpersonen statt Institutionen neu aufgenommen werden.¹⁰⁰³

4.2.3.3 Status-Quo der digitalen Vernetzung

Während vereinzelt Experten ohne Nachfrage nach dem Vorhandensein von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) eine elektronische Wunddokumentation erwähnen,¹⁰⁰⁴ fällt bei der expliziten Nachfrage auf, dass die Experten ein differenziertes Verständnis von IKT haben. Viele Experten assoziieren mit dem Begriff vornehmlich eine gemeinsame elektronische Wunddokumentation¹⁰⁰⁵ und erst auf weitere Nachfrage auch bspw. die Homepage, während Einzelne den Begriff IKT sehr weit fassen und in diesem Kontext neben einer elektronischen Wunddokumentation von sich aus das Faxgerät und die Homepage ansprechen.¹⁰⁰⁶

Zugleich stellt sich die Relevanz von IKT in den betrachteten Wundnetzwerken sehr unterschiedlich dar. Auch wenn der Grad der Relevanz nicht abschließend für jedes Netzwerk beurteilt werden kann, lässt sich feststellen, dass IKT in nur wenigen Netzwerken eine wichtige oder gar zentrale Stellung einnehmen. Eine zentrale Stellung wird insbesondere in einem beendeten Projektnetzwerk deutlich, in dem die entwickelte Dokumentationssoftware den Mittelpunkt der Netzwerkaktivitäten einzunehmen schien. Die anderen Netzwerke haben sich mehr oder weniger mit der digitalen Vernetzung auseinandergesetzt.

¹⁰⁰¹ Vgl. hierzu Ling et al. (2012), S. 4. Die Autoren stellen im Rahmen ihrer qualitativen Studie zu Vernetzungsbarrieren fest, dass fehlendes Engagement von Ärzten ein großes, wenn nicht sogar das stärkste Hindernis für Vernetzungsprojekte darstellt.

¹⁰⁰² Vgl. Bader (2009), S. 39.

¹⁰⁰³ Vgl. I5: 50.

¹⁰⁰⁴ Vgl. I2: 8; I4: 26; I7: 40, 42.

¹⁰⁰⁵ Vgl. I1: 69; I3-1: 77; I8: 62, 64; I9: 52; I10: 40, 42, 44.

¹⁰⁰⁶ Vgl. I5: 74; I6: 46, 48.

Homepage und Intranet: Einen gemeinsamen Internetauftritt haben die meisten der zum Zeitpunkt des Interviews noch existenten elf Netzwerke, wobei dieser zu meist als Informationsplattform interpretiert wird. Ein Wundnetz versucht die Homepage über ein Frage-Antwort-Tool als aktive Kommunikationsplattform zwischen Patienten und Experten zu nutzen.¹⁰⁰⁷ Ein integriertes Mitgliederportal (Intranet) ist in mehreren Netzwerken vorhanden. Statt auf einen integrierten Mitgliederbereich setzt ein Netzwerk auf eine Cloud-Lösung.

Digitale Wunddokumentation: Nur in einem Netzwerk scheint das Instrument einer digitalen Wunddokumentation nie ein Thema gewesen zu sein.¹⁰⁰⁸ In allen anderen Netzwerken wurde es entweder diskutiert und dann eingeführt oder nicht eingeführt. Die tatsächliche Nutzung überdauerte in den meisten Netzwerken jedoch die Testphase nicht oder erfolgte bzw. erfolgt aktuell nicht durchgängig. Zum Zeitpunkt des Interviews wird ein vorhandenes Wunddokumentationssystem aktuell nur in zwei Netzwerken von mehr als einem Partner genutzt.¹⁰⁰⁹ In zwei Netzwerken erfolgte eine Entwicklung und Testphase, die Schulungsangebote beinhaltete, die Nutzung konnte jedoch nicht verstetigt werden.¹⁰¹⁰ Ein Wundnetz entschied sich bereits vor einiger Zeit für eine Software, die aber zukünftig erst im Rahmen der eingegangenen Projekt-Kooperation eingesetzt werden soll.¹⁰¹¹ In allen fünf Netzwerken wurde die Software aus dem Netzwerk heraus entwickelt oder gemeinsam ausgewählt. In Wundnetzen, in denen die Einführung einer digitalen Wunddokumentation zumindest überlegt wurde oder wird, ist dies bisher aus verschiedenen Gründen gescheitert, die in Abschnitt 4.2.6.2 näher beleuchtet werden.

Aus der Gegenüberstellung einer vorhandenen Wunddokumentationssoftware und den Nutzungsgraden „alle“, „wenige“, „noch keiner“ sowie „mittlerweile keiner“ lassen sich fünf unterschiedliche Typen ableiten, wobei der Typus I „*Digital Vernetzte*“ nicht als Realtypus aus der Stichprobe hervorgeht, sondern nur der Vollständigkeit halber aufgenommen wird.¹⁰¹²

¹⁰⁰⁷ Vgl. I5: 74.

¹⁰⁰⁸ Vgl. I3-1: 93-94.

¹⁰⁰⁹ Vgl. I7: 60, 72.

¹⁰¹⁰ Vgl. I1: 69, 79, 215; I2: 8, 83, 136-140, 174.

¹⁰¹¹ Vgl. I6: 90.

¹⁰¹² Insgesamt sind die Typen jedoch nicht als Idealtypen im Sinne Max Webers zu verstehen, sondern als Realtypen der im Rahmen dieser Arbeit betrachteten Untersuchungsobjekte. Vgl. Sy-dow et al. (2003), S. 49.

Nutzungsgrad	Digitale Wunddokumentation vorhanden	
	Ja	Nein
Alle	Typ I (0) „Digital Vernetzte“	Typ IV (8) ¹⁰¹³ „Unerfahrene“
Wenige	Typ II (2) ¹⁰¹⁴ „Ambitionierte“	
Noch keiner	Typ IIIa (1) ¹⁰¹⁵ „Neulinge“	
Mittlerweile keiner	Typ IIIb (2) ¹⁰¹⁶ „Ernüchterte“	

Tabelle 21: Typenbildung anhand der Verbreitung und der Nutzungsgrade einer digitalen Wunddokumentation (Digitalisierungstyp)¹⁰¹⁷

Weitere Anwendungen: Wenig verbreitet ist ein elektronisches Controlling- und Reportingsystem. Dies hängt in den betrachteten Wundnetzwerken mit dem (Nicht)Vorhandensein und dem fehlenden Einsatz eines Dokumentationssystems zusammen, zumindest hinsichtlich versorgungsrelevanter Daten. Lediglich ein Wundnetz gibt an, bisher eine elektronisch gestützte Evaluation der Materialkosten vorgenommen zu haben.¹⁰¹⁸

In keinem der Netzwerke wird indes eine gemeinsame, elektronische Terminplanung eingesetzt. Ähnlich verhält es sich mit Telekonsilen, die tlw. über die existenten Dokumentationssysteme oder das Intranet durchgeführt werden könnten, aber nicht in Anspruch genommen werden. Auch bei den Netzwerkmanagern, die sich zu dieser Thematik nicht explizit äußern, ist eher davon auszugehen, dass keine offiziellen Telekonsile stattfinden. In einem Netzwerk deuten sich jedoch inoffizielle Telekonsile dadurch an, dass zwischen einigen Partnern Wundbilder oder andere Patienteninformationen über das Smartphone ausgetauscht werden, wohlweisend um die rechtliche Unzulässigkeit.¹⁰¹⁹

Wenig verbreitet sind ferner zentrale Informationsdatenbanken, wobei die dort abgelegten Daten unterschiedlicher Natur sind. Einige Netzwerke legen lediglich allgemeine Informationen zentral ab, wie bspw. Behandlungsstandards oder Vorträge, während die Netzwerke mit einem Wunddokumentationssystem auch versuchen, versorgungsrelevante Daten zentral über die Software zusammenführen, um

¹⁰¹³ Netzwerke: 3-1, 3-2, 5, 6-1, 8-1, 8-2, 9, 10

¹⁰¹⁴ Netzwerke: 4, 7

¹⁰¹⁵ Netzwerke: 6-2

¹⁰¹⁶ Netzwerke: 1, 2

¹⁰¹⁷ In Klammern: Anzahl der zugehörigen Netzwerke.

¹⁰¹⁸ Vgl. I4: 218-222.

¹⁰¹⁹ Vgl. I10: 116.

diese später im besten Fall auswerten zu können. Die Auswertbarkeit der Daten ist aufgrund der ausgebliebenen oder selektiven Nutzung indes eingeschränkt.

4.2.3.4 Inhaltliche Ausgestaltung der Vernetzung

Die inhaltliche Ausgestaltung wird unter Zuhilfenahme der Netzwerkaktivitäten in Bezug auf den Austausch von Informationen, den Erwerb von Wissen und Kompetenzen, gemeinsame Versorgungsleistungen und Forschungsaktivitäten betrachtet. Dabei ist es nicht das Ziel, die Netzwerke als reines Informationsnetz, Wissensnetz, Versorgungsnetz oder Forschungsnetzwerk zu klassifizieren, sondern den jeweiligen Erfüllungsgrad aufzuzeigen.

Aus den Aussagen der Experten wird deutlich, dass sich die Netzwerke insbesondere in der Anfangsphase als Plattform für einen Informations- und Erfahrungsaustausch verstehen bzw. verstanden haben.¹⁰²⁰ Dies wird als der erste Schritt beschrieben, um eine vernünftige Versorgungsqualität zu ermöglichen und das Netzwerk soll dabei helfen, *„(...) dass wir uns untereinander austauschen und dabei auch natürlich vielleicht Probleme erkennen, der eine mal über irgendwas stolpert, sich nicht weiter weiß und dann natürlich über die anderen, die da sind, Informationen bekommt, so dass er eine vernünftige Versorgung auch machen und dadurch auch die Qualität abliefern [kann].“*¹⁰²¹

Die Art des Informationsaustausches kann dabei sehr vielfältig sein. Er kann sich z. B. auf die Arbeitsbereiche, vorhandene Kompetenzen¹⁰²² oder Arbeitsweisen der Netzwerkmitglieder beziehen, denn *„[w]enn ich mein Gegenüber verstehe und ich weiß wie er arbeitet oder sie arbeitet, dann habe ich vielleicht weniger Hemmungen, die Person anzusprechen, es kann ja durchaus sein, dass ich sage, das ist ein Arzt, da traue ich mich nicht dran, o Gott o Gott, wenn man feststellt, auch im persönlichen Gespräch, der ist eigentlich auch nur ein Mensch und der hat genau das gleiche Interesse, um die Sache voranzutreiben wie ich es auch habe. Und er versteht nur meine Arbeitsweise nicht und ich habe seine Arbeitsweise in der Vergangenheit nicht verstanden.“*¹⁰²³ Weiterhin nutzen die Mitglieder das Netzwerk,

¹⁰²⁰ Vgl. I1: 20, 65; I2: 152; I3-1: 24; I4: 34, 70, 190; I5: 34, 48, 60; I6: 132; I7: 16; I8: 53, 106, 108, 114; I9: 16, 70, 80; I10: 18, 32, 56.

¹⁰²¹ I10: 18.

¹⁰²² Vgl. I1: 20.

¹⁰²³ I1: 18.

um über Möglichkeiten der Leistungsabrechnung zu diskutieren und sich im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten abzusprechen, um bspw. Regresse zu vermeiden oder um ihre Erfahrungen zu verwendeten Produkten oder Weiterbildungsmöglichkeiten miteinander zu teilen.¹⁰²⁴

Während es sich bei diesen Fällen eher um einen wechselseitigen Informationsaustausch handelt, kann das Netzwerk als einseitige Informationsplattform für Neuproduktvorstellungen, Informationen zu neuen Datenschutzrichtlinien und anderen gesetzlichen Gegebenheiten dienen.¹⁰²⁵ So werden den Mitgliedern z. B. Empfehlungen für Wundprodukte zur Verfügung gestellt, die auf Erfahrungswerten von Wundexperten beruhen und Transparenz im als undurchsichtig empfundenen Markt für Wundprodukte schaffen sollen, ebenso wie Wundversorgungsstandards oder Leitlinien, an denen sich die Mitglieder orientieren können, aber nicht müssen.¹⁰²⁶ Durch diese einseitige Informationsvermittlung wird der Versuch unternommen, eine gemeinsame Informationsbasis zu schaffen und den Mitgliedern den Suchprozess für die angeführten, versorgungsrelevanten Informationen abzunehmen. Für den gegenseitigen Informationsaustausch oder die einseitige Informationsvermittlung nutzen die Wundnetze z. B. Vorstandssitzungen, Netzwerktreffen/Mitgliederversammlungen, Qualitätszirkel, Arbeitsgruppen, öffentliche Veranstaltungen wie Wundkongresse, Newsletter und die eigene Homepage sowie das Intranet.

In wenigen Netzwerken werden zudem Patienteninformationen ausgetauscht. Während in einem Netz aus datenschutzrechtlichen Gründen dafür der Patient zwischengeschaltet wird, indem er Fotos per Smartphone an die Akteure schickt,¹⁰²⁷ werden die Patientendaten in einem anderen Netzwerk dank eines digitalen Dokumentationssystems vom Arzt an das Pflegepersonal weitergeleitet. Hierbei handelt es sich eher um eine einseitige Informationsübermittlung und ärztliche Handlungsanweisung als um den Versuch einer kooperativen Patientenversorgung.¹⁰²⁸

Daneben haben alle Netzwerke den Anspruch, über den Informationsaustausch hinauszugehen und im Sinne eines lernenden Systems ein Wissens- und Kompetenznetzwerk zu sein.¹⁰²⁹ Da die Grenzen zwischen einem Informationsaustausch

¹⁰²⁴ Vgl. I1: 65; I9: 70, 80.

¹⁰²⁵ Vgl. I1: 65; I4: 70; I5: 48; I8: 106; I9: 16; I10: 32, 45.

¹⁰²⁶ Vgl. I2: 152; I3-1: 111; I4: 190; I5: 60; I8: 108, 114.

¹⁰²⁷ Vgl. I:3-2: 24.

¹⁰²⁸ Vgl. I7: 16.

¹⁰²⁹ Vgl. NW6-1, NW6-2.

und dem Wissens- bzw. Kompetenzerwerb fließend sind, erfolgt die Abgrenzung dergestalt, dass der Wissens- bzw. Kompetenzerwerb im Idealfall einen positiven Effekt auf die Versorgungsqualität der Leistungserbringer hat. Um neben der reinen Informationsvermittlung außerdem die fachliche Qualifikation der Netzwerkmitglieder zu verbessern, setzen viele Netzwerke auf spezielle Weiterbildungsformate zu medizinischen Themen oder auf Fallbesprechungen im Rahmen der Netzwerktreffen und Qualitätszirkel. In einigen Fällen stehen die speziellen Weiterbildungsformate auch externen Leistungserbringern offen.¹⁰³⁰ Dabei wird insbesondere der Fortbildungscharakter der Netzwerktreffen betont: „*Das tut uns auch allen immer so ein bisschen weh, wenn man Zeit verschwendet für Vereinsmeierei. Deswegen sind die Mitgliederversammlungen auch mehr Fortbildungsveranstaltungen mit einem gewissen Anteil vereinsverpflichtender Vereinsmeierei.*“¹⁰³¹

Die Möglichkeit eines niederschweligen Kompetenzerwerbs kann zudem durch gegenseitige Hospitationen realisiert werden.¹⁰³² Dabei berichtet der Manager eines Projektnetzwerks, dass die Ärzte hinsichtlich des kollegialen Diskurses und des gegenseitigen Lernens insgesamt verhaltener sind als das pflegerische Personal.¹⁰³³

Im besten Falle wird aber nicht nur Wissen vermittelt oder ausgetauscht, sondern es werden durch die Zusammenführung von Kompetenzen gar neue Sichtweisen und neues Wissen erzeugt.¹⁰³⁴ Insofern Wundversorgungsstandards und Leitlinien aus dem Netzwerk heraus entwickelt werden, wird dies als Generierung neuen Wissens eingestuft.¹⁰³⁵ In einem Wundnetz wird derzeit überlegt, gar eine Wundmanagementausbildung zu integrieren, um sich von kommerziellen Anbietern unabhängig zu machen und in Zukunft noch mehr Akteure fortbilden und für die Wundversorgung befähigen zu können.¹⁰³⁶

Weitergehend sind in vielen Wundnetzen Bemühungen zur kooperativen Patientenversorgung erkennbar. In diesen Fällen werden mittels verschiedener Instrumente nicht nur Patienteninformationen übermittelt, sondern es wird auf Basis dieser der Versuch unternommen, ein bestimmtes, zuvor abgesprochenes Verhalten

¹⁰³⁰ Vgl. I1: 63, 65; I2: 168; I3-1: 42; I3-2: 63 (NW3-1 und 3-2); I5: 34, 86, 106, 126, 134; I6: 132 (NW6-1 und NW6-2); I7: 12, 22; I8: 108 (NW8-1 und NW8-2); I9: 14, 70; I10: 76.

¹⁰³¹ I5: 134.

¹⁰³² Vgl. I3-1: 122.

¹⁰³³ Vgl. I2: 34.

¹⁰³⁴ Vgl. I1: 53; I4: 228.

¹⁰³⁵ Vgl. I5: 38, 44, 54, 118; I6: 88; I7: 142.

¹⁰³⁶ Vgl. I7: 132, 212.

über einen aufgezeigten (idealen) Versorgungsprozess und regulativer Elemente zu initiieren.¹⁰³⁷ So kamen in einem Fall zu Beginn der Vernetzung Patientenlaufzettel zum Einsatz, auf dem u. a. die Namen der Netzwerkmitglieder vermerkt waren. Diesen erhielten die Patienten am ersten Kontaktpunkt, was wiederum dem weiterbehandelnden Netzwerkmitglied signalisierte, dass es sich um einen Netzwerkpatienten handelt.¹⁰³⁸ Eine weitere Möglichkeit der Abstimmung bieten die vereinzelt in den Netzwerken entwickelten papierbasierten Dokumentationen zur Patientenüberleitung. Während der Einsatz dieser nach der Entwicklung in einem Fall ausblieb,¹⁰³⁹ nutzt das andere Netzwerk dieses Instrument kontinuierlich und versucht, damit den Versorgungsbruch vom stationären in den ambulanten Sektor zu vermeiden, immer in der Hoffnung, sich auf Basis dieses Bogens leichter abstimmen zu können.¹⁰⁴⁰

Auch das zur Verfügung stellen von Versorgungsstandards über eine Onlineplattform, die zugleich die Möglichkeit bietet, über den kurzen Dienstweg Kontakte zu anderen Netzwerkmitgliedern zu knüpfen, kann als Versuch gewertet werden, eine standardisierte und koordinierte Versorgung zu ermöglichen. Aufgrund der Freiwilligkeit solcher Instrumente und der Heterogenität der Akteure stuft der Netzwerkmanager einen durchgängigen kooperativen Versorgungsprozess jedoch als unerreichbar ein.¹⁰⁴¹ Weitere Instrumente zur kooperativen Patientenversorgung stellen Fallbesprechungen zu gemeinsam betreuten Patienten im Rahmen eines Wundtelefons, von Netzwerktreffen und über das Intranet sowie abgesprochene Zeitfenster zur Behandlung von Netzwerkpatienten oder gar Visiten und gemeinschaftliche Sprechstunden dar.¹⁰⁴² Ebenso wird das Verschicken von Befunden und Bildern mittels Smartphone zum Einholen von Zweitmeinungen praktiziert.¹⁰⁴³ Die datenschutzrechtliche Zulässigkeit oben genannter Instrumente wird an dieser Stelle nicht weiter hinterfragt.

Eine über den Versuch hinausgehende kooperative Patientenversorgung kann letztlich nur realisiert werden, wenn die dafür bereitgestellten Instrumente genutzt

¹⁰³⁷ Siehe Allokation und Regulation durch das NWM, Abschnitt 4.2.5.4 und 4.2.5.5.

¹⁰³⁸ Vgl. I1: 115. Jeder Patient hat die Wahlfreiheit und es dürfen nur Empfehlungen für weitere Behandler - aus dem Netzwerk - ausgesprochen werden. Vgl. hierzu auch I8: 58.

¹⁰³⁹ Vgl. I3-1: 24.

¹⁰⁴⁰ Vgl. I9: 30.

¹⁰⁴¹ Vgl. I5: 34, 48, 66, 76.

¹⁰⁴² Vgl. I6: 22; I7: 6, 22, 24; I9: 70; I10: 14, 16.

¹⁰⁴³ Vgl. I10: 30.

werden. In vielen Fällen unterbleibt dies jedoch. Diese Problematik zeigt sich auch bei der digitalen Wunddokumentation (s. 4.2.3.3), deren Einsatz dabei helfen soll, den Versorgungsprozess patientenbezogen für alle an der Behandlung beteiligten Netzwerkmitglieder transparenter zu gestalten und den kooperativen Versorgungsprozess voranzutreiben, nachdem der betroffene Patient dem Datenaustausch zugestimmt hat. Wie dargelegt, wurde eine solche in fünf Netzwerken eingeführt,¹⁰⁴⁴ mit dem Resultat, dass diese nach der Einführung in einem Fall gar nicht genutzt wurde,¹⁰⁴⁵ in zwei Netzwerken nach der Testphase wieder eingestellt wurde¹⁰⁴⁶ und in den zwei anderen Netzwerken gegenwärtig zumindest von mehr als einem Mitglied genutzt wird.¹⁰⁴⁷ Die verschiedenen Gründe hierfür werden in Abschnitt 4.2.6.2 diskutiert.

Deutlich wird, dass eine kooperative Patientenversorgung zur Verbesserung der Patientenversorgung zwar wünschenswert ist, durch das Defizit einer Nutzung dafür bereitgestellter Instrumente jedoch auf der Zielebene verbleibt, als dass hier von wirklichen Netzwerkaktivitäten gesprochen werden kann. Die Instrumente stellen vorwiegend Angebote an die Mitglieder dar, ohne deren Nutzung eine harmonisierte Patientenversorgung nicht möglich ist und die netzwerkseitigen Maßnahmen bzw. regulativen Elemente letztendlich ihr Potenzial zur Erreichung der Netzwerkziele und möglicher Transaktionskostenvorteile nicht entfalten können. Selbst ein Selektivvertrag kann laut eines Experten keine kooperative Versorgung garantieren, trotz definierter Versorgungsprozesse. Er betont: *„Also, es gibt enge Bindungen zwischen ambulanten Diensten und niedergelassenen Hausärzten, bspw. (...) immer wenn die Akteure aufeinander angewiesen sind, dann funktioniert es im Kleinen. Leider gibt es schon in einer Region keine Möglichkeit das zu systematisieren, dass man sagt Ok, wir haben eine einheitliche EDV und die gilt und an der orientieren wir uns alle. (...) Also eine Zusammenarbeit, eine echte Zusammenarbeit findet nur im Kleinen und im Einzelfall statt, es gibt keine geregelte oder organisierte strukturierte Zusammenarbeit.“*¹⁰⁴⁸

¹⁰⁴⁴ Vgl. I1: 69, 147, 153; I2: 83, 102; I4: 74, 60, 86-90, 112, 126; I6: 88, 90; I7: 47-48, 60, 72.

¹⁰⁴⁵ Vgl. I6: 90.

¹⁰⁴⁶ Vgl. I1: 69, 79, 215; I2: 8, 136-140, 174.

¹⁰⁴⁷ Vgl. I4: 86-90, 112, 126; I7: 47-48, 60, 72.

¹⁰⁴⁸ I4: 56.

So ist es nicht überraschend, dass bisher erst wenige Netzwerke gemeinsamen Forschungsaktivitäten nachgingen. Zwei dieser Netzwerke haben sich in der Vergangenheit an Studien beteiligt oder eigene Versorgungsdaten zu Forschungszwecken erhoben und ausgewertet.¹⁰⁴⁹ Während die Planungen in einem Netzwerk in der Vergangenheit vorsahen, die eingeführte Dokumentationssoftware im Rahmen eines Modellvorhabens auch für die Forschung zu nutzen, um valide Daten über die Kosten zu generieren und diese den Kostenträgern aufzuzeigen,¹⁰⁵⁰ plant das andere die Forschungsaktivitäten wiederaufzunehmen und die notwendigen Daten hierfür mithilfe eines standardisierten Dokumentationssystems zu sammeln. Die Wiederaufnahme hängt maßgeblich mit der jüngst eingegangenen Projekt-Kooperation und den generierten öffentlichen Geldern zusammen.¹⁰⁵¹ Das dritte Netzwerk ist sehr an Forschungsaktivitäten interessiert und hat bereits zu Beginn der Vernetzung eine Studie zu Kosten, Wundheilungsdauern und Amputationsraten durchgeführt und Ergebnisse publiziert.¹⁰⁵² Wenn es nach dem Experten ginge, würden die Forschungsaktivitäten weiter ausgebaut werden, auch mit Externen. Ohne die Nutzung eines elektronischen Dokumentationsstandards durch alle Beteiligten, hält er dies allerdings für nicht machbar.¹⁰⁵³ Den Anstoß von Forschungsaktivitäten im Netzwerk würden sich weitere Experten zwar wünschen, sehen aber die Partikularinteressen und eine fehlende digitale Vernetzung als maßgebliche Barrieren.¹⁰⁵⁴

Für einen besseren Überblick erfolgt in Abbildung 30 eine grafische Einordnung des Erfüllungsgrades der inhaltlichen Ausrichtung. Für die Bestimmung des Erfüllungsgrades wurden zunächst alle Aktivitäten und Instrumente je Netzwerk zusammengetragen und den Bereichen Informationsaustausch, Wissenserwerb, gemeinsame Versorgungsleistungen und Forschung zugeordnet. Anschließend erfolgte auf Basis der Expertenaussagen eine Bewertung des Erfolgs der vergangenen und gegenwärtigen Umsetzung der Aktivitäten und der genutzten Instrumente¹⁰⁵⁵

¹⁰⁴⁹ Vgl. I1: 49; I6: 88.

¹⁰⁵⁰ Vgl. I1: 217.

¹⁰⁵¹ Vgl. I6: 84, 88.

¹⁰⁵² Vgl. I4: 12, 26.

¹⁰⁵³ Vgl. I4: 26, 27-30.

¹⁰⁵⁴ Vgl. I7: 176; I10: 44.

¹⁰⁵⁵ D. h. es wurde nicht nur auf den Versuch, respektive den Wunsch des Netzwerkmanagers abgestellt.

Durch die Gegenüberstellung wird deutlich, dass der Informationsaustausch und der Wissens- und Kompetenzerwerb üblich sind. Bei der kooperativen Patientenversorgung, und noch klarer bei den Forschungsaktivitäten, stellt sich dies anders dar. Insgesamt lassen sich daraus Abstufungen des Vernetzungsgrades schließen.

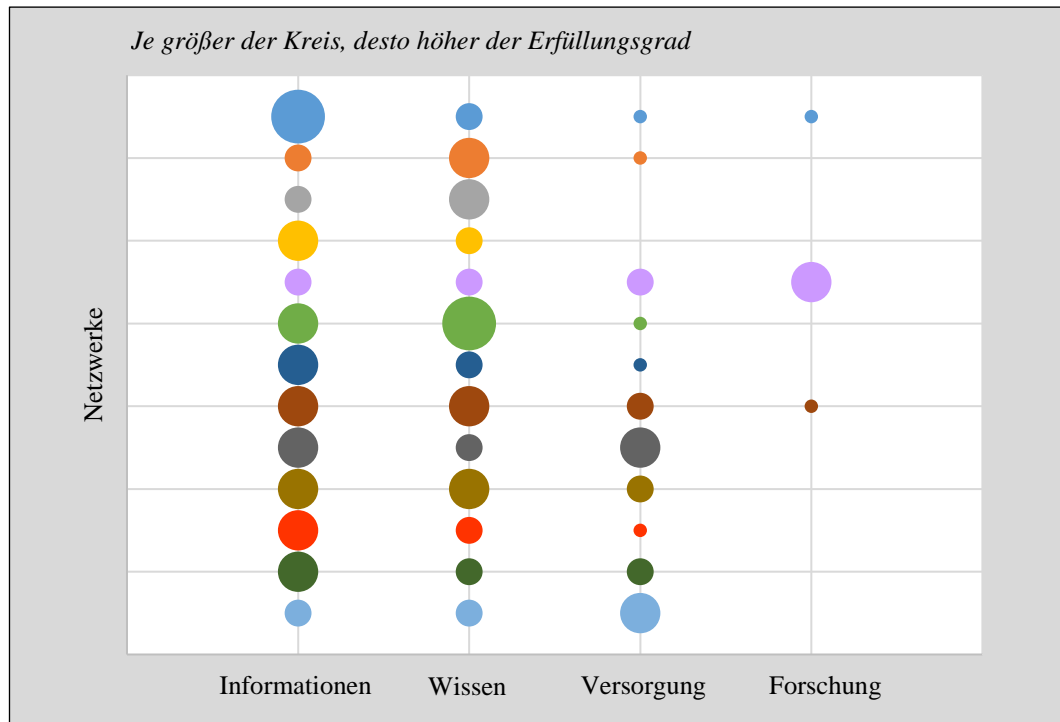


Abbildung 30: Inhaltliche Ausgestaltung der Wundnetze¹⁰⁵⁶

Die Ausrichtung und die Aktivitäten verändern sich durchaus im Laufe des Netzwerkbestehens. Die Vermutung, dass eine Weiterentwicklung zeitlich bedingt ist, liegt nahe, bestätigt sich hier jedoch nicht. Stattdessen zeichnen sich Ereignisse ab, die die inhaltliche Ausgestaltung beeinflussen.

Hierzu zählt primär die Ausgestaltung des Managements. So beschreibt ein Experte das betreute Netzwerk vor seiner Einbindung als externer Netzwerkmanager als Informationsplattform für Verbandsstoffe, das dank der Veränderung des Managements inhaltlich weiterentwickelt werden konnte.¹⁰⁵⁷ Auffällig ist zudem, dass die kooperative Patientenversorgung in den beiden Wundnetzen mit ärztlichen Netzwerkmanagern einen höheren Stellenwert einnimmt als in den anderen Netzwerken. Dies kann als Resultat einer professionsgebundenen Fokussierung bei der

¹⁰⁵⁶ Die unterschiedlichen Farben stehen für die unterschiedlichen Wundnetze.

¹⁰⁵⁷ Vgl. I8: 52.

Vernetzung interpretiert werden, wenngleich ein professionsbedingtes, verzerrtes Antwortverhalten nicht auszuschließen ist.

Die inhaltliche Ausgestaltung wird zudem geprägt durch Veränderungen der Mitgliederzahl und –struktur, die nicht nur eine Anpassung von Absprachen zu Patientenerüberleitungen verlangen, sondern ebenso dazu beitragen können, neue Aktivitäten anzustoßen oder wiederaufzunehmen.¹⁰⁵⁸ Bei zwei der drei Wundnetze mit Forschungsaktivitäten fällt die Beteiligung von Universitätskliniken auf, wobei eine solche lediglich einen fördernden Effekt darstellt. Alle drei Wundnetze mit vergangenen oder gegenwärtigen Forschungsaktivitäten haben bereits Erfahrungen mit der Einführung einer digitalen Wunddokumentation gesammelt, wobei das Wundnetz mit den meisten Forschungsaktivitäten als „Digital Ambitioniert“ eingestuft werden kann und die anderen beiden den Typen „Neulinge“ und „Ernüchterte“ zuzurechnen sind (vgl. Tabelle 22). Obgleich die digitale Vernetzung keine hinreichende Bedingung zu sein scheint, wirkt sie förderlich.

Digitalisierungstyp	Transaktionsinhalt			
	Informationen	Wissen	Versorgung	Forschung
Ambitioniert (2)	2	2	2	1
Neuling (1)	1	1	1	1
Unerfahren (8)	8	8	6	-
Ernüchtert (2)	2	2	2	1

Tabelle 22: Gegenüberstellung von Digitalisierungstyp und Transaktionsinhalt (in Klammern: Anzahl der zugehörigen Netzwerke)

Idealerweise richten sich die inhaltliche Ausgestaltung und die Netzwerkaktivitäten an den Netzwerkzielen aus. Auch wenn nicht im Einzelnen bestimmt werden kann, wie die (beabsichtigte) Ausrichtung und die Aktivitäten die Zielerreichung beeinflussen, weist die direkte Gegenüberstellung der jeweiligen Ziele und der inhaltlichen Ausgestaltung der Austauschbeziehungen zumindest auf konzeptioneller Ebene auf eine grobe, handlungsleitende Wirkung der Ziele hin, insbesondere bei den Wundnetzen, die durch einen externen Manager unterstützt werden.

Angebotene Weiterbildungsmaßnahmen, Schulungen oder Hospitationen sowie der Erfahrungsaustausch, Diskussionen, Fallbesprechungen und Vorträge bei Netzwerktreffen und Mitgliederversammlungen dienen schließlich nicht nur der Erlan-

¹⁰⁵⁸ Vgl. I6: 84, 88; I7: 74; I9: 14.

gung von Faktenwissen, sondern können dazu beitragen, andere Sichtweisen kennenzulernen und voneinander zu lernen, was sich positiv auf die Hauptziele der Verbesserung der Versorgungs- und Lebensqualität der Wundpatienten auswirkt.¹⁰⁵⁹ Dies gilt ähnlich für die Erarbeitung und Empfehlung von Standards, Leitfäden oder Therapiepfaden, vorausgesetzt, die Mitglieder wenden sie an.

4.2.3.5 Zwischen informaler Praxis und Formalisierung

Das Problem sind scheinbar nicht die angestoßenen Aktivitäten bzw. Maßnahmen zur inhaltlichen Ausgestaltung, sondern die Akzeptanz auf individueller Ebene. Eine nicht genutzte Software, nicht besuchte Weiterbildungsveranstaltungen oder nicht genutzte Standards können ihre Wirkung nicht entfalten. Da die Mitgliedschaft in einem Wundnetz generell auf freiwilliger Basis erfolgt, stellt sich die Frage nach dem Formalisierungsgrad der Vernetzung und inwiefern getroffene Vereinbarungen bzw. Absprachen überhaupt einen verbindlichen Charakter haben können bzw. haben. Um sich einer Antwort zu nähern, lohnt sich ein erneuter Blick auf die Organisations- bzw. Rechtsform der Vernetzung. Von den 13 Netzwerken sind neun als Verein organisiert. Rechte und Pflichten ergeben sich damit aus der Vereinssatzung, die mit dem formalen Eintritt anzuerkennen sind. Ein Experte bringt es auf den Punkt und erklärt, dass bspw. die Einhaltung von vorhandenen Behandlungsstandards mit der Anerkennung der Vereinssatzung verpflichtend wird. In der Praxis findet aber keine Kontrolle oder Sanktionierung statt. *„Er erkennt mit der jeweiligen Satzung das an, ich kann aber keinem die Ohren langziehen, wenn er das nicht tut, das ist halt einfach so.“*¹⁰⁶⁰ Die Unterschrift unter den Mitgliedsantrag und die damit einhergehende Anerkennung formaler Regeln hat damit eher einen symbolischen als einen verpflichtenden Charakter.

Dies gilt ebenfalls für die Nutzung einer möglichen Software,¹⁰⁶¹ wengleich dies in einem Netzwerk laut der Aufnahmekriterien sogar verpflichtend ist und den Formalisierungsgrad steigern müsste: *„(...) es ist ja eine freiwillige Maßnahme, es ist jetzt nicht irgendwie, dass man was unterschreibt und sagt hier ((lacht)) Du darfst aber nur zu den und den Rahmenbedingungen machen, das rächt sich immer ganz furchtbar (...).“*¹⁰⁶² Ferner wird die Teilnahme an einer bestimmten Anzahl an

¹⁰⁵⁹ Vgl. I4: 228.

¹⁰⁶⁰ I8: 110.

¹⁰⁶¹ Vgl. I1: 81.

¹⁰⁶² I1: 43.

Netzwerktreffen in einigen Netzwerken vorausgesetzt,¹⁰⁶³ ebenso die Rückmeldung von Wundkennzahlen¹⁰⁶⁴ oder die Nutzung von Überleitungsbögen.¹⁰⁶⁵ Solange die Netzwerkmitgliedschaft aber auf Freiwilligkeit beruht, hängt die Einhaltung solcher Vorgaben vom guten Willen der Akteure ab.¹⁰⁶⁶ Die meisten Netzwerke bezeichnet ein Experte entsprechend als einen „*Club der Beseelten und der Ehrenamtler, die das letztendlich machen dann da, um die Welt zu verbessern.*“¹⁰⁶⁷ Eine rechtsverbindliche Struktur, wie sie eine Genossenschaft ermöglichen könnte oder einen formalen Netzwerkvertrag mit verbindlichen Audits, möchten die meisten Akteure laut des Experten gar nicht, auch wenn dies eine stringente Führung ermöglichen würde.¹⁰⁶⁸ Trotz eines formalen Vereinsbeitrittes und damit der Anerkennung der Vereinssatzung, haben alle verschriftlichten und abgesprochenen Rechte, Pflichten und Regeln nur den Charakter einer Empfehlung.¹⁰⁶⁹ Es wird jedoch versucht, im Rahmen von Schulungen und Beratungen zumindest einen gewissen Standard in der Wundversorgung zu etablieren, nicht indem dieser den Mitgliedern als verbindlich vorgegeben wird, sondern indem sie von der Sinnhaftigkeit überzeugt werden.¹⁰⁷⁰ Des Weiteren wird der Effekt einer Gruppennorm beschrieben, der im Laufe der Zeit mögliche formale Vorgaben ablöst.¹⁰⁷¹

Bei den Netzwerken, die nicht als Verein organisiert sind, ist es aufgrund eines fehlenden formalen Eintritts zunächst schwieriger festzulegen, wer überhaupt Teil des Netzwerks ist. Existiert ein Selektivvertrag, ist zumindest klar, wer diesen unterzeichnet hat. Ein solch formaler Einzelvertrag mit einer Krankenkasse schreibt vor, welche Gremien zu bilden sind, welche Qualifikation die Vertragspartner vorweisen müssen und wie die Kommunikationsflüsse zu organisieren sind. Die Krankenkasse kann bei Nichteinhaltung der Vertragsvorgaben Sanktionen aussprechen.¹⁰⁷² Dieser Vertrag schränkt die Flexibilität des Netzwerks damit zwar ein, ist aber nur für einen kleinen Teil der Netzwerkmitglieder bindend und beschränkt sich auf bei dieser Krankenkasse versicherte Wundpatienten¹⁰⁷³ und „(...) *sollte es so*

¹⁰⁶³ Vgl. NW1, NW6-1, NW6-2.

¹⁰⁶⁴ Vgl. I6: 138.

¹⁰⁶⁵ Vgl. I1: 115.

¹⁰⁶⁶ Vgl. I6: 168.

¹⁰⁶⁷ I6: 50.

¹⁰⁶⁸ Vgl. I6: 50, 136, 138.

¹⁰⁶⁹ Vgl. I5: 58; I7: 148, 192; I8: 114.

¹⁰⁷⁰ Vgl. I5: 58.

¹⁰⁷¹ Vgl. I1: 179.

¹⁰⁷² Vgl. I4: 36, 44, 204.

¹⁰⁷³ Vgl. I4: 170, 174, 176.

sein, dass die Behinderung durch den Vertrag oder die Erschwerung für uns größer ist als ohne, dann müsste man den kündigen.“¹⁰⁷⁴ Das Netzwerk ist entsprechend nicht gleichzusetzen mit dem Selektivvertrag und führt weder Kontrollen noch Sanktionsmaßnahmen durch.¹⁰⁷⁵

In den beiden ausgelaufenen Projekt-Netzwerken gab es einen informellen Konsens zur standardisierten Wundversorgung und in einem zudem eine gemeinsame Software, deren Nutzer zum engen Kreis des Netzwerks gezählt wurden, aber weder die Nutzung dieser noch die Einhaltung der Standards konnte vorgeschrieben werden. Stattdessen wurde hier auf darauf gebaut, dass die Akteure sich die Regeln selbst auferlegen.¹⁰⁷⁶ Ein Experte sieht es sogar als Vorteil, wenn ein Netzwerk keinerlei formalen Charakter hat, sondern als Arbeitsgruppe organisiert ist und hebt die Unverbindlichkeit der Netzwerkteilnahme als niederschwelliges Angebot hervor: *„Kommt, unterschreibt die Anmeldung, dass man da war, aber dadurch, dass wir ja nicht so ein Verein sind, dass man da eintreten muss und muss einen Mitgliedsbeitrag zahlen, ist das bei uns auch ganz offen. Ich glaube davon haben wir profitiert, weil dann kommen immer mal wieder interessierte Leute (...), weil sie ja eben auch wissen, ich muss da nichts Verbindliches machen.*“¹⁰⁷⁷

Dass viele Akteure nur an einem informellen Austausch interessiert sind und vermeintlich mit der Vernetzung einhergehende verbindliche Regeln umgehen, zeigte sich auch während der teilnehmenden Beobachtungen. Statt bspw. wie abgesprochen die Patientendaten über die gemeinsame Wunddokumentationssoftware elektronisch auszutauschen und die Behandlung darüber abzustimmen, präferierten die Leistungserbringer weiterhin die informelle Absprache per Telefon.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bis auf den formalisierten Eintritt in ein als Verein organisiertes Netzwerk, keine Verbindlichkeiten mit der Netzwerkmitgliedschaft einhergehen, wenngleich der Versuch einer formaleren Ausgestaltung der Vernetzung vereinzelt erkennbar ist. Die Einhaltung von Regeln, Standards und Leitlinien und die Nutzung einer gemeinsamen (elektronischen) Wunddokumentation kann weder vorgeschrieben, kontrolliert noch sanktioniert werden.

¹⁰⁷⁴ I4: 174.

¹⁰⁷⁵ Vgl. I4: 56.

¹⁰⁷⁶ Vgl. I2: 30, 156, 158; I3-1: 111.

¹⁰⁷⁷ I9: 66.

Stattdessen setzen die Netzwerke im Anschluss an mögliche Formalisierungsversuche auf die Gruppennorm und auf Schulungen und Beratungen, um eine Verhaltensveränderung zu erwirken. Eine Verbindlichkeit entsteht nur durch einen Vertrag mit einer Krankenkasse, der Bestandteil eines Wundnetzes sein kann, dieses aber nicht definiert.

4.2.3.6 Hierarchie- und Machtstruktur

Die in Deutschland vorherrschende arztzentrierte Versorgung gibt diese klare hierarchische Grundordnung vor. Rein rechtlich haben Pflegekräfte in der Wundversorgung keine Entscheidungsbefugnis, obwohl sie in diesem Feld von zwei Experten in großen Teilen als kompetenter eingeschätzt werden als einige Ärzte, die die diagnostische und therapeutische Verantwortung tragen.¹⁰⁷⁸ Idealerweise sind alle im Netzwerk vertretenen Personen gleichberechtigt und kooperieren trotz historisch gewachsener Hierarchie- und Machtstrukturen im Gesundheitswesen auf Augenhöhe miteinander.

Damit dies gelingt, fällt dem Netzwerkmanagement eine besondere Rolle zu, das darauf achten muss, dass alle Akteure gleichberechtigt miteinander agieren. Und wenn es Akteure gibt, die sich hierarchisch anderen höhergestellt sehen, dann muss das Netzwerkmanagement gegensteuern und dies verhindern, weil jeder einen wichtigen Beitrag leistet.¹⁰⁷⁹ *„Weil es ist ja das schwierige an den Netzen, es gibt immer einen König und da gibt es Untertanen. Und der König hält Hof und die Untertanen, die machen zwar mit und die müssen es auch immer abnicken, das ist eher das, was wir aus der heutigen Zeit nicht mehr so gut kennen, wo ich immer sage, ich sehe den Arzt auch auf meiner Ebene, weil ich immer sage, ich gebe meinen Beitrag da rein, er gibt seinen Beitrag da rein und die Pflegefachkraft gibt ihren Beitrag da rein. Also wichtig ist einfach nicht, wir stehen irgendwie alle übereinander und da ist einer immer wichtiger als der andere, sondern wir sind halt im Rahmen eines Teams aktiv (...).“¹⁰⁸⁰*

Um dies sicherzustellen, definiert einer der externen Netzwerkmanager in jedem betreuten Netzwerk zu Beginn Spielregeln und achtet lt. eigener Aussage darauf,

¹⁰⁷⁸ Vgl. I2: 18; I5: 60.

¹⁰⁷⁹ Vgl. I6: 40; I8: 52.

¹⁰⁸⁰ I8: 52.

dass sich keiner der Akteure zu sehr profiliert und versucht den Takt vorzugeben.¹⁰⁸¹ Dabei ist es später nicht nur wichtig jedem Akteur Raum zu geben, sondern auch auf die interne und externe Kommunikation zu achten. Bei öffentlichen Terminen sollten z. B. nicht nur ärztliche Professionen vertreten sein und es ist Sensibilität dafür erforderlich, in welchen Situationen es zu Machtdemonstration kommt.¹⁰⁸² „So dass die Lernprozesse auf der Kommunikationsebene, das sind so banale Dinge, (...) dass der Chefarzt auf einmal die eine Wundexpertin mit Schwester Sowieso anredete. Sonst hat er oft von Frau und den Nachnamen gesagt und in einer bestimmten Situation auf einmal Schwester Sowieso.“¹⁰⁸³

Besonders herausfordernd wird es, wenn dieselben Konstellationen aus dem Berufsalltag im Netzwerk aufeinandertreffen und das hierarchisch geprägte Arbeitsverhältnis von Arzt und Pflegekraft auf die Netzwerkebene übertragen wird. Die Befürchtung negativer Auswirkungen auf den Berufsalltag verhindert ein Durchbrechen dieses Musters.¹⁰⁸⁴ Hier wird der „doppelte Handlungsrahmen“¹⁰⁸⁵ in besonderer Weise sichtbar: auf der einen Seite das Netzwerk und auf der anderen Seite die arbeitsvertragliche Bindung an die angestammte Organisation – hier eine Arztpraxis – die den interprofessionellen Austausch und den Abbau von Hierarchien hemmt.¹⁰⁸⁶

Ein Problem stellen zudem professionsgebundene Untergruppen in den Netzwerken dar, die Pflegekräfte eher als zuarbeitende Akteure betrachten¹⁰⁸⁷ und diese nur dazu bitten, wenn „wir Pflege benötigen, dann laden wir Pflege, also wenn es ein Pflege Thema ist, laden wir die ein, natürlich, klar.“¹⁰⁸⁸ Dabei ist es laut eines anderen Experten notwendig, dass „[a]lle Professionen, Physio, Podologie und sonstiges, die sind an einem Tisch. Natürlich nicht ständig in allen Diskussionen eingebunden, das muss man auch nicht tun, aber wenn es um organisatorische Strukturen geht, dann macht es Sinn, alle an einen Tisch zu holen und das wird eben vorher in der Agenda ausgewiesen und dann ist gut.“¹⁰⁸⁹

¹⁰⁸¹ Vgl. I6: 24, 30.

¹⁰⁸² Vgl. I2: 44.

¹⁰⁸³ I2: 50.

¹⁰⁸⁴ Vgl. I2: 34.

¹⁰⁸⁵ Vgl. Sydow/Windeler (2000b), S. 5.

¹⁰⁸⁶ Vgl. I2: 12.

¹⁰⁸⁷ Vgl. I2: 12; I4: 162, 204.

¹⁰⁸⁸ I4: 166.

¹⁰⁸⁹ I6: 26.

Alle hier betrachteten Netzwerke sind interprofessionell besetzt. Um professionsgebundene Meinungen besser abbilden und demokratisch berücksichtigen zu können und letztendlich die Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu forcieren, besetzen einige Netzwerke den Vereinsvorstand oder andere Gremien bewusst interprofessionell, auch wenn der Vorsitz meist ärztlich besetzt ist.¹⁰⁹⁰

Viele der Bemühungen, Hierarchien abzubauen und die Rollen nach Kompetenzen und nicht nach hierarchischer Stellung im Arbeitsalltag zu verteilen, führen dennoch nicht zum erhofften Erfolg. So wird geäußert, die Vernetzung hätte bisher weder Hierarchien aufbrechen, noch dazu beitragen können, dass sich die Fachleute auf die Lösung von Sachproblemen konzentrierten und die Hierarchie und damit verbundenes Ansehen und Prestige außen vor ließen.¹⁰⁹¹ Hierarchische Abstufungen werden z. B. dadurch deutlich, dass bei den Zugriffs- und Schreibrechten auf die Dokumentationssoftware intraprofessionell zwischen Facharzt und Hausarzt unterschieden wurde, weil diesen nicht die notwendige Expertise zugesprochen wurde und dies zu Unmut bei den Hausärzten führte.¹⁰⁹² Ähnliches berichtet ein anderer Experte und verweist auf die Hausärzte, die sich beschwerten, dass die Fachärzte ihnen zwar vorschreiben würden, was sie tun sollen, sich selber aber nicht engagieren würden.¹⁰⁹³ Ein Experte meint zudem, dass Ärzte lieber unter sich bleiben, statt sich interprofessionell zu vernetzen und Kompetenzen anderer anzuerkennen.¹⁰⁹⁴ Nur wenige Experten äußern sich positiv. Ein Experte ist der Ansicht, dass im Laufe der Zeit Hemmungen und hierarchische Strukturen abgebaut werden konnten und sich die Zusammenarbeit verbessert hat.¹⁰⁹⁵ In einem anderen Fall wird auf das Gefühl verwiesen, dass der Einfluss der Pflegekräfte durch die wahrgenommene Kompetenz in und außerhalb des Netzwerks gewachsen ist¹⁰⁹⁶ und anfänglich beobachtbare hierarchische Abstufungen zwischen Pflegekräften aus der Kranken- und Altenpflege mit der Zeit abgenommen haben.¹⁰⁹⁷

Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtungen wurden die trotz des Versuchs einer Auflösung weiterhin bestehenden hierarchischen Abstufungen insbesondere

¹⁰⁹⁰ Vgl. I5: 130; I7: 76, 160; I8: 52; I10: 2.

¹⁰⁹¹ Vgl. I2: 76-78; I3-1: 199.

¹⁰⁹² Vgl. I2: 98.

¹⁰⁹³ Vgl. I4: 76.

¹⁰⁹⁴ Vgl. I3-1: 199.

¹⁰⁹⁵ Vgl. I1: 18, 20.

¹⁰⁹⁶ Vgl. I9: 34.

¹⁰⁹⁷ Vgl. I9: 40.

bei inhaltlichen Diskussionen zwischen ärztlichen und pflegerischen Professionen durch die sprachliche Ausdrucksweise deutlich, die zuweilen dazu führte, dass sich Pflegekräfte bei Diskussionen zurückhielten und ihr Wissen nicht einbrachten. Dies konnte ähnlich bei der Begleitung der ambulanten Pflegekraft im Arbeitsalltag beobachtet werden. Sobald ein Arzt anwesend war, beschränkte sie sich darauf, Handlungsanweisungen entgegenzunehmen, statt wie intraprofessionell beobachtbar, nach einem fachlichen Austausch ein adäquates Vorgehen abzustimmen oder selber die Rolle der Anweisenden einzunehmen. Obwohl bei intraprofessionellen Treffen offener diskutiert wurde, zeichnete sich ebenso zwischen Haus- und Fachärzten eine hierarchische Struktur ab, indem die Fachärzte die Zuweiserrolle des Hausarztes betonten und ihre eigenen Kompetenzen hervorhoben.

4.2.3.7 Informations- und Kommunikationsfluss

Der Informations- und Kommunikationsfluss innerhalb und außerhalb eines Netzwerks kann grundsätzlich eher zentral über einen Verantwortlichen oder dezentral organisiert sein. Um zu analysieren, wie dies in den betrachteten Wundnetzwerken geregelt ist, wird zunächst hinterfragt, ob überhaupt ein Kommunikationskonzept erkennbar ist, wer wofür zuständig ist und welche Kommunikationsgelegenheiten bzw. Kommunikationskanäle genutzt werden.

Um es vorwegzunehmen: Keiner der Experten wies während der Interviews auf eine bestehende und umgesetzte Kommunikationsstrategie hin, die dazu dienen könnte, den internen und externen Kommunikationsfluss zu strukturieren. Die Kommunikationsstrukturen in den Netzwerken scheinen eher emergent gewachsen zu sein. Die Netzwerkmanager übernehmen meist einen Großteil der Kommunikationsarbeit bzw. versuchen diese zu koordinieren. Dabei lässt sich eine Vielzahl an unterschiedlichen Kommunikationswegen mit internen und externen Akteuren aufzeigen. Lediglich in einem Projektnetzwerk wurde ein Kommunikationskonzept in Auftrag gegeben, dessen Umsetzung wegen des Projektendes aber ausblieb.¹⁰⁹⁸

Die neun Netzwerke, die eine Homepage vorweisen können,¹⁰⁹⁹ nutzen diese auch als Kommunikationsplattform für Patienten und Interessierte. Als weitere externe Kommunikationskanäle greifen die Netzwerke auf öffentliche Veranstaltungen wie Messen oder Symposien, Telefoninformationstage oder Printmedien (z. B.

¹⁰⁹⁸ Vgl. I2: 86.

¹⁰⁹⁹ Vgl. NW1, 3-1, 5, 6-1, 6-2, 7, 8-1, 8-2, 10.

Flyer) zurück.¹¹⁰⁰ Ein Experte merkt zu den öffentlichen Veranstaltungen an: „Die Außendarstellungen sind bei unterschiedlichen Gelegenheiten von unterschiedlichen Personen wahrgenommen worden.“¹¹⁰¹ Dabei wurde das Netzwerk bei vermeintlich wichtigen Terminen mit politischen Vertretern nur durch ärztliche Professionen und den Netzwerkmanager vertreten.¹¹⁰² Die Nicht-Berücksichtigung anderer Professionen spiegelt die hierarchische Ausgestaltung des Netzwerks wider und trägt dazu bei, diese zu verfestigen. Dies gilt ebenso für die interne Kommunikation. Professionsgebundene Kommunikationsplattformen wie ein rein ärztlicher Qualitätszirkel oder eine Arbeitsgruppe nur für Pflegekräfte können einen angestrebten Austausch von Informationen und Beschlüssen zwischen den Gruppen behindern.¹¹⁰³ Problematisch sind zudem informelle Gremien, die genutzt werden, um sich vorab abzustimmen und Entscheidungen zu beschleunigen.¹¹⁰⁴

Neben professionsgebundenen Plattformen, finden in allen Netzwerken regelmäßig Netzwerktreffen zur professionsübergreifenden und persönlichen Kommunikation statt. Wenn es um Patienteninformationen geht, werden diese jedoch zu meist per Telefon, Fax oder Smartphone kommuniziert.¹¹⁰⁵ Dies gilt ebenfalls für Netzwerke, die eine gemeinsame Dokumentationssoftware oder eine Intranet-Plattform haben,¹¹⁰⁶ die auch dazu gedacht sind, als zentrale Kommunikationsplattformen zwischen den Mitgliedern zu dienen und eine gemeinsame Kommunikationsbasis zu schaffen, aber kaum oder nicht genutzt werden.¹¹⁰⁷ Das Fax sieht ein Experte immer noch als Standard-Kommunikationsinstrument im Gesundheitswesen.¹¹⁰⁸ Auch das Einscannen von bspw. Überleitungsbögen und Versenden per Mail, oder die papierbasierte Übermittlung durch die Zwischenschaltung des Patienten, sind üblich.¹¹⁰⁹ Ein Experte ist der Ansicht, „die Kommunikation auch über diese Schiene, hat gut funktioniert, dass man eben auch dann selbst wenn man den Papiausdruck mitgibt, von der Kommunikation, das ist immer noch besser, als wenn es nirgendwo steht oder mündlich überliefert wird oder da steht halt ein Satz

¹¹⁰⁰ Vgl. I1: 49; I2: 42; I5: 48; I9:62; I10: 26.

¹¹⁰¹ I2: 42.

¹¹⁰² Vgl. I2: 44.

¹¹⁰³ Vgl. I2: 12.

¹¹⁰⁴ Vgl. I2: 34, 36.

¹¹⁰⁵ Vgl. I8: 76-80; I7: 98; I9: 26, 30; I10: 42, 44, 52.

¹¹⁰⁶ Vgl. NW1, 3-1, 4, 5, 7, 8-1, 8-2, 10.

¹¹⁰⁷ Vgl. I7: 96; I10: 54.

¹¹⁰⁸ Vgl. I6: 176.

¹¹⁰⁹ Vgl. I1: 115; I7: 16; I9: 30.

*da unten irgendwo drin, im Arztbrief oder sowas, das ist immer schon für die Weiterbehandler oder den Hausarzt oder für Fachärzte oder für die Pflegedienste schon wichtig und das hat sich auch sehr gut bewährt.*¹¹¹⁰ Weitere Instrumente stellen Newsletter¹¹¹¹ und Protokolle für Mitglieder dar.¹¹¹²

In dem Netzwerk mit bestehendem Selektivvertrag, musste vorab ein spezifischer Kommunikationsfluss definiert werden, wobei dies vermutlich die Patientinformationen und deren Weiterleitung an die Krankenkasse betrifft und nur für die vier Vertragspartner und die Versicherten der Krankenkasse gilt.¹¹¹³

4.2.4 Netzwerkcharakteristika – Kulturelle Merkmale

Die ausgehandelte und vorherrschende gelebte Kultur prägt das Verhalten der Akteure und damit die Zusammenarbeit. Die Kooperationskultur wird damit zum koordinierenden und gestaltenden Element des Netzwerks und hat einen wesentlichen Einfluss auf die Kooperationsqualität. Die Analyse der Kooperationskultur erfolgt über die Dimensionen Vertrauen, Konflikte und Commitment.

4.2.4.1 Vertrauen als wichtiges Band: Zwischen Vertrauensvorschuss, Skepsis und Kontrollmechanismen

Eine strukturierte, interorganisationale Zusammenarbeit verlangt gegenseitiges Vertrauen.¹¹¹⁴ *„Man kennt sich, man traut sich, man weiß, dass man sich aufeinander verlassen kann. Das ist schon ein wichtiges Band (...).“*¹¹¹⁵ Ist dieses nicht vorhanden, ist ein Experte überzeugt, *„funktioniert das alles nicht, wenn da Misstrauen vorherrscht, ist das zum Scheitern verurteilt.“*¹¹¹⁶

Auch wenn ein Experte davon ausgeht, dass, ähnlich wie es Rief (2008)¹¹¹⁷ beschreibt, zu Beginn der Vernetzung ein Vertrauensvorschuss existiert,¹¹¹⁸ muss dieses Vertrauen erst gedeihen und dies geschieht zunächst zwischen Personen und nicht zwischen Institutionen. Ein Problem ist dabei der häufige Wechsel von Akteuren in den verschiedenen Institutionen, *„deswegen muss man da auch sehr Obacht haben und das ist immer von Leuten abhängig, nicht mit irgendwelchen*

¹¹¹⁰ Vgl. I7: 88.

¹¹¹¹ Vgl. I5: 48.

¹¹¹² Vgl. I2: 148.

¹¹¹³ Vgl. I4: 44.

¹¹¹⁴ Vgl. I4: 58, I8: 54.

¹¹¹⁵ I5: 54.

¹¹¹⁶ I6: 30.

¹¹¹⁷ Vgl. Rief (2008), S. 274.

¹¹¹⁸ Vgl. I2: 40.

Institutionen oben drüber, sondern immer von Leuten vor Ort. ¹¹¹⁹ Dafür müssen sich die Akteure persönlich kennen, ebenso wie die Arbeitsweisen und Kompetenzen des Gegenübers. ¹¹²⁰ Am besten scheint dies regional zu funktionieren und wenn die Akteure aufeinander angewiesen sind. ¹¹²¹

Statt des Vorhandenseins eines Vertrauensvorschlusses berichten einige Experten, dass zu Beginn der Vernetzung trotz bereits bestehender Beziehungen die Skepsis überwog. Die Mitwirkung von Akteuren und deren Absichten wurden hinterfragt und die allgemeine Haltung wurde als eher abwartend empfunden. ¹¹²² Jedoch konnten die Netzwerkmanager in diesen Wundnetzen beobachten, dass es mit der Zeit immer besser wurde. *„Das war am Anfang vielleicht noch so ein bisschen reserviert, wenn ich mich so an die ersten 1, 2 Jahre erinnere. Interessant ist, dass sich das auch in der Kommunikation, auch im Umgang miteinander ja einfach durch Vertrauen, durch die Zusammenarbeit über die Jahre hinweg sehr entspannt hat, also die Leute wissen einfach, was sie voneinander haben und dementsprechend ist auch die Kommunikation, meistens auf eher einer professionellen, freundschaftlichen Ebene, so würde ich es mal ausdrücken.* ¹¹²³

Das Misstrauen gegenüber (potenziellen) Netzwerkpartnern aus der Industrie scheint dagegen permanent vorhanden zu sein, da diese als ökonomisch motiviert wahrgenommen werden. ¹¹²⁴ Einer der Experten rät in diesem Kontext, das Netzwerk industrieunabhängig zu gestalten, um das Vertrauen in das Netzwerk an sich nicht zu gefährden. ¹¹²⁵

Dabei ist grundsätzlich das Vertrauen in die Person an sich und das Vertrauen in deren Fachkompetenz zu unterscheiden. Das Vertrauen in die Expertise und die Glaubwürdigkeit der Mitversorger kann den eigenen Suchprozess und sogar Studien ersetzen. ¹¹²⁶ Fehlt das Vertrauen in die Kompetenzen anderer Akteure, führt dies dazu, dass Versorgungsteilaufgaben selber ausgeführt werden, obwohl sie nicht in den eigentlichen Aufgabenbereich fallen. ¹¹²⁷ Misstrauen führt entsprechend zu mehr Arbeit und verhindert eine effiziente Aufgabenteilung.

¹¹¹⁹ I7: 74.

¹¹²⁰ Vgl. I1: 24, 36; I4: 58; I7: 28, 78; I8: 54; I9: 40; I10: 32.

¹¹²¹ Vgl. I4: 58; I7: 28, 78.

¹¹²² Vgl. I1: 36; I8: 54, 56; I9: 40.

¹¹²³ I1: 36.

¹¹²⁴ Vgl. I7: 78.

¹¹²⁵ Vgl. I5: 56.

¹¹²⁶ Vgl. I5: 54.

¹¹²⁷ Vgl. I10: 104.

Ein Netzwerkmanager wünscht sich mehr Transparenz und meint, dass dies mehr Vertrauen schaffen würde: „*Was fehlt sind einheitliche Qualitätskriterien und Standards, die man dann einmal im Monat benchmark und sagt, also hier, die machen das gut, die machen das nicht so gut, hier gibt es klare Kriterien, was besser zu machen wäre usw. Wenn sowas etabliert wäre, könnte ich mir vorstellen, wäre das Vertrauensverhältnis besser oder höher.*“¹¹²⁸ Entgegen dieser Aussage würde mehr Transparenz aber mehr Kontrolle ermöglichen und damit Vertrauen ersetzen.

Während der Beobachtungen konnte zudem festgestellt werden, dass nicht nur Kompetenzen infrage gestellt wurden, sondern auch die Datenqualität elektronisch übermittelter Patientenbefunde und dass dies trotz eines Informationsaustausches in Doppelunteruntersuchungen mündete. Als Kernthemen in der versorgungsrelevanten Zusammenarbeit und der digitalen Vernetzung kristallisierten sich weiterhin der Umgang mit Zugriffsberechtigungen sowie Eigentumsrechten an den Daten heraus, die bis zum Abschluss der Beobachtungen ungeklärt blieben. Es wurde dabei speziell durch die Ärzte die Sorge geäußert, dass die elektronische Wunddokumentation von anderen Mitgliedern als Kontrollinstrument genutzt werden könnte.

Aus den Interviewaussagen lassen sich zudem professionsgebundene Unterschiede ableiten. Insbesondere zwischen Ärzten scheint es herausfordernder zu sein, das allgemeine Misstrauen abzubauen.¹¹²⁹ Einer der Netzwerkmanager hat den Eindruck, zwischen Ärzten würde häufig die Befürchtung vorherrschen, dass diese sich gegenseitig Patienten wegnehmen könnten.¹¹³⁰

Es wird als Aufgabe des Netzwerkmanagements gesehen, das vor allem zu Beginn vorherrschende Misstrauen abzubauen und neben den positiven Dingen ebenfalls die negativen offen anzusprechen.¹¹³¹ Am Anfang können öffentliche Veranstaltungen helfen, um über Ziele und Aktivitäten des Netzwerks zu informieren und Vorbehalte bereits vor Eintritt in das Netzwerk abzubauen.¹¹³² Im Idealfall ersetzt die Marke des Netzwerks mit der Zeit diesen Vertrauensbildungsprozess und strahlt auf die Netzwerkmitglieder ab, so dass die Netzwerkmitgliedschaft wie ein Label wirkt und ferner das Gefühl des Dabei-Sein-Wollens verstärkt.¹¹³³

¹¹²⁸ I4: 58.

¹¹²⁹ Vgl. I2: 34, 150.

¹¹³⁰ Vgl. I6: 30.

¹¹³¹ Vgl. I8: 56.

¹¹³² Vgl. I4: 168.

¹¹³³ Vgl. I4: 168; I5: 56, 62.

Vertrauen ist jedoch ein fragiles Gebilde und kann schnell wieder verloren gehen, wenn soziale Normen missachtet werden und individuelle Ziele auf Kosten des Netzwerks in den Vordergrund rücken. Ein gravierender Vertrauensverlust kann sogar dazu führen, dass keine fruchtbare Zusammenarbeit mehr möglich ist.¹¹³⁴

4.2.4.2 Ursachen und Auswirkungen von Konflikten

Konflikte bleiben auch in freiwillig gebildeten Netzwerken nicht aus. Einen potenziellen Konfliktherd stellt zunächst die Konsumhaltung vieler Netzwerkmitglieder dar und die von den Experten detektierte fehlende Bereitschaft, Aufgaben zu übernehmen.¹¹³⁵ Mehrere Experten stellen auf die vorhandenen Partikularinteressen der Netzwerkmitglieder ab und berichten, dass es immer dann zu Konflikten kommt, wenn einzelne Netzwerkmitglieder sich nicht an die Rahmenbedingungen und Absprachen im Netzwerk halten, sondern die eigenen Interessen und Ziele zu sehr in den Vordergrund rücken und die Ressourcen des Netzwerks und der anderen Mitglieder einseitig abschöpfen.¹¹³⁶ Das Netzwerk wird hier bewusst für eigene Zwecke ausgenutzt. Um die Interessen des Netzwerks als Ganzes nicht zu gefährden, wird versucht dies mit regulatorischen Maßnahmen wie z. B. Schulungen und Leitfäden zu verhindern.¹¹³⁷ Außer möglichen Sanktionen durch die Gruppe zeichnen sich keine anderen Sanktionsmaßnahmen ab. Wie im vorherigen Abschnitt angemerkt, kann das Vertrauensverhältnis durch solche Verhaltensweisen zerstört werden und dazu führen, dass sich die Netzwerkmitglieder skeptisch beäugen.¹¹³⁸

Dass Akteure sich einen Nutzen von der Vernetzung versprechen, wurde zuvor thematisiert und ist nicht verwerflich, solange das Netzwerk als Einheit nicht darunter leidet. Werden die oftmals zu hohen Erwartungen jedoch nicht erfüllt oder es entsteht das Gefühl, einige Akteure würden vor allem finanziell mehr von der Kooperation profitieren, führt dies zu Unmut und Streitigkeiten.¹¹³⁹ Hier wird die theoretisch aufgezeigte Notwendigkeit bekräftigt, dass die Ergebnisbewertung dem Gerechtigkeitsziel standhalten muss.

¹¹³⁴ Vgl. I1: 43; I2: 20, 37-38, 40.

¹¹³⁵ Vgl. I1: 209-211; I3-2: 135.

¹¹³⁶ Vgl. I1: 43, 209-211; I4: 76, 168; I5: 58, 85; I6: 34; I7: 78.

¹¹³⁷ Vgl. I5: 58, 128.

¹¹³⁸ Vgl. I7: 78.

¹¹³⁹ Vgl. I4: 70, 76; I8: 58; I9: 40; I10: 30.

Kompetenzgerangel,¹¹⁴⁰ Konkurrenzdenken¹¹⁴¹ und eine trotz der Netzwerkmitgliedschaft fehlende (aktive) Kooperationsbereitschaft¹¹⁴² sind weitere Auslöser für Konflikte. Ein Experte stellt dabei speziell auf die Ärzte ab und meint, dass sich diese untereinander grundsätzlich nicht einig sind, es sei denn es geht gegen ihre Profession, dann solidarisieren sie sich.¹¹⁴³ Dies äußert er ähnlich in Bezug auf Pflegekräfte, wobei diese seiner Ansicht nach gerne die Opferrolle für sich beanspruchen würden, indem sie darauf abstellen, dass sie anderen zwar gerne helfen, aber dabei wenig Geld verdienen und nicht wertgeschätzt würden.¹¹⁴⁴ Auf ärztliche Professionen bezogen erzählt ein anderer Experte: *„Und es ist ja wirklich so, es geht ja manchmal um den kleinen Apfel, den man da hat, den man dann teilen muss, den muss man aber auch teilen.“*¹¹⁴⁵ Der Konkurrenzgedanke und –druck scheint sich aber nicht nur auf diese Professionen zu beschränken, sondern ist zwischen allen Partnern trotz der Vernetzung präsent. *„Und selbst dort merkst Du dann durch die Blume, wie der eine über den anderen psst psst psst, irgendwas in den Raum wirft. Also dieser Konkurrenzdruck untereinander ist überall gegeben und der Futterneid in Führungszeichen auch, ob das Kliniken sind, ob das teilweise Pflegeeinrichtungen sind oder Hauskrankenpflege (...).“*¹¹⁴⁶

Konflikte zwischen den Professionen entstehen einem Netzwerkmanager folgend durch eine Dominanz und Machtdemonstration ärztlicher Professionen, die sich dadurch ausdrückt, dass Ärzte die Ansichten und Meinungen anderer Professionen missachten und die Aktivitäten des Netzwerkmanagements versuchen zu steuern und zu beschneiden.¹¹⁴⁷ Ein zwischen den Konfliktparteien bestehendes reguläres Arbeitsverhältnis im Arbeitsalltag kann diesen verschärfen. Zu intraprofessionellen Konflikten führte in diesem Netzwerk zudem die nach Fach- und Hausärzten praktizierte Unterscheidung bei den Zugriffsrechten auf die Dokumentationssoftware. Die Hausärzte verlangten auf ihre hohe Expertise abstellend auch die für Fachärzte vorgesehenen erweiterten Lese- und Schreibrechte.¹¹⁴⁸

¹¹⁴⁰ Vgl. I4: 76.

¹¹⁴¹ Vgl. I10:30.

¹¹⁴² Vgl. I8: 40; I9: 40.

¹¹⁴³ Vgl. I4: 64.

¹¹⁴⁴ Vgl. I4: 66.

¹¹⁴⁵ I8: 40.

¹¹⁴⁶ I10: 30.

¹¹⁴⁷ Vgl. I2: 46.

¹¹⁴⁸ Vgl. I2: 98.

Grundsätzlich scheint zudem die Beteiligung von Industriepartnern sehr konfliktbehaftet zu sein. Das Misstrauen vieler Akteure ggü. der Industrie resultiert manchmal darin, dass es zu Austritten bzw. Ablehnungen eines Eintritts kommt, wenn Industriepartner Teil des Netzwerks sind.¹¹⁴⁹ Die fehlende Bereitschaft von Homecare-Unternehmen zur Offenlegung von Materialkosten¹¹⁵⁰ und fragwürdige Refinanzierungsquellen dieser Akteure fallen ebenso negativ auf und schüren Konflikte, was tlw. darin mündet, dass die Zusammenarbeit mit diesen beendet wird.¹¹⁵¹

Handelt es sich bei den Mitgliedern um Institutionen, kann dies zum Streitfall führen, wenn diese nicht immer ausreichend Fachkräfte für die operative Vernetzung bereitstellen.¹¹⁵² Dieses Problem kann immer auftauchen, wenn eine Institution und nicht eine Einzelperson Kooperationspartner ist.

Ein Experte stellt rückblickend fest, dass fehlende Planungen und Vereinbarungen sowie die eher vorherrschende Learning by Doing Strategie zu unvorhergesehenen Konflikten zwischen den Netzwerkmitgliedern führten, die letztendlich die Weiterentwicklung des Netzwerks verhinderten.¹¹⁵³ Hier führte eine fehlende vertragliche Vereinbarung zu den Urheberrechten an der gemeinsam entwickelten Dokumentationssoftware zu einem großen Konflikt, der letztendlich nicht gelöst werden konnte und das Ende der Vernetzung einläutete.¹¹⁵⁴

Dabei können Konflikte einen Mehrwert für die Weiterentwicklung des Netzwerks und der Wundversorgung bieten, unter der Voraussetzung, dass sie sachlich ausgetragen werden.¹¹⁵⁵ Auch hier ist das Netzwerkmanagement gefragt, das versuchen muss diese moderierend zu lösen, um damit Austritte aus dem Netzwerk zu vermeiden.¹¹⁵⁶ Im besten Falle kann das NWM einigen Konflikten bereits vorbeugen, indem Probleme aktiv angesprochen werden.¹¹⁵⁷ *„Klar, man beäugt sich am Anfang und letztendlich hat das auch damit ganz viel zu tun, wie man sich dann auch aktiv ins Netzwerk einbringt. Es gibt mit Sicherheit Kollegen, die sind zwar da, aber die bringen sich nicht aktiv mit ein. Die sich einfach, ja, zurieseln lassen wollen, vielleicht das ein oder andere Faktoring für sich mitnehmen, aber nie von*

¹¹⁴⁹ Vgl. I10: 34.

¹¹⁵⁰ Vgl. I4: 60.

¹¹⁵¹ Vgl. I2: 112.

¹¹⁵² Vgl. I7: 80.

¹¹⁵³ Vgl. I2: 28.

¹¹⁵⁴ Vgl. I2: 40.

¹¹⁵⁵ Vgl. I2: 34.

¹¹⁵⁶ Vgl. I8: 58

¹¹⁵⁷ Vgl. I1: 24; I9: 40.

sich aus was aktiv ins Netz beisteuern. Und das ist spannend, weil das wird von der Gruppe gesehen und das wird auch entsprechend bewertet, so dass man sagt, na ja, die Person ist ja eh nur da, um Informationen abzugraben ((lacht)), während andere wirklich sagen, ich nehme Informationen mit, ich gebe aber auch aktiv Informationen in die Gruppe rein. Das Ganze zu steuern ist recht schwer, man kann es steuern, indem man einfach auch aktiv auf solche Menschen zugeht und sagt, pass auf, bring Dich doch mal mit ein. ¹¹⁵⁸

Insgesamt fällt auf, dass sich die Konfliktursachen und Auswirkungen unabhängig vom organisationalen bzw. vertraglichen Rahmen sehr ähneln. Tendenziell steigt das Konfliktniveau mit ansteigender Heterogenität der Mitglieder.

In der folgenden Abbildung werden die identifizierten Konfliktursachen und Konfliktauswirkungen sowie der Umgang mit diesen seitens des Netzwerkmanagements und des Kollektivs zusammenfasst.

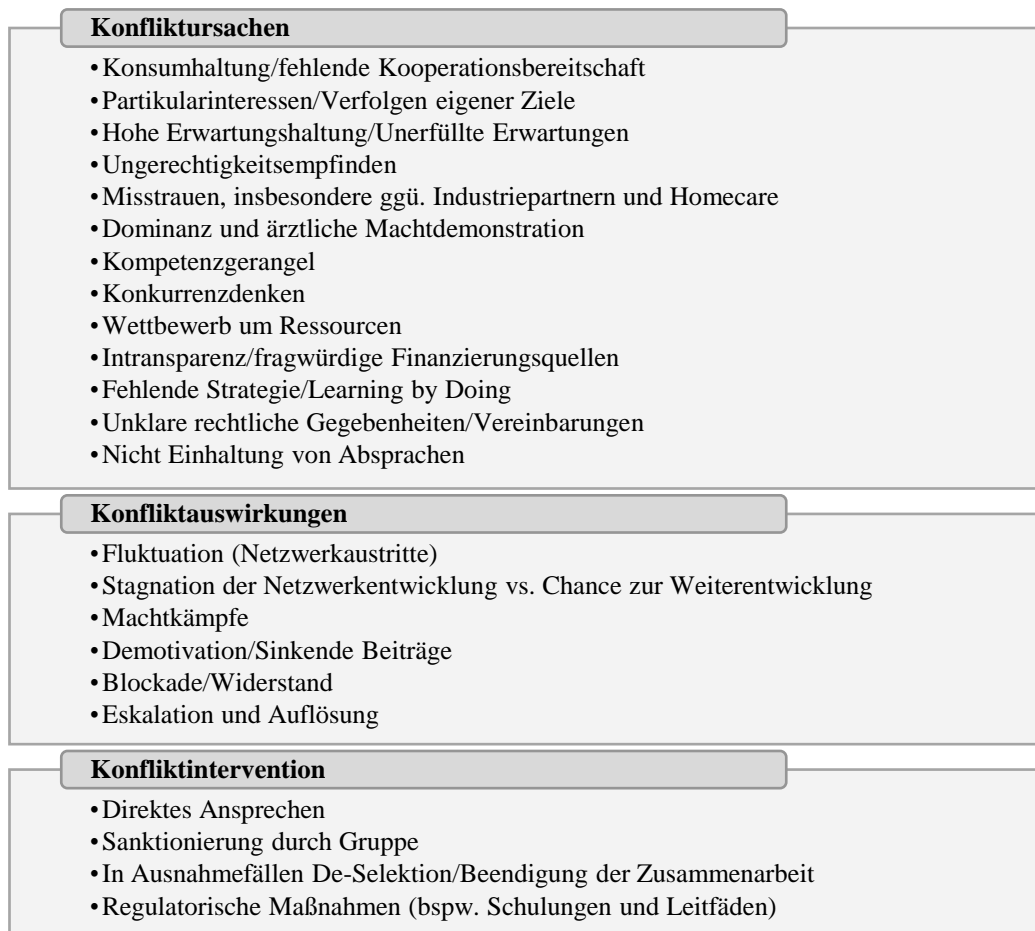


Abbildung 31: Übersicht Konfliktursachen und Konfliktauswirkungen

¹¹⁵⁸ I1: 24.

4.2.4.3 Commitment: Einheit trotz Vielfalt?

Identifizieren sich die Mitglieder mit einem Netzwerk, entwickeln ein Gemeinschaftsgefühl und verstehen sich als eine Einheit, kann dies trotz der Heterogenität und möglicher Konflikte einer Beitragsreduzierung oder gar einem Austritt entgegenwirken. Entsprechend wird in den Wundnetzen nach Hinweisen dafür gesucht.

Wenngleich sich überwiegend ein verhaltenes Commitment abzeichnet, gibt es einige erfreuliche Anzeichen. Trotz der insgesamt vorherrschenden Konsumhaltung sieht ein Netzwerkmanager zumindest einen „positiven Trend“ und verweist auf eine kleine Gruppe von Akteuren, die sich ohne direkte persönliche Vorteile für die Gemeinschaft einsetzen.¹¹⁵⁹ Ein weiterer Experte äußert sich recht positiv und meint, dass er immer bei besonderen Veranstaltungen ein Zusammengehörigkeitsgefühl wahrnimmt, weil alle gewillt sind mitzuhelfen und sich für die Durchführung verantwortlich fühlen.¹¹⁶⁰ Es sei wichtig, als Netzwerk geschlossen aufzutreten und Kontinuität zu signalisieren, um nach außen als Einheit wahrgenommen zu werden.¹¹⁶¹ Der Experte meint weiter, dass die Loyalität untereinander dazu führt, dass die Akteure sich gegenseitig verpflichtet fühlen und versuchen zumindest kleine Schritte zu gehen und das Netzwerk aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln.¹¹⁶² Auch die gemeinsame Entwicklung einer Dokumentationssoftware kann ein Erfolgserlebnis darstellen, das alle Mitwirkenden mit Stolz erfüllt und ein Gemeinschaftsgefühl erzeugt.¹¹⁶³ Dabei wird es als wichtig angesehen, dass alle an einem Strang ziehen, wenn es darauf ankommt.¹¹⁶⁴

Bis auf die oben aufgezeigten Ausnahmen, finden sich keine Indizien dafür, dass dies kontinuierlich und in allen Netzwerken gegeben ist. Fehlendes Commitment zeigt sich bspw. dadurch, dass Netzwerktreffen und andere interne Veranstaltungen kaum besucht werden und der Austausch insgesamt ausbleibt.¹¹⁶⁵ Dabei ist die Anfangsphase häufig von Enthusiasmus geprägt. *„Aber das hat eben auch damit zu tun, dass wir damals einfach voller Enthusiasmus das Ding auch wirklich massiv vorangetrieben haben und diese Chance auch gesehen haben, wenn das läuft, ist*

¹¹⁵⁹ Vgl. I10: 34, 46.

¹¹⁶⁰ Vgl. I9: 90.

¹¹⁶¹ Vgl. I9: 74.

¹¹⁶² Vgl. I9: 120.

¹¹⁶³ Vgl. I2: 42, 82.

¹¹⁶⁴ Vgl. I1: 22.

¹¹⁶⁵ Vgl. I3-2: 135; I3-1: 134.

*das ist für uns eine tolle Gelegenheit uns auch und diese Abteilung und uns natürlich auch beruflich weiterzuentwickeln. Und das haben wir halt eben auch forciert und genutzt und das war einfach auch eine tolle Zeit. Von daher ist das schon total wertvoll, aber so aus heutiger Sichtweise muss man natürlich auch sagen, man müsste das wirklich ganz, ganz anders angehen, wenn man sowas macht.*¹¹⁶⁶ Als „anders“ lassen sich hier vor allem eine langfristige Finanzierungsgrundlage, Unabhängigkeit von der Industrie und ein hauptberufliches Management ableiten.¹¹⁶⁷

Ein Experte ist generell der Ansicht, dass eine eigene Netzwerkidentität und das Pflichtgefühl der Akteure nur erreicht werden kann, wenn das Netzwerk möglichst regional begrenzt ist und sich die Akteure kennen: *„(...) ein Wundnetz sollte so klein wie möglich funktionieren, es sollte ein Visus haben nach außen, aber es sollte eine Funktion haben auf einen möglichst begrenzten Rahmen, damit dann auch die Menschen, die dort aktiv sind, sich verpflichtet fühlen und auch sich mitgenommen fühlen in ihrer Region was zu tun. Weil je weiter ich das spinne, desto schwieriger wird es, Vergleichbarkeit zu schaffen. Und diese Menschen, die sich dann alle nicht mehr kennen, die werden auch nicht zusammenarbeiten.*¹¹⁶⁸ Interessant ist in diesem Fall, dass sich das betreute Netzwerk als überregionales Netzwerk bezeichnet.

Das Commitment-Management wird indes dem Aufgabenbereich des Netzwerkmanagements zugerechnet. Einer der Netzwerkmanager verdeutlicht, dass das betreute Netzwerk bis zur Einbindung des externen Managements eher ein loses, inaktives Netzwerk war und inzwischen darauf geachtet wird, dass sich jeder als Teil des Ganzen fühlt und sich einbringt.¹¹⁶⁹ Damit das Commitment und abgeleitet das Engagement aufrechterhalten werden können, müssen die Akteure einen roten Faden erkennen und einen Sinn in den Aktivitäten des Netzwerks sehen.¹¹⁷⁰ Das Phänomen, das ganze Institutionen Netzwerkmitglieder sein können und häufig wechselnde Mitglieder erschweren dagegen den Aufbau einer gemeinsamen Identität.¹¹⁷¹

Ähnlich wie es literaturbasiert aufgezeigt wurde, fielen während der Beobachtungen und Hospitationen der professionsgebundene, unterschiedliche Gebrauch von Terminologien in der mündlichen sowie schriftlichen

¹¹⁶⁶ I3-1: 169.

¹¹⁶⁷ Vgl. I3-2: 171.

¹¹⁶⁸ I5: 156.

¹¹⁶⁹ Vgl. I8: 36, 52.

¹¹⁷⁰ Vgl. I6: 106.

¹¹⁷¹ Vgl. I7: 130.

Kommunikation und die unterschiedlichen Arbeitsroutinen auf. Der Versuch der Vereinheitlichung der Prozesse und der semantischen Standardisierung sowie deren Abbildung in der elektronischen Wunddokumentation, führten zu einer zeitlichen und kognitiven Mehrbelastung der Nutzer, da die Terminologien plötzlich andere waren und sich die Software als ungeeignet für den eigenen Arbeitsalltag erwies. Bei dem Versuch der Standardisierung wurde der Vielfalt der Akteure nicht ausreichend Rechnung gezollt. Dies hätte bspw. durch eine *Übersetzungsleistung* der Software und eine flexiblere Integration in den Versorgungsalltag bewerkstelligt werden können.¹¹⁷²

4.2.5 Netzwerkmanagement

Auch die Art der Steuerung und Führung des Netzwerks kann als typenbestimmendes Merkmal von Wundnetzen herangezogen werden. Aufgrund der herausgehobenen Bedeutung des Netzwerkmanagements für die Ausgestaltung und Entwicklung der Vernetzung wird diesem Aspekt, wie bereits im theoretisch-konzeptionellen Abschnitt praktiziert, verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt. Dabei werden nicht nur die Typen von Netzwerkmanagementarrangements analysiert, sondern ebenso die jeweilige Rolle des Netzwerkmanagers.

Zudem wird die praktische Ausgestaltung des Managements anhand der Funktionsbereiche der Selektion, Allokation, Regulation und Evaluation eruiert.

4.2.5.1 Rollenverständnis des Netzwerkmanagers

Die Aussagen der Experten unterstreichen, dass ein Netzwerkmanagement für ein Wundnetzwerk essentiell ist, damit dieses dauerhaft existieren kann. Dabei wird deutlich, dass die Rolle des Netzwerkmanagers unterschiedlich aufgefasst wird und je nach Vernetzungsphase ausgestaltet werden muss bzw. unterschiedliche Schwerpunktaufgaben anfallen.

Zu Beginn einer Vernetzung fallen dem NWM insbesondere die Aufgaben des Moderierens, Integrierens und Motivierens zu. Dabei gilt es alle relevanten Akteure zusammenzuführen, durch Aufzeigen der Notwendigkeit und der Möglichkeiten einer Vernetzung zum Mitmachen zu motivieren und anschließend mit den interessierten Beteiligten die Spielregeln der Vernetzung zu definieren.¹¹⁷³ Damit kommen

¹¹⁷² Vgl. Chao (2016), S. 100; Oborn/Barrett/Davidson (2011), S. 563.

¹¹⁷³ Vgl. I1: 207, 265; I6: 14, 24, 30; I8: 16, 18, 40.

dem Netzwerkmanagement die Rollen des Visionärs und Motors zu, der es schaffen muss, die Akteure an einen Tisch zu bekommen und Wege aufzuzeigen.

Nach der Anfangsphase muss das Netzwerkmanagement kontinuierlich zwischen den Professionen vermitteln und versuchen den Kooperationsprozess allgemein sowie Netzwerkveranstaltungen zu moderieren. Der Moderation fällt insbesondere bei Konflikten eine wichtige Rolle zu, wo es gilt als Mediator aufzutreten. Dabei sollte sich das NWM möglichst neutral verhalten, was bei einem internen Netzwerkmanager (Netzwerkmitglied) schwieriger fallen dürfte.¹¹⁷⁴

Die Integration aller Netzwerkmitglieder, die Einbindung der Fähigkeiten und die Berücksichtigung individueller Wünsche ist auch nach der Anfangsphase eine wichtige Netzwerkmanagementaufgabe. Dabei gilt es aus allen Individualinteressen und Einzelinformationen ein großes Ganzes zu formen¹¹⁷⁵ und eine Art Koordinationsklammer für das Netzwerk zu bilden.¹¹⁷⁶ Das Abweichen von der Einbeziehung aller Netzwerkakteure und die Konzentration auf wenige Promotoren kann Entscheidungsprozesse zwar abkürzen und erleichtern, aber gleichzeitig zu internen Machtdemonstrationen führen und hierarchische Strukturen verfestigen und sollte durch das NWM verhindert werden.¹¹⁷⁷

Das anfängliche Auftreten als Visionär, der versucht alle relevanten Akteure zusammenzubringen und Vernetzungsmöglichkeiten aufzuzeigen (s. o.), ändert sich im Laufe der Vernetzung insofern, als dass der NWM zwar weiterhin der Vernetzungsmotor und Impulsgeber bleibt, aber fortlaufend versuchen muss, die Akteure bei allen Aktivitäten abzuholen und einzubinden, den Sinn dieser verständlich zu machen und so das Engagement zu steigern.¹¹⁷⁸ Die Einführung von Belohnungsmechanismen und gemeinsame Aktivitäten können dabei helfen, das individuelle Engagement anzuerkennen, den Zusammenhalt in der Gruppe zu stärken und die Motivation aufrecht zu erhalten.¹¹⁷⁹

Obgleich die Integration aller Netzwerkmitglieder wichtig ist, sind sich fast alle Experten einig, dass das Management versuchen muss, dem Netzwerk eine Richtung zu geben, indem es kontinuierlich neu ausgerichtet und mit Leben gefüllt wird.

¹¹⁷⁴ Vgl. I2: 54; I5: 72; I8: 58; I10: 36.

¹¹⁷⁵ Vgl. I1: 57; I6: 26; I8: 18, 38.

¹¹⁷⁶ Vgl. I4: 204.

¹¹⁷⁷ Vgl. I2: 54, 60.

¹¹⁷⁸ Vgl. I8: 106.

¹¹⁷⁹ Vgl. I6: 38; I9: 22.

Hierfür sollte es eigene Schwerpunkte setzen und Ideen einbringen, um Aktivitäten anzustoßen und letztlich als Treiber der Netzwerkentwicklung zu fungieren.¹¹⁸⁰ In welche Richtung sich ein Netzwerk entwickelt bzw. in welche Richtung es gelenkt wird, hängt auch vom beruflichen Hintergrund, dem jeweiligen Strukturwissen und der organisatorischen Herkunft des Netzwerkmanagers ab. Während externe Netzwerkmanager eher als eine Art Coach auftreten, die versuchen schon wegen der örtlichen Distanz zu den betreuten Netzwerken andere (z.B. Vorstand) zu befähigen und ähnlich wie die nicht-medizinischen internen Manager dabei verstärkt die Strukturen ins Auge fassen, ist die Richtungsweisung der ärztlichen und pflegerischen internen Manager stärker auf die operative Wundversorgung ausgerichtet.

Ferner fallen administrative Aufgaben in den Verantwortungsbereich des NWM, wie bspw. die Organisation von Vorstandstreffen (bei Vereinen), allgemeiner Netzwerktreffen und anderer Netzwerktermine sowie die interne und externe Kommunikation.¹¹⁸¹ Welche administrativen Aufgaben ein externer Netzwerkmanager übernimmt, hängt von der Netzwerkkonstellation und den vereinbarten Aufgaben ab. Dabei kann es sein, dass das externe Management neben anderen Rollen die Rolle des Full-Organisators übernimmt, alle administrativen Aufgaben rund um das Netzwerk erledigt und so den Akteuren Arbeit abnehmen kann.¹¹⁸²

Je länger ein Netzwerk besteht, desto wichtiger scheint die Sicherung des Fortbestandes durch das Netzwerkmanagement zu sein. Drastisch ausgedrückt, muss das NWM als Kümmerer das Netzwerk am Leben halten, indem es immer wieder neue Impulse setzt.¹¹⁸³

In Kap. 3.2.1 wurde dargelegt, dass das Management in Netzwerken nicht mit dem klassischen Verständnis im hierarchischen Unternehmenskontext gleichgesetzt werden darf. Umso erstaunlicher ist es, dass ein Netzwerkmanager der Meinung ist, ein Netzwerk sei *„wie eine Firma, wie eine Universität oder wie ein Verein, es muss einen geben, der am Schluss eine Entscheidung trifft, wenn Unklarheiten herrschen, wie man etwas interpretiert oder wie man etwas löst oder abarbeitet. Wer am Ende des Tages diese Rolle übernimmt, hängt wohl davon ab, wie stark der Einfluss des Einzelnen in diesem Netzwerk ist.“*¹¹⁸⁴ Die Entscheidungen müssen

¹¹⁸⁰ Vgl. I1: 57, 165; I4: 204; I5: 72; I6: 38; I7: 110; I8: 60, 128; I9: 44-46; I10: 36.

¹¹⁸¹ Vgl. I1:57; I2: 54; I3-1: 60-61.

¹¹⁸² Vgl. I6: 30, 38.

¹¹⁸³ Vgl. I1: 57; I5: 72; I7: 82; I9: 42, 48, 96.

¹¹⁸⁴ I4: 84.

also nicht zwangsläufig von einem, wie es bei diesem Netzwerk der Fall ist, offiziell eingesetzten NWM getroffen werden. Auch wenn die Netzwerkmitglieder manchmal sogar dankbar sind, dass jemand die Rolle des Entscheiders einnimmt,¹¹⁸⁵ wird betont, dass die Mitglieder in die Entscheidungen eingebunden werden sollten oder sogar müssen und die Entscheidungen eher indirekt durch das NWM getroffen werden.¹¹⁸⁶ Dies liegt daran, dass eine Vielzahl der Wundnetzwerke als eingetragener Verein existiert und das Management ganz oder teilweise durch den Vorstand übernommen wird, der entsprechend der jeweiligen Satzung die Mitglieder in Entscheidungen einzubinden hat. Ob dem NWM eine direkte oder indirekte Entscheiderrolle zukommt, hängt damit immer auch von den rechtlichen Gegebenheiten ab.

Aus den Interviews und den vorstehenden Ausführungen, lassen sich zusammenfassend die in Abbildung 32 aufgeführten Rollen herausfiltern, die ein Netzwerkmanager im Laufe der Vernetzung annimmt bzw. annehmen kann. Diese Rollen sind nicht chronologisch im Sinne eines „Abarbeitens“ zu verstehen. Auch wenn sich der Schwerpunkt je nach Vernetzungsphase und Situation ändert, können mehrere Rollen zeitgleich relevant sein, genauso wie es möglich ist, dass einige Rollen gar nicht angenommen werden. Dies liegt z. B. an der Interpretation der eigenen Rolle, dem Netzwerkrahmen, der Organisation interner vs. externer Manager, der Profession und ferner an der eigenen Einstellung.

¹¹⁸⁵ Vgl. I9: 86.

¹¹⁸⁶ Vgl. I1: 183.

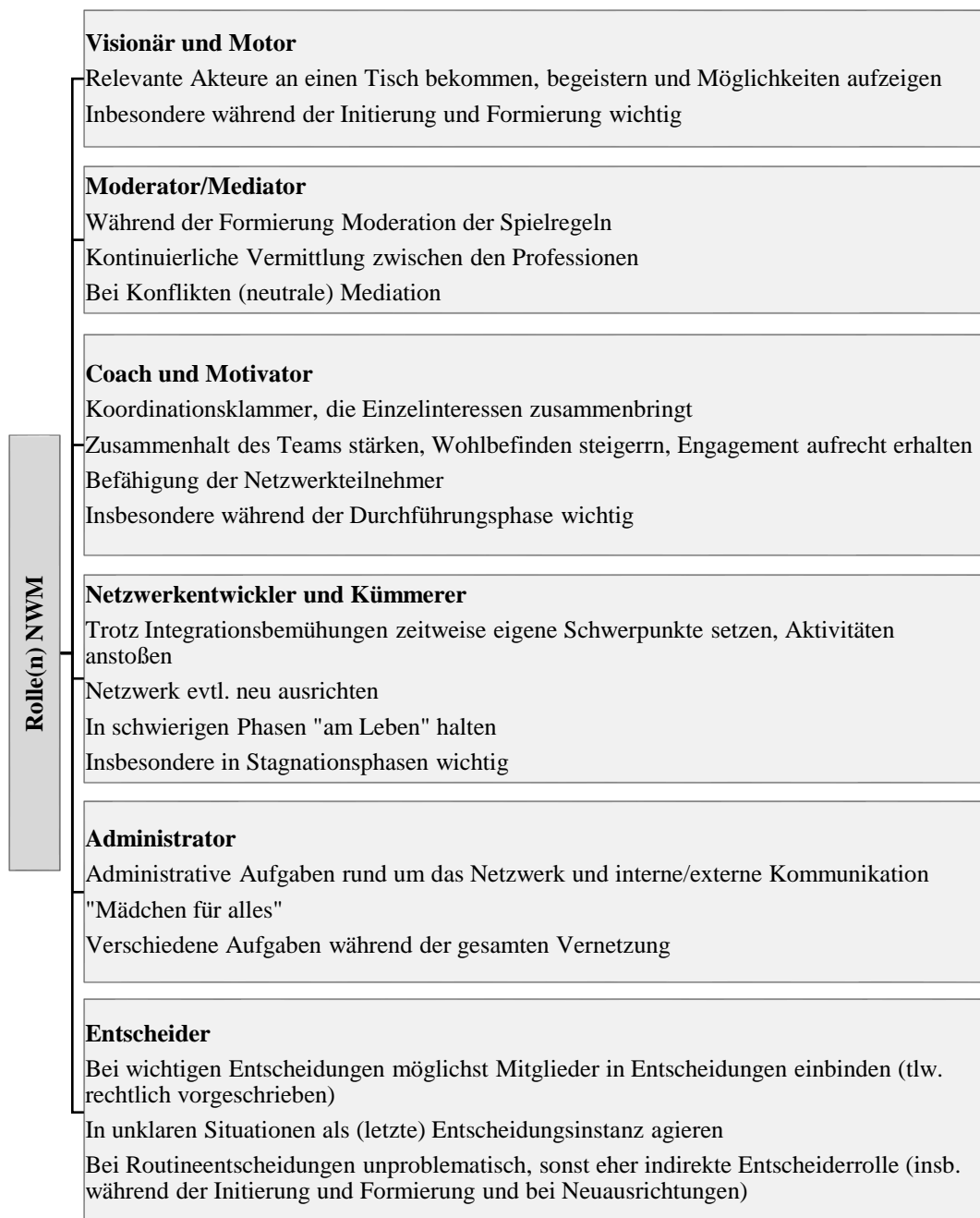


Abbildung 32: Mögliche Rollen des Netzwerkmanagements

4.2.5.2 *Netzwerkmanagementarrangements*

Bei der Betrachtung der Netzwerke werden die unterschiedlichen Formen des Netzwerkmanagements deutlich. Um das Zusammenspiel von interner und externer Steuerung und Leitung des Netzwerks besser verdeutlichen zu können, werden diese beiden Dimensionen gegenübergestellt. Das netzwerkinterne Management wird untergliedert in nebenberufliches und hauptberufliches Netzwerkmanage-

ment. Die Einbindung eines externen Managements kann von „gar nicht“ bis „dauerhaft“ variieren, wobei in den vielen Wundnetzwerken laut der Expertenaussagen keinerlei externes Management in Anspruch genommen wird.

Daraus ergeben sich für die hier betrachteten Netzwerke die in Tabelle 23 dargestellten vier Gruppen von Netzwerkmanagementarrangements. Dies Typen sind nicht als Idealtypen im Sinne Max Webers zu verstehen, sondern als Realtypen der im Rahmen dieser Arbeit einbezogenen Untersuchungsobjekte.¹¹⁸⁷

Internes Management	Einbindung eines externen Managements		
	Gar nicht	Gelegentlich	Dauerhaft
Nebenberufliches Ehrenamt	Typ I (5) ¹¹⁸⁸ „Internalisierte Teilzeitführung“	Typ III (2) ¹¹⁸⁹ „Emanzipierte Internalisierung“	Typ IV (5) ¹¹⁹⁰ „Professionalisiert-geteilte Führung“
Hauptberuflich	Typ II (1) ¹¹⁹¹ „Exklusive Projektkoordination“		

Tabelle 23: Typen von Netzwerkmanagementarrangements (in Klammern: Anzahl der zugehörigen Netzwerke)

Typ I „Internalisierte Teilzeitführung“: Die Netzwerke vom Typ I zeichnen sich dadurch aus, dass das Netzwerkmanagement nebenberuflich von einem oder mehreren Netzwerkmitgliedern übernommen wird. Einige dieser Netzwerke, die gar keine externen Managementleistungen in Anspruch nehmen, sind als gemeinnützige Vereine organisiert. Die Managementfunktionen leiten sich hier aus der Rechtsform ab und obliegen dem Vorstand. *„Also ((lacht)) das ist so typisch Vereinsmalerei in Old-Germany. Man hat den Vorstand ((lacht)) und so nach dem Motto macht mal ((lacht)) und wir Mitglieder legen uns dann mal entspannt zurück. (...) Also Sie brauchen eine engagierte Truppe, so eine Headgruppe, die wirklich sagt ok, wir übernehmen die Führung. Zu mindestens so auch mit Themenauswahl. Sie brauchen Ihre Leader, Ihre Netzwerkleader. Und wenn Sie das nicht haben, funktioniert das Netzwerk nicht. Wenn Sie sagen, ach wir treffen uns dann mal in der Gruppe und jeder darf mal so ein bisschen, ist ja auch gewollt. Aber wenn jeder sagt, ich trag hier nicht die Verantwortung, sondern ich mach nur mit, dann wird es schwierig. Das funktioniert nicht.“*¹¹⁹²

¹¹⁸⁷ Vgl. Sydow et al. (2003), S. 49.

¹¹⁸⁸ Netzwerke: 1, 3-1, 3-2, 7, 9.

¹¹⁸⁹ Netzwerke: 5, 10.

¹¹⁹⁰ Netzwerke: 4, 6-1, 6-2, 8-1, 8-2.

¹¹⁹¹ Netzwerk: 2.

¹¹⁹² II: 165.

Bei den beiden anderen Netzwerken handelt es sich um aktuelle oder ehemalige ICW-Arbeitsgruppen. Eine dieser Arbeitsgruppen wurde anschließend als Projekt-Netzwerk weiter ausgebaut, ohne dass sich etwas am Arrangement des Netzwerkmanagements geändert hätte. In der Regel übernehmen die (Mit)Initiatoren der Netzwerke das Netzwerkmanagement oder sind im Rahmen der Vorstandsarbeit eingebunden.

Typ II „Exklusive Projektkoordination“: Netzwerke vom Typ II bilden einen Sonderfall. Bei diesen Netzwerken wird das Netzwerkmanagement intern organisiert, erfolgt allerdings hauptamtlich durch eine eigens hierfür vorgesehene Person. Charakteristisch für ein solches Netzwerk ist, dass es sich um ein öffentlich gefördertes Projekt-Netzwerk mit entsprechenden finanziellen Ressourcen handelt, um eine Person hierfür einstellen zu können, wobei diese nicht zwangsläufig eine medizinische Ausbildung absolviert haben muss. Neben dieser Person gibt es meist noch kollektive Entscheidungsgremien, wie bspw. eine Steuerungsgruppe oder ein Expertengremium, das strategisch relevante Grundsatzentscheidungen trifft. Problematisch wird es dann, wenn die Aufgaben und Befugnisse des hauptamtlichen Netzwerkmanagers und der kollektiven Entscheidungsgremien nicht klar umrissen sind oder es zu persönlichen Spannungen zwischen diesen Parteien kommt.

Typ III „Emanzipierte Internalisierung“: Wundnetzwerke, die gelegentlich und nur in geringem Maße Aufgaben an einen externen Netzwerkmanager übertragen, werden dem Typ III zugeordnet. Zwar wird hier die Hauptlast netzwerkintern, zumeist vom Vereinsvorstand getragen. Jedoch werden klar umrissene Aufgaben wie bspw. die Organisation eines größeren Events an ein externes Management übertragen, insofern es die finanziellen Mittel zulassen. *„Das kann ich aus meiner ganz persönlichen Sicht nur empfehlen, das muss man irgendwie finanziell natürlich darstellen können, aber sie machen es natürlich professionell, gerade durch die Vernetzung auch, sie haben einen Pool nochmal an Referenten, wenn man mal eine spezielle Fragestellung hat, können die auch in ihrem eigenen Pool gucken und sagen, pass auf, den und den kennen wir, der hat dort mal einen Vortrag gehalten, das passt zu dieser Thematik, wäre das etwas? Also die Vernetzung, die generelle Erfahrung, die sie haben, unter dem Aspekt ist das für mich der Gewinn, weil sie einfach Arbeit abnehmen, damit verdienen sie ihr eigenes Geld, aber das*

ist positive Delegation, weil sonst müsste ich das selber machen. ¹¹⁹³ Insofern können Netzwerke vom Typ III als emanzipierte Form des Typ I verstanden werden. Auffällig ist dabei, dass die beiden hier eingeordneten Typen mit über 100 respektive über 500 Mitgliedern zahlenmäßig zu den drei größten Netzwerken zählen.

Typ IV „Professionalisiert-geteilte Führung“: Im Gegensatz zur gelegentlichen Einbindung bzw. Delegation von konkreten Aufgaben an eine externe Managementgesellschaft, ist diese bei Netzwerken vom Typ IV permanent sichtbar, z. B. im Rahmen einer Geschäftsstelle, und bildet die Vernetzungsklammer.

Wenn die Finanzierbarkeit gegeben ist, begleitet das externe Management das Netzwerk meist von Anfang an und ist maßgeblich am Aufbau beteiligt. *„Genau, ich mache das auch häufig, habe so eine Art Kick-Off Vortrag gehalten. Also welche Möglichkeiten es so einfach gibt, um Netze auch aufzubauen, in welchen Stufen man sich das vorstellen kann, welche Möglichkeiten man da hat, wie man das von den einzelnen Funktionen machen muss (...).* ¹¹⁹⁴

In Ausnahmefällen wird es aber erst später hinzugezogen oder sogar aus dem Wundnetzwerk heraus eine Managementgesellschaft gegründet, weil die Vernetzung stagniert oder eine andere Richtung bekommen soll. *„[Das] Wundnetz (...) war ein ursächlich landesgestütztes Programm, was 1,5 Jahre stagnierte, wo man mich dann netterweise mit einbezogen hat, wo ich dann den Auftrag bekam, anders zu strukturieren, was wir dann auch gemacht haben (...).* ¹¹⁹⁵

Die Einbindung eines externen Managements hat den Vorteil, dass die bereits gesammelten Erfahrungen der Netzwerkmanager in die Netzwerkentwicklung einfließen können. *„Die Leute, die da sitzen, wollen etwas tun und in der Regel ist es aber gut, dass man sagt, ich lege eine Diskussionsvorlage in den Raum, das ist mein Vorteil, dass ich vieles habe, lege das auf den Tisch und daran arbeitet ihr. D.h. also die Netzwerke müssen nicht das Rad neu erfinden, sondern arbeiten von einem seit Jahren gefeilten Wundmanual, Handbuch, was auch immer rum und das ist wesentlich einfacher für die Leute, mal eben rein zu lesen, etwas zu korrigieren, zu ergänzen, als wenn sie es neu schreiben müssen.* ¹¹⁹⁶

¹¹⁹³ I10: 88.

¹¹⁹⁴ I8: 34.

¹¹⁹⁵ I6: 72.

¹¹⁹⁶ I6: 104.

In allen Fällen existiert neben dem externen Management ein netzwerkinternes, nebenberufliches Netzwerkmanagement. Dabei handelt es sich entweder um einen Vereinsvorstand oder ein sonstiges Entscheidungsgremium. Externes und internes Netzwerkmanagement müssen entsprechend aufeinander abgestimmt sein und ineinandergreifen. *„Sie haben einen Vorstand, den unterstütze ich, bin auch z. T. da Netzwerkbüro, was die Teilnehmeradministration und Kongressadministration usw., aber alles andere läuft dann da vor Ort und so kann man sich das bei den anderen Netzen, nicht e. V. gebunden, eben auch vorstellen. Sie brauchen immer Akteure vor Ort, ich selber kann das nicht leisten, ist auch nicht Ziel, dass ich das selber mache, kann ich gar nicht.“*¹¹⁹⁷

Vier der fünf Netzwerke, die diese Art des Netzwerkmanagementarrangements gewählt haben, zählen mit durchschnittlich zwei Jahren seit Eintragung als e. V. eher zu den jüngeren Netzwerken. Das fünfte Netzwerk befindet sich unter den Top vier der hier am längsten existierenden Wundnetzwerke. Da der externe Netzwerkmanager in diesem aber gleichzeitig als Leistungserbringer unmittelbar durch die Vernetzung profitiert und sich dadurch auch refinanziert, handelt es sich hier um eine Ausnahme.

Die aufgezeigten Typen von Netzwerkmanagementarrangements sind als Momentaufnahmen zu verstehen. So können sich Wundnetzwerke vom Typ I in Richtung Typ III oder Typ IV verändern, wenn das interne Management an seine Grenzen stößt und/oder eine Neuausrichtung des Netzwerks erstrebt wird. Bedingung ist natürlich, dass die entsprechenden finanziellen Mittel gegeben sind. Netzwerke vom Typ IV können andersherum im Laufe der Zeit eher dem Typ I oder III entsprechen, die nur noch gelegentlich einzelne Aufgaben an die Managementgesellschaft vergeben oder gar keine Unterstützung mehr in Anspruch nehmen.

Inwiefern die Übernahme des Managements durch eine dominante Netzwerkeinrichtung auf Akzeptanz respektive Widerstand stößt, kann aufgrund der Abwesenheit eines solchen Falls nicht näher beleuchtet werden.

4.2.5.3 Akquise und Selektion neuer Mitglieder

Die Akquise und Selektion neuer Netzwerkmitglieder haben einen entscheidenden Einfluss auf die quantitative und qualitative Entwicklung des Netzwerks. Es

¹¹⁹⁷ I6: 162.

zeigt sich, dass die Wundnetzwerke tlw. große Anstrengungen unternehmen, um neue Mitglieder zu akquirieren, obwohl dies nicht durchgängig koordiniert geschieht. Neben geplanten und zentralen Ansprachen potenzieller Teilnehmer durch das Netzwerkmanagement, setzen die Netzwerke auf persönliche Kontakte und informell ausgesprochene Einladungen zur Netzwerkteilnahme.¹¹⁹⁸ Auch werden bereits bestehende Strukturen bzw. Verteiler von anderen Organisationen genutzt oder deren Nutzung wird angestrebt.¹¹⁹⁹ Einige externe Manager geben an, dass relevante Akteure in der Region direkt durch die Managementgesellschaft recherchiert und gezielt kontaktiert werden, aber ebenso eine dezentrale Akquise erwünscht ist.¹²⁰⁰

Als Formate für die Mitgliedergewinnung nutzen die Netzwerke sowohl die persönliche Ansprache bei anfänglichen Auftakt- oder anderen öffentlichen Netzwerkveranstaltungen,¹²⁰¹ Messen¹²⁰² und Vorträgen auf Tagungen¹²⁰³ als auch unpersönliche Formate. Dazu zählen Flyer,¹²⁰⁴ der Internetauftritt¹²⁰⁵ sowie Anzeigen und Artikel in populären Gesundheitszeitschriften.¹²⁰⁶

Deutlich wird, dass sich die Netzwerkmanager durchaus im Klaren darüber sind, dass die Akquise strategisch und zielgruppengerecht erfolgen sollte und der Teilnahmenutzen individuell herausgestellt werden muss.¹²⁰⁷ Dazu gehört, klar zu kommunizieren, wofür das Netzwerk steht und welche Ziele es verfolgt, damit jedes neue Mitglied von Anfang an weiß, worauf es sich einlässt.¹²⁰⁸ Das Netzwerk, das die Netzwerkmitgliedschaft über die Nutzung der Software definierte, hat bspw. die entwickelte Dokumentationssoftware als Treiber für die Vernetzung verstanden und diese bei der Akquise stets in den Vordergrund gerückt – insgesamt eher mit mäßigem Erfolg.¹²⁰⁹

¹¹⁹⁸ Vgl. I1: 99; I2: 96; I3-1: 98; I6: 72; I8: 96; I9: 62.

¹¹⁹⁹ Vgl. I2: 96; I3-1: 98; I8: 52, 88; I9: 62, 96.

¹²⁰⁰ Vgl. I6: 72, 162; I8: 40.

¹²⁰¹ Vgl. I1: 49; I2: 96; I3-1: 98; I4: 168; I6: 72; I9: 40, 62; I10: 10, 56.

¹²⁰² Vgl. I1: 49; I8: 18; I9: 62.

¹²⁰³ Vgl. I1: 49; I9: 62.

¹²⁰⁴ Vgl. I1: 49; I5: 74.

¹²⁰⁵ Vgl. I1: 49; I3-1: 140; I5: 74; NW6-1: Website; NW6-2: Website; NW7: Website; NW8-1: Website; I10: 46.

¹²⁰⁶ Vgl. I8: 52.

¹²⁰⁷ Vgl. I1: 65; I8: 18, 40; I10: 56.

¹²⁰⁸ Vgl. I8: 18, 26, 40.

¹²⁰⁹ Vgl. I2: 96, 101-104.

In manchen Wundnetzen waren zu Beginn der Vernetzung vor allem Ärzte und Arztpraxen die Hauptzielgruppe¹²¹⁰ und ein Netzwerk verfolgte anfangs das Ziel, in jedem Stadtteil ein Versorgungsteam zu etablieren und versuchte dafür gezielt Ärzte und Pflegedienste zu akquirieren. Dies gelang jedoch nicht flächendeckend und wurde im Laufe der Zeit aufgegeben.¹²¹¹

Nach der Anfangsphase wird – teilweise angestoßen durch die Professionalisierung des Netzwerkmanagements – tendenziell der Versuch unternommen, aktiv und gezielt auf weitere Berufsgruppen oder einzelne Akteure zuzugehen, die noch nicht im Netzwerk vertreten sind, für die Netzwerkentwicklung jedoch als vorteilhaft erachtet werden.¹²¹²

So wünschenswert die Vertretung aller für die Wundversorgung relevanten Professionen im Netzwerk erscheint, birgt die steigende Heterogenität die Gefahr der Unvereinbarkeit der unterschiedlichen Interessen und der Zunahme des Konfliktniveaus. Früher oder später ist laut der Experten ohnehin ein Steady-State erreicht und die aktive Akquise macht keinen Sinn mehr.¹²¹³ „Das ist im Moment nicht mehr notwendig, das ist bekannt, das Netz ist bekannt. Also wer jetzt nicht drin ist, der will auch nicht beitreten.“¹²¹⁴ Im besten Fall schafft es das Netzwerk über die Jahre eine Marke aufzubauen, die bekannt ist, Vertrauen bei (potenziellen) Mitgliedern genießt und die aktive Akquise überflüssig macht.¹²¹⁵

Die Betrachtung der Mitgliederstrukturen in Abschnitt 4.2.3.2 verdeutlichte, dass diese sehr unterschiedlich sind und neben Einzelpersonen in vielen Netzwerken häufig Institutionen zu den Mitgliedern zählen, die ihrerseits Vertreter benennen. Streng genommen müsste bei der Akquise also nicht nur nach Profession, sondern zusätzlich nach Einzelperson und Institution unterschieden werden. Dies lässt sich aus den Gesprächen aber nicht entnehmen.

Eine zusammenfassende Bewertung der Expertenaussagen, die auf eine gezielte Mitgliederakquise hindeuten und die anschließende Gegenüberstellung mit dem Managementtypus, zeigen wie in Tabelle 24 dargestellt, dass eine gezielte Mitgliederakquise durch das Netzwerkmanagement eher zu erwarten ist, wenn entweder

¹²¹⁰ Vgl. I2: 96; I8: 36.

¹²¹¹ Vgl. I5: 34.

¹²¹² Vgl. I1: 53; I2: 28, 46; I8: 36; I10: 32.

¹²¹³ Vgl. I4: 214; I5: 38; I10: 16.

¹²¹⁴ I4: 168.

¹²¹⁵ Vgl. I5: 56.

dauerhaft ein externes Management eingebunden wird (Typ IV) oder das interne Management hauptberuflich (Typ II) bekleidet wird.

Netzwerkmanagementarrangement	Gezielte Akquise	
	(eher) ja	(eher) nein
Typ I: Internalisierte Teilzeitführung	-	5 ¹²¹⁶
Typ II: Exklusive Projektkoordination	1 ¹²¹⁷	-
Typ III: Emanzipierte Internalisierung	-	2 ¹²¹⁸
Typ IV: Professionalisiert-geteilte Führung	5 ¹²¹⁹	-

Tabelle 24: Gegenüberstellung von Netzwerkmanamentyp und Mitgliederakquise

Neben dem Aufnahmekriterium der formalen Anerkennung der Satzung und der darin enthaltenen Pflichten in den Vereinen, haben einzelne Netzwerke spezielle schriftliche oder mündliche Aufnahmekriterien definiert, um ein Mindestmaß an Kompetenzen und Homogenität sicherzustellen. Die Aussagen eines NWM verdeutlichen jedoch das Dilemma solcher Aufnahmebedingungen: „Mittlerweile ist es echt gelockert, wo man gesagt hat ok, es ist wichtig, dass einfach Akteure dazu kommen und da zu strenge Aufnahmekriterien zu haben, das kann eher abschrecken.“¹²²⁰ Wenngleich die Bedingungen nach wie vor auf der Internetseite des Netzwerks auffindbar sind, finden sie keine Anwendung. Stattdessen versucht das Netz inzwischen Offenheit zu signalisieren und lädt zum Schnuppern ein. „Ja, sondern dass man eher sich offen darstellt, zu sagen wir sind kein elitärer Club, sondern ihr könnt gerne kommen und kommt ruhig, guckt es euch mit an, es kostet nichts im ersten Schritt und wenn es euch dann gefällt nach einem halben Jahr, dann könnt ihr immer noch sagen, ok wir wollen uns jetzt aktiv mit einbringen.“¹²²¹ Ähnlich formuliert es ein anderer NWM und meint: „Wir sind kein Closed-Shop in dem Sinne, jeder kann Mitglied werden. Sie könnten bei uns jederzeit eintreten, spricht überhaupt nichts dagegen.“¹²²² Dabei entscheidet laut Satzung und offiziellem Sprachgebrauch der Vorstand über den Beitritt in dieses Netzwerk.¹²²³

¹²¹⁶ Netzwerke: 1, 3-1, 3-2, 7, 9.

¹²¹⁷ Netzwerk: 2.

¹²¹⁸ Netzwerke: 5, 10.

¹²¹⁹ Netzwerke: 4, 6-1, 6-2, 8-1, 8-2.

¹²²⁰ I1: 91.

¹²²¹ I1: 91.

¹²²² I5: 58.

¹²²³ Vgl. I5: 94.

Dieses Vorgehen verdeutlicht, dass es trotz zahlreicher Interessenbekundungen eine Herausforderung darstellt, Mitglieder zu gewinnen. Dies deutete sich auch während der teilnehmenden Beobachtungen an, wobei hier verstärkt auf die fehlenden Anreize und das allgemeine Misstrauen untereinander abgestellt wurde. Durch das anfängliche Umwerben versuchen die Netzwerke eine Sogwirkung zu erreichen, um überhaupt eine tragfähige Masse zu erhalten. Entsprechend werden evtl. zu Beginn definierte Aufnahmekriterien nach der ersten Ernüchterung meist so weit heruntergeschraubt, dass als einzige Grundbedingung nur noch eine berufliche Tätigkeit im Kontext des adressierten Krankheitsbildes übrig bleibt.¹²²⁴ Dies führt dazu, dass vermeintliche Bedingungen an die Mitgliedschaft weich formuliert werden, wie bspw. die Erwünschtheit der „*halbwegs regelmäßigen*“ Teilnahme am Qualitätszirkel,¹²²⁵ ein Mindestmaß an behandelten Wunden oder ausgebildeten Wundexperten (bei Organisationen)¹²²⁶ oder die Arbeit am Patienten.¹²²⁷

Dabei wird auf die Gefahr hingewiesen, sich trotz propagierter Offenheit durch die Aufnahme zu vieler Akteure zu „verzetteln“. Dies gilt vor allem für diejenigen Mitglieder, die über den reinen Informationsaustausch hinaus Patienten kooperativ versorgen. Ein ständiger Wechsel bzw. die Veränderung der Mitgliederstruktur kann die Arbeitsfähigkeit stören und erhöht damit die Fragilität des Wundnetzes. Wie groß die oben zitierte, tragfähige Masse sein sollte und welche Reichweite notwendig ist, hängt entsprechend immer von der Zielsetzung und den Netzwerkaktivitäten ab und lässt sich nur individuell beantworten.¹²²⁸

In einem umgekehrten Fall ist ein Netzwerk erst nach der ersten Vernetzungsphase dazu übergegangen, Erwartungen an die Teilnehmer zu definieren, um ein ungeplantes, nicht zielführendes Wachsen zu verhindern und der Vernetzung eine Richtung zu geben: „*Das ist tatsächlich so, also in der ersten Phase, das ist so, ja da guckt man mal, da wird alles individuell gemacht, das ist alles ziemlich embryonal und da ist so Troubleshooting angesagt, da greifst Du Dir jeden einzelnen Patienten ab und jede einzelne Klinik, wenn es denn geht.*“¹²²⁹ Klare Selektions- und Qualifikationskriterien machen laut eines anderen Experten hingegen immer

¹²²⁴ Vgl. I1: 93; I6: 72, 76; I8: 40, 122; I9: 64, 66.

¹²²⁵ Vgl. I2: 107-110.

¹²²⁶ Vgl. I3-1: 98; I8: 40.

¹²²⁷ Vgl. I6: 72.

¹²²⁸ Vgl. I7: 74, 104-106, 122.

¹²²⁹ I4: 50.

erst dann Sinn, wenn Selektivverträge mit Krankenkassen geschlossen werden, die es zu erfüllen gilt.¹²³⁰

Ursprünglich sollte die Nutzung der elektronischen Wunddokumentation in einigen Netzwerken verpflichtend sein, dies wurde aber nicht durchgesetzt.¹²³¹ In einem Netzwerk wird die Nutzung der existierenden Dokumentationssoftware – wie bei der Betrachtung der Formalisierung (4.2.3.5) dargelegt – nach wie vor in den Aufnahmebedingungen aufgeführt, faktisch aber nicht gelebt, zumal die Nutzung der Software nach der Testphase eingestellt wurde.¹²³² Am langfristigen Ziel der verpflichtenden Softwarenutzung für neue und bestehende Mitglieder hält der Netzwerkmanager aber weiterhin fest. Er hat die Vision, dass über die Software die Attraktivität der Netzwerkteilnahme gesteigert werden kann.¹²³³ Solch eine verpflichtende Nutzung einer zukünftig angedachten Software wünscht sich auch ein externer NWM in seinen beiden betreuten Wundnetzen als Aufnahmekriterium.¹²³⁴

Netzwerkausschlüsse bzw. die Beendigung der Zusammenarbeit zeichnen sich nur in Ausnahmefällen ab. Generell erachtet ein Experte das aktive Einschreiten und einen Ausschluss nur bei unlauteren Tätigkeiten für notwendig, ohne näher darauf einzugehen, ob und wie oft dies schon der Fall war.¹²³⁵ In einem Netzwerk deutet sich ein solcher Fall aufgrund unklarer Refinanzierungsmechanismen eines Akteurs an, der zur Beendigung der kooperativen Zusammenarbeit führte. Da es in dem Netzwerk aber keinen formalen Eintritt gab, gab es de facto keinen formalen Ausschluss.¹²³⁶ Ein plausibler Grund für einen Ausschluss in einem als Verein organisierten Wundnetz kann indes das Ausbleiben der Zahlung von Vereinsbeiträgen sein. Die jährliche Anzahl deswegen gekündigter Mitgliedschaften beziffert ein NWM auf ca. 20.¹²³⁷ Ein Ausschlussverfahren aufgrund der Nichteinhaltung vereinbarter Standards wäre grundsätzlich denkbar, wurde bisher jedoch weder praktiziert noch scheint es gewünscht zu sein.¹²³⁸ Dabei ergibt sich die Pflicht zur Ein-

¹²³⁰ Vgl. I6: 76.

¹²³¹ Vgl. NW1: Website; I7: 108.

¹²³² Vgl. NW1: Website.

¹²³³ Vgl. I1: 94-97.

¹²³⁴ Vgl. I8: 92.

¹²³⁵ Vgl. I6: 78.

¹²³⁶ Vgl. I2: 112.

¹²³⁷ Vgl. I5: 90, 92.

¹²³⁸ Vgl. I5: 58.

haltung von Standards meist aus der mit der Aufnahme anerkannten Vereinssatzung.¹²³⁹ Die Problematik der Verbindlichkeit und der Durchsetzbarkeit der freiwilligen Selbstverpflichtung wurde bereits erörtert. Statt auf Kontrolle setzen die Netzwerkmanager eher auf die Gruppennorm, verbunden mit einem Feedback der Gruppe, falls diese nicht erfüllt wird¹²⁴⁰ und die Selbstselektion, wenn die Mitglieder merken, dass sie nicht richtig im Netzwerk aufgehoben sind oder die eigenen Erwartungen an die Mitgliedschaft nicht erfüllt wurden.¹²⁴¹

4.2.5.4 Allokation & Engagement

Obleich das in den Wundnetzen unterschiedlich verankerte und organisierte Netzwerkmanagement einen Großteil aller anfallenden Aufgaben zu übernehmen scheint und sowohl die Themen als auch die Aktivitäten und die Ausrichtung anstößt, wird der Versuch unternommen, zusätzlich die Mitglieder einzubinden. Dies geschieht bspw., indem Netzwerktreffen in einem rotierenden System organisiert werden,¹²⁴² Arbeitsgruppen gebildet werden, die einen konkreten Arbeitsauftrag erhalten oder sich mit einem komplexen Thema beschäftigen¹²⁴³ und eine Steuerungsgruppe¹²⁴⁴ oder einer Expertengruppe¹²⁴⁵ eingesetzt wird, wobei die beiden letztgenannten Gremien ähnliche Aufgaben wahrzunehmen scheinen, wie die Vorstände der als Verein organisierten Netze. Dabei sollte darauf geachtet werden, die Gruppen nicht nach hierarchischen Kriterien zu bilden, um eine Verfestigung der Strukturen und des Beziehungsgefüges sowie eine Stagnation der Netzwerkentwicklung zu verhindern. Als Vorteil kann es sich herausstellen, wenn eine große Einrichtung wie ein Krankenhaus Teil des Netzwerks ist, um von der vorhandenen Infrastruktur für Netzwerktreffen und weitere Veranstaltungen profitieren zu können.¹²⁴⁶

Da die Übernahme von einzelnen Aufgaben und die Mitarbeit in Arbeitsgruppen auf freiwilliger Basis erfolgen, kann dies am besten gelingen, indem einzelne Personen gezielt angesprochen werden.¹²⁴⁷ Insofern einige der Tätigkeiten finanziell honoriert werden (vgl. 4.2.1.3), gilt es zu bedenken, dass eine Unterscheidung in

¹²³⁹ Vgl. I8: 110.

¹²⁴⁰ Vgl. I1: 45, 47.

¹²⁴¹ Vgl. I9: 64; I10: 30.

¹²⁴² Vgl. I1: 28; I9: 48.

¹²⁴³ Vgl. I1: 119; I2: 42; I3-1: 40; I5: 42, 132, 134; I8: 50. Arbeitsaufträge sind z.B. die Erstellung einer Homepage, von Standards oder einer gemeinsamen Wunddokumentation.

¹²⁴⁴ Vgl. I2: 142-144, 164.

¹²⁴⁵ Vgl. I4: 204.

¹²⁴⁶ Vgl. I3-2: 134; I4: 162.

¹²⁴⁷ Vgl. I8: 50, 52.

ehrenamtliche und bezahlte Tätigkeiten Konflikte mit sich bringen kann. Damit mögliche Konflikte oder Neiddebatten vermieden werden können, sollte transparent kommuniziert werden, warum hier eine Unterscheidung vorgenommen wird und warum sich dies nicht vermeiden lässt.

Aber selbst das gezielte Ansprechen einzelner Personen oder andere Versuche, die Netzwerkmitglieder zu einer über die passive Mitgliedschaft hinausgehende produktive Beitragsleistung zu motivieren, offenbart wie bei der Darstellung des nicht oder nur sporadisch vorhandenen Commitments (vgl. 4.2.4.3) ein relativ geschlossenes Bild. Unabhängig von der Verbindlichkeit der Vernetzung, sind sich nahezu alle NWM einig, dass sich immer nur wenige in den Wundnetzen engagieren und sich letztendlich ein Kernteam herauskristallisiert, das an Netzwerkveranstaltungen teilnimmt, sich aktiv einbringt, Aufgaben übernimmt und im besten Fall als Treiber fungiert.¹²⁴⁸ Konkret ist in einem Fall von 5 % aller Mitglieder die Rede.¹²⁴⁹ Dabei müsste eigentlich davon auszugehen sein, dass jeder, der freiwillig in ein Netzwerk eintritt, die generelle Bereitschaft mitbringt, sich über die formalen Minimalanforderungen hinausgehend zu engagieren (*extra-role-behavior*).¹²⁵⁰

Vereinzelt wird zu Beginn der Vernetzung von großem Interesse und Engagement berichtet, das aber abnimmt, sobald der eigene Nutzen verwirklicht worden ist. „[D]iese Dokumentationsgruppe hat gut funktioniert, solange, bis diese Dokumentation dann irgendwann fertig war, dann hat jeder seine Dokumentation genommen und gesagt, vielen Dank und dann ist immer die Hälfte der Leute irgendwie nicht wiedergekommen.“¹²⁵¹ Abnehmendes Interesse kann im schlimmsten Fall zum Einstellen einzelner oder aller Netzwerkaktivitäten führen.¹²⁵²

Als Netzwerkmanager gilt es die Mitglieder trotz vorherrschender Konsumhaltung immer wieder zu ermutigen, sich mehr einzubringen.¹²⁵³ Formalisierungsbestrebungen und Kontrollmechanismen können indes kontraproduktiv wirken und ein Experte konnte gar feststellen, „dass durch die Unverbindlichkeit freiwilliges, kontinuierliches Engagement besser zu erreichen ist.“¹²⁵⁴

¹²⁴⁸ Vgl. I3-1: 40, 59; I5: 38, 114; I6: 108; I7: 28; I8: 52, 56; I9: 40; I10: 46.

¹²⁴⁹ Vgl. I5: 114.

¹²⁵⁰ Vgl. I8: 52, 56.

¹²⁵¹ Vgl. I3-1: 40.

¹²⁵² Vgl. I3-1: 44, 140.

¹²⁵³ Vgl. I7: 130; I8: 52, 56; I9: 44, 46, 86, 96.

¹²⁵⁴ Vgl. I9: 66.

Während ein NWM der Ansicht ist, das Engagement hänge immer vom Leidensdruck der Einzelperson ab und das Netzwerk wäre eine Art Hilfsanker,¹²⁵⁵ sind mehrere der Ansicht, dass die nicht-ärztlichen Professionen tendenziell interessierter an der Vernetzung sind und sich mehr engagieren, was hauptsächlich auf eine ökonomische Ausrichtung der Ärzte geschoben wird.¹²⁵⁶

Insgesamt führen die Aussagen und deren Interpretationen zu dem Schluss, dass sich die in Abbildung 33 aufgezeigten Mitgliedertypen „Vollengagierte“, „sporadisch Engagierte“ und eine große Anzahl an „Mitläufern“ ausmachen lassen.

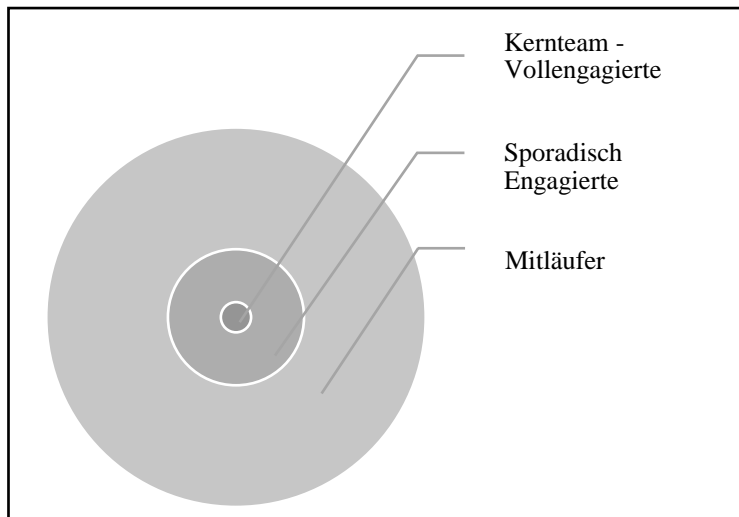


Abbildung 33: Potenzielle Mitgliedertypen

Wenn das Engagement ausbleibt, kann dies auf ein wahrgenommenes Ungleichgewicht von Anreizen und Beiträgen hindeuten. Eine erfolgreiche Akquise und die (formelle) Mitgliedschaft führen nicht zwangsläufig zur Beitragsleistung. Die Alternative einer gezielteren Selektion könnte dazu beitragen, dass die Gruppe der Mitläufer kleiner wird und noch gezielter Mitglieder zur Erbringung von Beiträgen animiert werden könnten. Die Gefahr liegt hier in der verzögerten Realisation einer tragfähigen Masse, zumal die Mitgliederanzahl als Erfolgskriterium herangezogen werden kann und die Größe das Gefühl des Dabei-Sein-Wollens verstärkt.

Im Rahmen von Wundnetzen kann es sich mit Blick auf die Verbesserung der Wundversorgung zudem als sinnvoll erweisen, eine spezifische, klare Aufgaben- und Rollenverteilung entlang des Patientenversorgungsprozesses zu definieren. *„Also insbesondere dann, wenn unterschiedliche ärztliche Professionen dabei sind.“*

¹²⁵⁵ Vgl. I5: 52, 116.

¹²⁵⁶ Vgl. I1: 149; I9: 74; I10: 60.

*Wenn man fragt, wer macht den Doppler, dann zeigen drei Leute auf. Der Phlebologe, der Chirurg, der Angiologe womöglich, der Radiologe oder wer auch immer. Das gilt es sicherlich vernünftig zu planen.*¹²⁵⁷ Gibt es im Netzwerk oder in der Region nur einen Akteur mit den benötigten Kompetenzen, ist eine Rollenzuweisung namentlich denkbar. Dies kann den mitwirkenden Akteuren den Suchprozess bei Weiterleitungen an (Fach-)Kollegen vereinfachen.¹²⁵⁸

Während in vielen Netzwerken ein solcher Prozess zu Beginn aufgezeigt und besprochen wurde,¹²⁵⁹ hat ein Netzwerk dies zumindest versucht, aber aufgrund der Komplexität nicht weiterverfolgt.¹²⁶⁰ Bei mindestens zwei der Netzwerke steht die systematische Definition des Versorgungsprozesses in unmittelbarem Zusammenhang mit Bemühungen um einen Selektivvertrag.¹²⁶¹ Die Einhaltung eines Versorgungsprozesses kann nur im Rahmen eines solchen durch die beteiligten Krankenkassen vorgeschrieben und kontrolliert werden.

Generell orientieren sich die Wundnetze bei den Versorgungsprozessen an bereits existierenden Therapiepfaden, die für den stationären Bereich klar definiert sind und auf den ambulanten Bereich übertragen werden.¹²⁶² Im rechtlich zulässigen Rahmen sind dabei neue Rollenzuweisungen denkbar, die sich an der jeweiligen Qualifikation und der Abrechenbarkeit von Leistungen orientieren.¹²⁶³ In der Regel werden weder Vergütungsstrukturen noch rechtlich vorgeschriebene Versorgungsrollen angetastet. Die Netzwerke versuchen die Strukturen zwar bestmöglich für sich zu nutzen, stellen diese aber nicht grundsätzlich in Frage.¹²⁶⁴ *„Eine Pflegekraft, (...) die hat so viel Wissen, dass sie den meisten Ärzten auf diesem Kontinent letztendlich kompetenthaft entschwindet, kann aber nichts bewegen. D.h. sie können letztendlich nicht dadurch ihre Rolle ändern. Sie laufen weiterhin dem Arzt hinterher und der muss ihnen aufschreiben, was sie brauchen.*¹²⁶⁵ Die Delegation einzelner ärztlicher Tätigkeiten an Pflegekräfte kann zumindest auf persönlicher Ebene zu situationsbedingten Rollenverschiebungen führen.¹²⁶⁶

¹²⁵⁷ I6: 96.

¹²⁵⁸ Auf die freie Arztwahl wurde bereits hingewiesen. Vgl. Busse/Blümel/Spranger (2017), S. 103.

¹²⁵⁹ Vgl. I1: 122-127; I4: 34; I6: 94; I8: 18, 100; I10: 66.

¹²⁶⁰ Vgl. I2: 126.

¹²⁶¹ Vgl. I1: 122-127; I4: 34.

¹²⁶² Vgl. I4: 146; I8: 18, 100.

¹²⁶³ Vgl. I8: 18, 100.

¹²⁶⁴ Vgl. I4: 144; I5: 106.

¹²⁶⁵ I5: 106.

¹²⁶⁶ Vgl. I5: 108.

4.2.5.5 Regulative Elemente und deren Entwicklung

Das Netzwerkmanagement versucht die vorstehenden Funktionsbereiche der Selektion und Allokation mithilfe von formellen und informellen Regeln zu regulieren. Externe Netzwerkmanager betonen zudem die Wichtigkeit, bereits zu Beginn der Vernetzung gemeinsame Spielregeln zu definieren und diese in einer Art Geschäftsordnung niederzuschreiben,¹²⁶⁷ wobei regulative Eingriffe, die den Versorgungsprozess tangieren, nicht die ärztliche Therapiefreiheit einschränken dürfen.¹²⁶⁸ Neben den u. a. in der Geschäftsordnung oder Vereinssatzung niedergeschriebenen Regeln, existieren zudem zahlreiche mündliche, informelle Regeln.¹²⁶⁹

Diese umfassen insbesondere die Themenkomplexe Netzwerkeintritt und Austritt, Arten und Vereinbarungen zu Netzwerktreffen, Vereinbarungen zum Behandlungsprozess, Belohnungsmechanismen/Anreizsysteme und Vereinbarungen zur elektronischen Wunddokumentation. Ein Großteil der Regeln wurde in den vorherigen Abschnitten implizit oder explizit bereits aufgezeigt und eine Auseinandersetzung mit dem verbindlichen Charakter der Vernetzung fand in Abschnitt 4.2.3.5 umfassende Beachtung. Entsprechend erfolgt die Erkenntnisdarstellung der Regulationsfunktion dergestalt, dass diese Themenkomplexe und die Regulationsbestrebungen durch das Netzwerkmanagement in komprimierter Form in Tabelle 25 zusammengeführt werden. Vereinbarungen zur digitalen Wunddokumentation, die dazu dienen, die digitale Vernetzung anzustoßen oder voranzutreiben, werden hierbei ausgeklammert. Stattdessen erfolgt die ausführliche Auseinandersetzung mit diesem regulativen Element aufgrund der thematisch sinnvolleren Einbettung in Abschnitt 4.2.6.

Insofern dies aus den Interviews nachvollzogen werden kann, wird dargelegt, zu welchem Zeitpunkt und mit welchem (Hinter-)Grund Regeln und Vereinbarungen aufgestellt wurden. Des Weiteren werden abgeleitete Effekte der Regulationsbestrebungen aufgezeigt, wobei erneut deutlich wird, dass sich selbst die Einhaltung formeller Regeln kaum kontrollieren oder sanktionieren lässt. Bei informellen Regeln ergibt sich ergänzend die Schwierigkeit, dass diese nur unvollständig erfassbar

¹²⁶⁷ Vgl. I6: 24; I8: 40, 50.

¹²⁶⁸ Vgl. I8: 126.

¹²⁶⁹ Vgl. I2: 156.

sind und zusätzlich unterschiedlich interpretiert werden. Alle regulierenden Eingriffe haben zudem Auswirkungen auf die vorherrschenden Spannungsverhältnisse und bedürfen der Aufmerksamkeit des Netzwerkmanagements.

Zeitpunkt/Hintergrund	Regeln/Vereinbarungen	Effekte
Netzwerkeintritt und Austritt		
Gesetzliche Bestimmungen aufgrund der Rechtsform	<ul style="list-style-type: none"> • <i>In Vereinen:</i> Anerkennung der Satzung mit Rechten und Pflichten, Beschluss durch Vorstand 	<ul style="list-style-type: none"> → Ausschluss möglich auf Basis der Satzung, nicht praktiziert (nur bei Nichtzahlung der Beiträge) → Insgesamt eher freiwillige Selbstverpflichtung, statt Sanktionierung → Hoffen auf Gruppennorm und Selbstselektion
<i>Vorgehensweisen/Zeitpunkte:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Anfängliche Aufnahmekriterien schrecken ab, werden heruntergeschraubt bzw. nicht durchgesetzt¹²⁷⁰ • Offenheit, um tragfähige Masse aufzubauen, später Anforderungen für zielführende Entwicklung¹²⁷¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche oder mündliche Aufnahmekriterien; selten restriktiv formuliert, sondern eher weich (siehe hierzu 4.2.5.3 Selektion) 	<ul style="list-style-type: none"> → Hohe Hürden verhindern Beitritt, aber ermöglichen kontrolliertes Wachstum → Keinerlei Kriterien locken „falsche“ Akteure an, bergen Gefahr des „Verzettelns“, erhöhen Heterogenität und Fragilität
Arten und Vereinbarungen zu Gremien und Netzwerktreffen		
<i>Reglementiert durch Organisations-/ Rechtsform</i>		
Aufgrund der Rechtsform gesetzliche Bestimmungen (Bürgerliches Gesetzbuch)	<i>Vereine:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstandssitzungen und Mitgliederversammlungen (zwischen eins und acht) • Möglichkeit eines zusätzlichen Beirats¹²⁷² • Tlw. Anwesenheitspflicht lt. Satzung/Aufnahmebedingungen¹²⁷³ • Informell erwartete Anwesenheit¹²⁷⁴ • Freiwillige Wundzirkeltreffen/Qualitätszirkel¹²⁷⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> → Festgelegte Anzahl schafft Kontinuität und Planbarkeit, sonst Gefahr, dass Abstände zu groß werden¹²⁷⁶ → Zusammensetzung des Vorstandes beeinflusst Spannungsverhältnis Hierarchie – Demokratie → Versuch der Formalisierung/Verbindlichkeit, erhöht zeitlichen Aufwand für Mitglieder, aber keine Kontrolle und Sanktionierung

¹²⁷⁰ Vgl. I1: 93, I6; 72, 76; I8: 40, 122; I9: 64, 66.

¹²⁷¹ Vgl. I4: 50.

¹²⁷² Vgl. I5: 130.

¹²⁷³ Vgl. NW1: Aufnahmekriterien. Offiziell wird eine Anwesenheitspflicht bei acht von 12 jährlichen Sitzungen vorgeschrieben. Der NWM räumt ein, dass von diesen 12 Sitzungen faktisch nur acht stattfinden. Vgl. I1: 161; I7: 155-156, NW7: Satzung. Es wird lt. der Satzung eine „regelmäßige Teilnahme“ vorausgesetzt.

¹²⁷⁴ Vgl. I6: 132 (NW 6-1 und 6-2). Die Verpflichtung ergibt sich nicht durch die Satzung o. ä., sondern auf Basis der Expertenaussage: „Also ich sag mal es gibt im Schnitt 4-5 Netzwerktreffen im Jahr. In jedem Netzwerk. (...) und das ist dann letztendlich Pflicht.“

¹²⁷⁵ Vgl. I3-1: 40; I8-1: 118.

¹²⁷⁶ Vgl. I3-2: 40.

Zeitpunkt/Hintergrund	Regeln/Vereinbarungen	Effekte
Im Verlauf informelles Dreiecksgremium gebildet, um Entscheidungen während der begrenzten Projektdauer vorzubereiten und zu beschleunigen	<i>Projektnetzwerke:</i> Projekt 1: Multiprofessionelle Steuerungsgruppe (jährlich 4 Treffen), intraprofessionelle Wundexpertengruppe (monatlich), informelles Dreiecksgremium (zwei Ärzte und NWM (anlassbezogen), ärztlicher Qualitätszirkel (jährlich 4 Treffen), keine Teilnahmeverpflichtung ¹²⁷⁷ Projekt 2: Arbeitsgruppentreffen (jährlich 4 Treffen, nicht verbindlich) ¹²⁷⁸	→ Parallel existierende Gremien schaffen Verwirrung und Konflikte, wenn nicht vorher geklärt wird, wie diese ineinandergreifen und in welchem Verhältnis diese zueinanderstehen → Informelle Gremien beschleunigen Entscheidungen, schließen den Großteil der Mitglieder jedoch aus → Zusammensetzung der Gremien (hier ärztliche Dominanz) verfestigt Hierarchie- und Machtstruktur → Abnehmende Teilnehmerzahl führt zur Einstellung der Treffen
Wegen ausbleibender Teilnahme von drei auf zwei reduziert; Keine formale Mitgliedschaft	<i>ICW-Arbeitsgruppe:</i> Zwei Treffen jährlich • keine Teilnahmeverpflichtung • offen für jeden ¹²⁷⁹	→ Niederschwelliges Angebot durch Offenheit ¹²⁸⁰
Sechs Jahre nach Gründung Selektivvertrag abgeschlossen zwischen Krankenkasse, Managementgesellschaft und vier Mitgliedern	<i>Keine Rechtsform, angebunden an GmbH, Selektivvertrag:</i> • Unregelmäßige Treffen von vorgeschriebenem Expertenbeirat und Expertenkommissionen • Fehlende Teilnahmeverpflichtung ¹²⁸¹	→ Auch wenn ein Selektivvertrag nicht das Netzwerk definiert, tangieren die Regulierungen die Entwicklung → Expertenbeirat als Entscheidungsgremium ärztlich dominiert: verfestigt Hierarchie- und Machtstruktur
Bei Vereinen gesetzliche Mindestanforderungen (Bürgerliches Gesetzbuch)	Unabhängig von der Organisationsform Protokollierung offizieller Treffen durch das NWM	→ Betonen offiziellen Charakter → Schaffen (gefühlte) Verbindlichkeit → Bergen Konfliktpotenzial, wenn unerwünschte Sachverhalte verschriftlicht und offengelegt werden ¹²⁸²
Vereinbarungen zum Behandlungsprozess <i>Regeln abhängig von inhaltlicher Ausgestaltung der Vernetzung</i>		
Abgestimmte und verbesserte Versorgung ermöglicht	• Behandlungspfade und/oder Behandlungsstandards (selbst entwickelt oder adaptiert) ¹²⁸⁴	→ Betrachtung der Netzwerkaktivitäten (4.2.3.4) zeigt, dass die Vereinbarungen das Verhalten der Mitglieder und die Zusammenarbeit nicht maßgeblich steuern können

¹²⁷⁷ Vgl. I2: 144.

¹²⁷⁸ Vgl. I3-1: 40.

¹²⁷⁹ Vgl. I9: 16-18.

¹²⁸⁰ Vgl. I9: 66.

¹²⁸¹ Vgl. I4: 204, 206.

¹²⁸² Vgl. I2: 142-144, 146, 148.

¹²⁸⁴ Vgl. I1: 173, 175; I3-1: 11; I4: 70; I5: 58; I6: 142; I7: 148; I8: 50.

Zeitpunkt/Hintergrund	Regeln/Vereinbarungen	Effekte
chen gezielte Weiterentwicklung der Netzwerkaktivitäten ¹²⁸³	<ul style="list-style-type: none"> • Rudimentäre, mündliche Absprachen¹²⁸⁵ • Einhaltung von Standards auch in den Satzungen verankert¹²⁸⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> → Fehlende Kontrolle, Durchsetzbarkeit verhindert (angestrebte) Spezifität → Unterschiedliche Rahmenbedingungen und Arbeitsroutinen erschweren Harmonisierung¹²⁸⁷ → Subtilere Realisierung durch Schulungen, Beratungen und Gruppennorm¹²⁸⁸ → Bei Standards im Rahmen strukturvertraglicher Vereinbarungen mit Kostenträgern (Selektivvertrag) verpflichtende Anwendung bei eingeschriebenen Versicherten, Kontrolle durch Kostenträger¹²⁸⁹
Patient sollte in der frühen Vernetzungsphase als Netzwerkpatient erkennbar sein	Patientenlaufzettel, einheitliche Wundüberleitungsbögen ¹²⁹⁰	<ul style="list-style-type: none"> → Freiwillig, fehlende Kontrolle und Durchsetzbarkeit, Laufzettel eingestellt → Unaufgefordertes, beharrliches Faxen des Bogens auch an „externe“ Weiterbehandler kann regionalen Standard schaffen¹²⁹¹
Nutzung etablierter Wundprodukte	Regulierung des Wundprodukteinsatzes durch Positivliste ¹²⁹²	→ Freiwillig, fehlende Kontrolle und Durchsetzbarkeit, würde sonst Autonomie einschränken
Einholung von Zweitmeinungen, Austausch von Informationen und Wissen	Fallbesprechungen via Wundtelefon und Intranet, bei intraprofessionellen Wundsprechstunden, Visiten oder Netzwerktreffen ¹²⁹³	<ul style="list-style-type: none"> → Nicht formal verankert, Einzelabsprachen → Funktioniert zwischen einzelnen Mitgliedern, die sich gut kennen und einander vertrauen (Vertrauen erleichtert Regulation)

¹²⁸³ I4: 70: „Entweder Du programmierst die Prozesse neu und sagst das ist richtig und danach müssen wir vorgehen, also Behandlungspfade oder Du wirst das alte Same-Shit-Different-Day-Prinzip fahren (...).“

¹²⁸⁵ Vgl. I2: 152; I9: 82-84; I10: 86.

¹²⁸⁶ Vgl. NW5: Satzung; NW6-1: Satzung; I8: 110, NW8-1: Satzung; I10: Satzung.

¹²⁸⁷ Während der Beobachtungen wurde deutlich, dass der Versuch einer Standardisierung und Behandlungsharmonisierung eher die vorherrschende Konkurrenz offenbart als einen Konsens herbeizuführen.

¹²⁸⁸ Vgl. I1: 179; I5: 58, 68, 128; I10: 86.

¹²⁸⁹ Vgl. I4: 41-42, 44, 45-48.

¹²⁹⁰ Vgl. I1: 115, 153; I3-1: 125-128; I8: 66, 67-68; I9: 26.

¹²⁹¹ Vgl. I9: 26. „(...) steter Tropfen höhlt den Stein (...), wissen Sie, wenn Sie einen zweiseitigen Wundüberleitungsbogen immer rausfaxen, wenn der Patient entlassen wird mit einer Wunde und Sie machen das Monate, Jahre (...) in Kontinuität, das kann nicht so einfach weggeworfen werden oder so ad acta gelegt werden und das ist natürlich das, da sind die dann schon auch in Zugzwang (...).“

¹²⁹² Vgl. I2: 152.

¹²⁹³ Vgl. I6: 132; I7: 22; 24; I10: 14, 16.

Zeitpunkt/Hintergrund	Regeln/Vereinbarungen	Effekte
		→ Trotz der Möglichkeit Informationen über die Software zu teilen und sich hierüber abzustimmen, erfolgt die Kommunikation informell über das Telefon ¹²⁹⁴
Belohnungsmechanismen/Anreizsysteme <i>Regeln abhängig von Organisations-/Rechtsform, Finanzierung und Netzwerkmanagement</i>		
Zur Gewinnung, Motivation und Bindung von Akteuren	→ In zwei Netzen Regelung zur finanziellen Entlohnung/Aufwandsentschädigung einiger Tätigkeiten aus Projekt- oder Vereinsmitteln ¹²⁹⁵ → Aufgrund fehlender finanzieller Rückflüsse keine weitere finanzielle Belohnung	→ Konfliktpotenzial durch Nebeneinander von Ehrenamt mit und ohne Aufwandsentschädigung → Sonst nur im Rahmen von Verträgen mit Krankenkassen möglich, z. B. durch Vereinbarung von Prämien pro abgeheilter Wunde ¹²⁹⁶
	In drei Netzen kostenlose Fort-/Weiterbildungen, ¹²⁹⁷ in anderen tlw. vergünstigt	→ Eintrittsargument und Förderung der Lernbereitschaft (Entwicklung Mitgliederpotenziale)
	Soziale Events (Exkursionen, Weihnachtsessen) ¹²⁹⁸	→ Zur Stärkung des Gemeinschaftsgefühls, nur möglich bei Überschüssen
Durch NWM eingeführt, um Engagement zu belohnen	Ehrung durch internen Wundpreis ¹²⁹⁹	→ Immaterielle Belohnung → Anerkennung der Mitgliederleistung
Von externen Netzwerkmanagern angeführt	Situativer „virtueller Keks“, nicht formell geregelte Belohnung/Würdigung durch Hervorheben von Leistungen vor Publikum, in Veröffentlichungen etc. ¹³⁰⁰	→ Immaterielle Belohnung → Gefahr der Willkürlichkeit, sehr abhängig vom NWM (als Führungsinstrument zur Mitglieder motivation)

Tabelle 25: Spektrum an regulativen Elementen

4.2.5.6 Evaluation des Erfolgs und Erfolgsfaktoren

Dass die Bewertung des Nutzens bzw. des Erfolgs einer Vernetzung immer von der Erfolgsdefinition und dem Ziel der Evaluation abhängt, lässt sich exemplarisch anhand der Aussage eines Experten verdeutlichen: „Wenn Sie sagen, es reicht

¹²⁹⁴ Dieses Verhalten konnte während der Hospitationen beobachtet werden. „Ich hab Geheimnummern und kann schnell mal nachfragen oder schnell Termine vereinbaren.“.

¹²⁹⁵ Vgl. I2: 168; I5: 42-44.

¹²⁹⁶ Vgl. I1: 188-191.

¹²⁹⁷ Vgl. I1: 163; I3-2: 63 (NW3-1); I9: 14, 70.

¹²⁹⁸ Vgl. I1: 163.

¹²⁹⁹ Vgl. I5: 134.

¹³⁰⁰ Vgl. I6: 150; I8: 52.

*schon, wenn wir uns viermal im Jahr treffen und an einem normalen Donnerstagabend 120 Leute hier sitzen, dann sind wir ein extrem erfolgreiches Wundnetz.*¹³⁰¹

In der Tendenz wird in keinem der Netzwerke eine systematische Evaluation anhand des Zielerreichungsgrades durchgeführt. Dies gilt in ähnlicher Weise für die Evaluation gemeinsamer Netzwerkaktivitäten oder anderer Erfolgsparameter. Vielmehr deuten sich punktuelle und vereinzelte Evaluationsbestrebungen an.

So fand bisher nur in wenigen Netzwerken eine kostenbezogene Evaluation statt. Während in einem Fall die Materialkosten der beteiligten Homecare-Unternehmen evaluiert wurden,¹³⁰² konnte ein Projekt Netzwerk aufzeigen, dass durch die initiierte, örtlich zentrierte Wundversorgung Einsparpotenziale für die Kostenträger ermöglicht wurden.¹³⁰³ Wie dies erfasst wurde, bleibt jedoch unklar.

Mutmaßlich banal lässt sich die Anzahl der Mitglieder und deren Entwicklung evaluieren. Dass diese Kennzahl je nach Mitgliederstruktur Interpretationsspielraum lässt, wurde zuvor erörtert. Weiterhin hält einer der NWM diese Kennzahl als ungeeignet, da sie seiner Ansicht nach keine Aussage über das Engagement der Mitglieder erlaubt und Quantität nicht zwangsläufig auf eine positive Netzwerkentwicklung hindeutet.¹³⁰⁴ Dabei kann die Anzahl der Netzwerkmitglieder durchaus einem höheren Zweck dienen, z. B. wenn die Wundnetze beabsichtigen, als Ärztenetzwerk anerkannt zu werden, wofür mindestens 20 Ärzte notwendig sind.¹³⁰⁵

Vereinzelt berichten Netzwerkmanager von Vereinen, dass bei der Mitgliederversammlung ein Jahresrückblick stattfindet. Die Aussagen interpretierend, erfolgt hierbei eher eine qualitative Bewertung, indem geprüft wird, ob geplante Veranstaltungen stattfanden, wie die Resonanz war oder welche Weiterbildungen interessant waren.¹³⁰⁶ Auch positive bzw. ausbleibende negative Rückmeldungen von Mitgliedern werden als Bestätigung für den Vernetzungserfolg gewertet.¹³⁰⁷ Gründe für Mitgliederabgänge werden zumindest von einem NWM evaluiert.¹³⁰⁸

Dabei haben die Netzwerkmanager durchaus höhere Ansprüche an die Evaluation, sehen sich jedoch mit unüberwindbaren Herausforderungen konfrontiert. Dazu

¹³⁰¹ I5: 176.

¹³⁰² Vgl. I4: 218-222.

¹³⁰³ Vgl. I3-1: 142.

¹³⁰⁴ Vgl. I4: 212, 214.

¹³⁰⁵ Vgl. I8: 122. Da es sich hierbei zweifelsfrei um Überlegungen des Netzwerkmanagers handelt, wurde dieses Vorhaben nicht als Netzwerkziel in Abschnitt 4.2.2 angeführt.

¹³⁰⁶ Vgl. I1: 201; I7: 164.

¹³⁰⁷ Vgl. I3-1: 142; I5: 138, 140; I9: 94.

¹³⁰⁸ Vgl. I8: 122.

zählt z. B. die Evaluation versorgungsrelevanter Daten wie die Wundheilungsdauer oder die Entwicklung der Versorgungsqualität. Hierfür fehle es jedoch an wichtigen Partnern, Ressourcen, lückenlosen validen Daten und einheitlichen Qualitätskriterien.¹³⁰⁹ Eine Evaluation der Versorgungsqualität auf Netzwerk- und auf Leistungserbringerebene sollte zudem mit einem Belohnungssystem einhergehen.¹³¹⁰

Ein NWM mahnt, dass eine Evaluation nur langfristig sinnvoll sei, denn erst nach einigen Jahren könne der Nutzen der Vernetzung verlässlich aufgezeigt werden.¹³¹¹ Bei öffentlich finanzierten Projektnetzwerken erweist sich eine kurze Projektlaufzeit damit nicht als sinnvoll. Dies zeigt sich auch bei einem der betrachteten Projektnetzwerke, wo der Erfolg des Projekts und der informationstechnischen Vernetzung alleine schon aus zeitlichen Gründen nicht mehr systematisch evaluiert werden konnte.¹³¹² Lediglich das Nutzungsverhalten der Software wurde sporadisch evaluiert, mit dem Ergebnis, dass dieses sukzessive abnahm.¹³¹³

Wenn Versorgungsdaten und Versorgungsqualität verlässlich evaluiert werden sollen, spielt eine elektronische Wunddokumentation eine unerlässliche Rolle.¹³¹⁴

*„Ich kann ja sagen, Netzwerkarbeit ist toll, ist es auch. Subjektiv fühlt es sich gut an. Objektiv dann aber darzustellen, was machen die Akteure, wie gut ist denn die Entstauungsrate, wie schnell heilt denn eine Wunde zu. Gibt es Vergleichsgruppen, gibt es Hausärzte, die vielleicht nicht im Netzwerk arbeiten, die aber 1000mal besser sind. Also dafür bräuchte man EDV, um einfach nicht nur was Gutes zu tun, sondern ich will auch drüber sprechen, aber dann will auch ich über Fakten sprechen und nicht irgendwie, ja der Patient hat sich gut gefühlt. Das ist so subjektiv, ich muss es objektiv beweisen können.“*¹³¹⁵ Damit die Daten für die Evaluation genutzt werden können, sind vollständige Datensätze über alle Behandlungsstufen hinweg erforderlich. Möglich wird dies durch vorher festgelegte Pflichtfelder. Ansonsten können nur einzelne Ausschnitte des Behandlungsprozesses betrachtet und evaluiert werden.¹³¹⁶ Die Interviews verdeutlichen, dass die Netzwerke mit einer Wunddokumentationssoftware durchaus beabsichtigten oder beabsichtigen, diese

¹³⁰⁹ Vgl. I1: 128-129, 135; I2: 82, 132; I4: 70, 148; I6: 152; I7: 166; I8: 24, 126; I9: 64; I10: 102.

¹³¹⁰ Vgl. I1: 213; I5: 146.

¹³¹¹ Vgl. I8: 128.

¹³¹² Vgl. I2: 70-72.

¹³¹³ Vgl. I2: 172.

¹³¹⁴ Vgl. I4: 72; I8: 126.

¹³¹⁵ I1: 223.

¹³¹⁶ Vgl. I7: 170, I8: 126.

für verschiedene Evaluationsszenarien zu nutzen, wie die Wundheilungsdauer in Abhängigkeit verschiedener Variablen,¹³¹⁷ die Effektivität einzelner Mitglieder oder das Benchmark mit anderen Wundnetzen.¹³¹⁸ Zu bedenken ist, dass ein Benchmark der Mitglieder den Wettbewerb zulasten der Kooperation verschärfen kann oder wie es ein Experte formuliert, das „würde (...) zu einem Hauen und Stechen führen, weil wir diesen Gedanken der Solidarität, den wir uns ja auf die Fahne gesetzt haben, komplett verlassen würden, wenn wir jetzt versuchen ein Ranking zu machen, wer ist besser und wer ist schlechter.“¹³¹⁹ Durch die Kumulation anonymisierter Einzelleistungen könnte das Gruppenergebnis in den Vordergrund gestellt werden.¹³²⁰ Ein erfolgreicher Einsatz der Software für versorgungsrelevante Evaluationszwecke wird jedoch nicht ersichtlich. Das Nutzungsverhalten zu überprüfen, um daraus etwaige Schlussfolgerungen zu ziehen, kann nur ein erster Schritt sein,¹³²¹ wobei es das Gefühl von Überwachung und Kontrolle hervorrufen kann.

In Tabelle 26 erfolgt eine verdichtete Darstellung für die Evaluation herangezogener oder angestrebter bzw. als wichtig erachteter Erfolgsgrößen und Indikatoren.

¹³¹⁷ Vgl. I2: 82, 132; I4: 72; I7: 170.

¹³¹⁸ Vgl. I1: 128-129, 135, 217, 222-223.

¹³¹⁹ I5: 146.

¹³²⁰ Vgl. I1: 229.

¹³²¹ Vgl. I2: 172.

Erfolgskriterien/Erfolgsgrößen und Erfolgsindikatoren	
Output (Ergebniserfolg)	Genutzt: Wirtschaftlichkeit: Materialkosten, ¹³²² Behandlungskosten ¹³²³
	Angestrebt/sinnvoll: Wirtschaftlichkeit: Behandlungskosten ¹³²⁴ Versorgungsgrößen (Behandlungsqualität, Therapieerfolg): Wundheilungsdauer/-erfolg, ¹³²⁵ Lebensqualität, ¹³²⁶ Anzahl Wundpatienten, ¹³²⁷ Patientenzufriedenheit ¹³²⁸ Individueller Behandlungserfolg: Effektivität über Einzelbenchmark ¹³²⁹
Prozess (Prozesserfolg)	Genutzt: Beziehungsqualität: Mitgliederzufriedenheit, ¹³³⁰ Mitgliederabgänge ¹³³¹ Prozessqualität: Entwickelte Standards und andere Instrumente, ¹³³² Nutzung der Standards, ¹³³³ Prozessbeschleunigung und Zeitgewinn, ¹³³⁴ Wundverlauf ¹³³⁵ Lerneffekte ¹³³⁶
Input (Erfolgspotenzial)	Genutzt: Entwicklungspotenziale: Mitgliederanzahl, ¹³³⁷ Anzahl Veranstaltungen und Resonanz, ¹³³⁸ allgemein Netzwerkaktivitäten ¹³³⁹ Synergiepotenziale: Nutzungsverhalten der elektronischen Dokumentation ¹³⁴⁰

Tabelle 26: Übersicht genutzter und angestrebter Erfolgsgrößen und Erfolgsindikatoren

Dabei zeigt die Übersicht im Abgleich mit den in Abschnitt 3.1.3.2 angeführten Möglichkeiten, dass in der Praxis der Wundnetze nur ein Bruchteil der Erfolgsgrößen und Indikatoren genutzt bzw. angestrebt wird. Dies liegt vorrangig am Mangel standardisierter, valider Daten, die sich in einem Register zusammenführen ließen und an fehlenden zeitlichen Ressourcen, denn „*ehrenamtlich wird Ihnen das niemand machen können, das kann ich auch nicht leisten.*“¹³⁴¹

In Bezug auf die Erfüllung persönlicher Erwartungen an die Vernetzung, versuchen die meisten NWM die positiven Seiten der Vernetzung hervorzuheben, auch wenn viele zu Beginn gesteckte Ziele nicht erreicht wurden. So wird geäußert, dass das eigene Wissen durch die Vernetzung vermehrt und das Silowissen überwunden

¹³²² Vgl. I4: 218-222. Übermittlung der Materialkosten durch Homecare-Unternehmen.

¹³²³ Vgl. I3-1: 142 (NW 3-2). Berechnung des Einsparpotenzials für die Kostenträger.

¹³²⁴ Vgl. I1: 217; I4: 72, 224.

¹³²⁵ Vgl. I1: 135; I2: 132; I4: 72; I6: 152 (NW 6-2); I7: 166.

¹³²⁶ Vgl. I8: 24 (NW8-1 und 8-2).

¹³²⁷ Vgl. I1: 135; I6: 152 (NW 6-2); I9: 94.

¹³²⁸ Vgl. I4: 72.

¹³²⁹ Vgl. I1: 129.

¹³³⁰ Vgl. I5: 138, 140.

¹³³¹ Vgl. I8: 122 (allgemein).

¹³³² Vgl. I6: 152 (allgemein).

¹³³³ Vgl. I5: 140.

¹³³⁴ Vgl. I6: 152 (allgemein); I9: 94.

¹³³⁵ Vgl. I1: 135; I9: 94.

¹³³⁶ Vgl. I4: 228 (auf sich persönlich bezogen).

¹³³⁷ Vgl. I4: 212; I5: 176; I8: 122 (allgemein).

¹³³⁸ Vgl. I1: 201; I5: 176; I7: 164.

¹³³⁹ Vgl. I1: 201; I9: 92.

¹³⁴⁰ Vgl. I2: 172.

¹³⁴¹ I9: 94.

werden konnte,¹³⁴² die regionale Zusammenarbeit grundsätzlich verbessert werden konnte¹³⁴³ und einige Akteure für das Thema Wunde sensibilisiert werden konnten.¹³⁴⁴ Vereinzelt wird erwähnt, dass die eigenen Erwartungen erfüllt wurden und die Netzwerkarbeit „Spaß“ macht, ohne die Erwartungen näher auszuführen.¹³⁴⁵

Einige resümieren, dass Netzwerke nur wenig bewegen können, wenn sich die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen nicht ändern.¹³⁴⁶ Trotz Rückschlägen lohne sich ein dennoch Weitermachen¹³⁴⁷ und es wird gemutmaßt, dass die Ziele und Erwartungen vielleicht zu hochgesteckt waren.¹³⁴⁸ Lediglich ein Netzwerkmanager zeigt sich gänzlich enttäuscht über das fehlende Engagement der Mitglieder, was ihn letztlich dazu veranlasste, das NWM aufzugeben.¹³⁴⁹

Nach den Erfolgsfaktoren für die Initiierung, den Aufbau (Formierung), das Funktionieren (Durchführung), die Anpassung und Entwicklung (Rekonfiguration) und letztlich das Überleben eines Wundnetzes gefragt,¹³⁵⁰ stellen alle Experten auf die Wahl der „richtigen“ Netzwerkpartner und die „richtige“ Mitgliederstruktur ab, denn ein *„erfolgreiche[s] Wundnetzwerk lebt letztendlich mit den Playern, die es dort bedienen, die einzelnen Partner, die dort eingebunden werden (...)“*¹³⁵¹

Wenngleich während der Interviews nicht explizit nach phasenspezifischen Erfolgsfaktoren gefragt wurde, werden für die Initiierung und den Aufbau insbesondere ähnliche Interessen als essenziell hervorgehoben¹³⁵² und ein externer Netzwerkmanager befürwortet die frühzeitige Einbindung eines Kostenträgers: *„D.h. also KV, MdK, Krankenkassen gehören direkt mit ins Boot und wir versuchen das überall da, wo wir solche Strukturen aufbauen, eben relativ zeitnah zu machen.“*¹³⁵³ Damit ein Netzwerk dauerhaft existieren und sich weiterentwickeln kann, wird empfohlen die Mitgliederstruktur über die Partnerwahl und über alle Phasen hinweg dergestalt zu steuern, dass

¹³⁴² Vgl. I4: 228.

¹³⁴³ Vgl. I7: 202; I10: 60.

¹³⁴⁴ Vgl. I10: 60.

¹³⁴⁵ Vgl. I1: 204-205; I6: 159-160.

¹³⁴⁶ Vgl. I5: 150; I7: 202.

¹³⁴⁷ Vgl. I8: 128; I9: 96.

¹³⁴⁸ Vgl. I10: 66.

¹³⁴⁹ Vgl. I3-1: 140.

¹³⁵⁰ Der Erfolgsbegriff wurde während des Interviews nicht operationalisiert.

¹³⁵¹ I8: 144.

¹³⁵² Vgl. I1: 205.

¹³⁵³ I6: 12.

- diese räumlich nicht so weit verstreut sind¹³⁵⁴
- ein Mindestmaß an Kooperationsbereitschaft und Engagement vorhanden ist, deren Erhalt durch das Netzwerkmanagement sichergestellt werden muss¹³⁵⁵
- die Partner ihre Absichten und Kompetenzen aufrichtig und transparent darlegen, verstärkt, wenn eine digitale Vernetzung mit Datenaustausch angestrebt wird¹³⁵⁶
- alle für die Wundversorgung relevanten Professionen und Organisationen vertreten sind, damit sich die Kompetenzen ergänzen können (insb. Kliniken, niedergelassene Ärzte, Hauskrankenpflege und Wundmanager aus Homecare-Unternehmen)¹³⁵⁷
- zwingend ärztliche Professionen vertreten sind, da sie die diagnostische und therapeutische Verantwortung tragen¹³⁵⁸
- im Verlauf der Vernetzung Krankenkassen eingebunden werden, um eine Weiterentwicklung zu ermöglichen¹³⁵⁹
- ein Mindestmaß an Kompetenz sichergestellt wird, z. B. über Selektionskriterien oder Weiterbildungen¹³⁶⁰
- nach einer erfolgreichen Etablierung idealerweise zusätzlich Patienten aktiv (als Netzwerkmitglieder) eingebunden werden.¹³⁶¹

Als zweitwichtigster Erfolgsfaktor lässt sich phasenübergreifend das Netzwerkmanagement herausstellen,¹³⁶² an das die Experten in Anlehnung an die Darstellung des eigenen Rollenverständnisses in Abschnitt 4.2.5.1 gleichzeitig je nach Vernetzungsphase variierende Anforderungen stellen. Auffällig ist indes, dass zwei externe Netzwerkmanager bereits während der Aufbauphase¹³⁶³ und ein externer Manager spätestens nach der Formierung die Einbindung eines neutralen, professionellen Managements befürworten.¹³⁶⁴ Auch regt ebenfalls ein interner Manager die

¹³⁵⁴ Vgl. I3-1: 28; I3-2: 34-36; I4: 2; I5: 156; I6: 36.

¹³⁵⁵ Vgl. I2: 176; I3-1: 197; I5: 170; I6: 176; I8:144; I10: 46, 112, 122.

¹³⁵⁶ Vgl. I3-1: 197; I7: 28, 209-210.

¹³⁵⁷ Vgl. I3-1: 199; I4: 250; I7: 28; I8: 52; I10: 2, 108.

¹³⁵⁸ Vgl. I3-1: 199; I9: 112.

¹³⁵⁹ Vgl. I5: 112; I10: 114.

¹³⁶⁰ Vgl. I3-2: 113; I7: 28; I9: 108; I10: 104.

¹³⁶¹ Vgl. I6: 72.

¹³⁶² Vgl. I1: 205; I2: 188; I4: 50; I6: 30; I8: 18; I9: 108; I10: 88.

¹³⁶³ Vgl. I6: 30, 44, 48, 72; I8: 18

¹³⁶⁴ Vgl. I4: 50.

Einbindung eines externen Managements an, um zumindest zeitintensive, organisatorische Aufgaben an diese delegieren zu können und das interne Netzwerkmanagement zu entlasten.¹³⁶⁵

Ein Großteil der Experten misst über die gesamte Vernetzungsdauer einer offenen und vertrauensvollen, aber gleichzeitig sachlichen Kommunikation zwischen den Akteuren eine hohe Bedeutung bei.¹³⁶⁶ Wichtig ist es den Experten folgend ebenso, dass es den Akteuren im Laufe der Vernetzung gelingt, die historisch gewachsenen Hierarchie- und Machtstrukturen aufzubrechen und auf Augenhöhe zu kooperieren, wobei dies explizit auch für die Außendarstellung gilt.¹³⁶⁷

Während viele Experten die Kenntnis über die landesspezifischen und regionalen Besonderheiten (Struktur, Kultur, Gesetzgebung, Positionierung der Kostenträger) sowie deren Berücksichtigung als unabdingbar ansehen,¹³⁶⁸ sehen einige Experten in dem Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in Form einer elektronischen Dokumentation einen zentralen Erfolgsfaktor.¹³⁶⁹

Die Notwendigkeit, dass sich aus der Netzwerkmitgliedschaft für jeden Einzelnen ein Nutzen ergeben muss, wird durch die Aussagen der Experten unterstrichen.¹³⁷⁰ Auch sehen viele eine zu Beginn der Vernetzung vorhandene Vision und klare Netzwerkziele als Schlüsselfaktoren, da diese zur Orientierung und Identifikation der Akteure und Ausrichtung des Netzwerks beitragen können.¹³⁷¹

4.2.6 Digitale Vernetzung – Chancen und Herausforderungen

4.2.6.1 Potenziale von Informations- und Kommunikationstechnologien

Auch wenn die Aussagen der Experten hinsichtlich der Erfolgsfaktoren eines Wundnetzes darauf hindeuten, dass Informations- und Kommunikationstechnologien im Vergleich mit anderen Aspekten tendenziell eine nachrangige Bedeutung zukommt, verdeutlicht eine explizite Nachfrage hinsichtlich des möglichen Potenzials dieser, dass sie die Vernetzung auf unterschiedliche Weise unterstützen können und einige Aktivitäten erst durch IKT ermöglicht werden. Anzumerken ist jedoch, dass sie bei ihren Aussagen nicht immer nach Anwendungen differenzieren,

¹³⁶⁵ Vgl. I10: 88.

¹³⁶⁶ Vgl. I1: 245; I2: 74, 188; I3-1: 184; I6: 176; I8: 56; I9: 108.

¹³⁶⁷ Vgl. I1: 253; I2: 48, 54, 76-78, 188; I3-1: 184; I3-2: 198; I6: 36; I8: 12, 52.

¹³⁶⁸ Vgl. I1: 221; I5: 110, 156; I6: 20, 36, 96, 176; I7: 28; I8: 40, 130.

¹³⁶⁹ Vgl. I2: 188; I4: 84; I6: 36; I8: 22.

¹³⁷⁰ Vgl. I2: 48; I3-1: 59; I5: 180.

¹³⁷¹ Vgl. I3-1: 197;

aus dem Kontext und dem generellen Verständnis ist jedoch davon auszugehen, dass sich eine Vielzahl der Aussagen auf eine Wunddokumentationssoftware beziehen. Insofern explizit andere Anwendungsfelder genannt werden, wird dies entsprechend vermerkt. Die Aussagen der Experten ähneln den im Theorieteil aufgeführten Unterstützungspotenzialen von IKT und können laut der Experten

- potenziell Doppeluntersuchungen, redundante Dokumentationsaufgaben und Doppelmedikationen verhindern,¹³⁷²
- eine bessere und einfachere Abbildung und Steuerung von Standards und Behandlungsprozessen bewirken¹³⁷³ und damit
- den mehrdimensionalen Einblick auf den gesamten Versorgungsprozess erleichtern,¹³⁷⁴
- über räumliche Distanzen hinweg einen schnelleren Zugriff auf Informationen ermöglichen¹³⁷⁵ und
- zudem durch die erhöhte Transparenz eine bessere Nachvollziehbarkeit und Kontrolle gewährleisten.¹³⁷⁶

Dass erst diese Transparenz und die Sammlung, Zusammenführung und Auswertung von Daten die objektive Bewertung einer kooperativen Wundversorgung erlauben und eine elektronische Unterstützung gegenüber einer papierbasierten Dokumentation den Vorteil besitzt, dies in Echtzeit, lückenlos und effizienter zu ermöglichen, wurde bei der Betrachtung der Evaluationstätigkeiten (4.2.5.6) in den Wundnetzen hervorgehoben. Letztlich dient die Technologie als Mittel, um die subjektiv empfundene Qualität der Versorgung und der Vernetzung objektiv nachweisen zu können, damit diese im nächsten Schritt honoriert werden kann.¹³⁷⁷

Weiterhin wird der IKT-Einsatz gar als unabdingbar für die Versorgungsforschung erachtet¹³⁷⁸ und könnte durch ein bundesweit einheitliches System langfristig den Weg ebnen für den Aufbau eines zentralen Wundregisters und ebenso für

¹³⁷² Vgl. I2: 178; I8: 132; I9: 100.

¹³⁷³ Vgl. I4: 90; I6: 46, 166; I7: 40.

¹³⁷⁴ Vgl. I2: 180; I6: 48, 166; I9: 100.

¹³⁷⁵ Vgl. I2: 178; I3-1: 155; I3-2: 156, 164; I7: 40, 206; I8: 83; I9: 100; I10: 116.

¹³⁷⁶ Vgl. I3-1: 157; I5: 158; I7: 206; I8: 22, 24, 92.

¹³⁷⁷ Vgl. I1: 223; I8: 22, 24, 92.

¹³⁷⁸ Vgl. I4: 27-30; I10: 84.

das Benchmark verschiedener Wundnetzwerke.¹³⁷⁹ Vereinzelt verweisen die Experten darauf, dass telemedizinische Anwendungen wie bspw. Videokonferenzen den Patienten zudem Wege ersparen können.¹³⁸⁰ Wird die IKT aus dem Netzwerk heraus entwickelt, vermag dies sogar dazu beitragen, das Gemeinschaftsgefühl zu stärken und als Motivator für die weiteren Netzwerkaktivitäten zu dienen.¹³⁸¹

Die unterstützende Rolle von IKT für die vernetzte Wundversorgung wird folglich auch in der Realität gesehen bzw. potenziell vermutet. Einige Experten mahnen zugleich, dass die Digitalisierung niemals der erste Schritt von Vernetzungsprojekten sein sollte, da sie allein noch keine Vernetzung ermöglicht.¹³⁸² Ein Netzwerk darf nicht auf die eingesetzten Informations- und Kommunikationstechnologien beschränkt werden, da die Kooperation für sich betrachtet bereits ein Katalysator ist, um die Versorgung zu verbessern¹³⁸³ und IKT dabei nur einen weiteren Baustein darstellen.¹³⁸⁴ Die Technologie sollte entsprechend nicht der Dreh- und Angelpunkt der Vernetzung sein, denn *„diese Kommunikation muss dem Netz dienen und nicht das Netz der Kommunikation. Ja, also zur Unterstützung alles (...). Und ich sehe das andersherum. Wir können sicherlich noch deutlich gewinnbringend gewisse Techniken nutzen, sollten wir auch, und zwar insbesondere die, die uns auch die jüngere Generation entsprechend aufschließt und mitnimmt.“*¹³⁸⁵ Ein externer Netzwerkmanager sieht dies ähnlich und ist der Ansicht, dass erst nach dem Aufbau der Netzwerkstrukturen geschaut werden sollte, wie Technologien sinnvoll genutzt werden können, denn *„das System an sich, die Kommunikationsplattform an sich, bringt weder das Netzwerk zusammen, noch führt es zu einer höheren Qualität, wenn ich sie vorher nicht definiert habe, wird sie nicht eingehalten. Es kann nur Mittel zum Zweck sein und wird überall da angenommen, wo ich da wirklich sehe, ich habe jetzt bislang mühsam protokolliert und drücke jetzt auf einen Knopf und dann geht es einfacher. Da glaube ich, ist es glaube ich ganz gut positioniert. Als*

¹³⁷⁹ Vgl. I4: 233-234.

¹³⁸⁰ Vgl. I3-1: 157; I3-2: 156.

¹³⁸¹ Vgl. I2: 81-82, 188. Siehe Abschnitt 4.2.4.3 Commitment.

¹³⁸² Vgl. I2: 16. Der Experte hat bereits Erfahrungen mit eEPA in Gesundheitsnetzwerken gesammelt.

¹³⁸³ Vgl. I4: 252-254. Der Experte hat bereits Erfahrungen mit eEPA in Gesundheitsnetzwerken gesammelt.

¹³⁸⁴ Vgl. I9: 100

¹³⁸⁵ I5: 158.

*Einstiegswinkel überhaupt nicht geeignet.*¹³⁸⁶ Die erwähnte Kopplung der Netzwerkmitgliedschaft an den Einsatz der Dokumentationssoftware in einem Projekt Netzwerk führte indes dazu, dass andere Zielsetzungen, wie die Qualitätsentwicklung bei den Standards, in den Hintergrund rückten. *„Auch Quatsch. Sollte man auch nicht so machen. Also gerade, wenn man sagt, es geht uns ja nicht nur um die Software, es geht uns auch um die Qualitätsentwicklung bei den Standards.*¹³⁸⁷

Da die Wundnetze in erster Linie auf Basis bestehender persönlicher Beziehungen entstehen, fällt Informations- und Kommunikationstechnologien zusammenfassend nicht die Rolle des *enablers* zu, wie dies zuweilen für virtuelle Unternehmen unterstellt wird.¹³⁸⁸ Erst die Kooperation und die Bildung des Netzwerks bieten die Grundlage die Versorgungsprozesse zu harmonisieren, Standards zu definieren und diese anschließend digital abzubilden.¹³⁸⁹ IKT vermögen allein noch keine Prozessinnovation zu initiieren, im besten Falle können sie jedoch als Treiber (*driver*) dazu beitragen, diese anzustoßen, besser umzusetzen und darauf aufbauend die oben aufgeführten Unterstützungspotenziale zu entfalten. Dabei kommt es aber entscheidend auf die Zielsetzung des Netzwerks an.

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass diejenigen Netzwerke, die bisher noch keine digitale Wunddokumentation eingeführt und getestet haben, eher enthusiastisch auf dieses Thema reagieren und betonen, wie wichtig eine gemeinsame, elektronische Dokumentation wäre, während diejenigen mit gemachten Erfahrungen, eher ernüchert sind. Dieser Enthusiasmus zeigt sich exemplarisch anhand der folgenden Expertenaussage: *„Das wäre natürlich für uns eine tolle Geschichte. Es gibt Pflegeeinrichtungen, die meisten haben auch noch keine elektronische Akte und deswegen sind wir halt bei dem Fax geblieben und bei dem händischen Ausfüllen von dem Bogen, deswegen ist es so wie es ist. Wir hätten das gerne anders, aber Sie kriegen ja da nirgendwo eine Unterstützung her und wie wollen das stemmen und finanzieren? (...) ich denke das wäre auch die Zukunft, das wäre ja klasse, wenn das gehen würde, weil das wäre ja quasi ganz schnell und einfach (...).*¹³⁹⁰

¹³⁸⁶ I6: 152. Der Experte hat bereits Erfahrungen mit eEPA in Gesundheitsnetzwerken gesammelt.

¹³⁸⁷ I2: 106.

¹³⁸⁸ Vgl. hierzu die Ausführungen von Zundel (1999), S. 52 und S. 158 und die dort angegebene Literatur.

¹³⁸⁹ Vgl. hierzu die Ausführungen im Abschnitt 2.2.2.

¹³⁹⁰ I9: 56, 58.

4.2.6.2 Herausforderungen der digitalen Vernetzung

Trotz der vielfältigen Chancen, die eine digitale Wunddokumentation bieten, macht ein Experte darauf aufmerksam, dass solche Bestrebungen auch hinderlich für eine Vernetzung sein können, da die Skepsis der heterogenen Anspruchsgruppen ggü. dieser Thematik immer noch als sehr groß wahrgenommen wird und ein solcher Schritt nicht gewünscht ist.¹³⁹¹ Dies wird unterstrichen durch die in Abschnitt 4.2.3.3 dargelegte geringe Erfolgsrate, wonach sich zwar die meisten Wundnetze mit der Thematik auseinandergesetzt haben, aber nur wenige mit eher mäßigem Erfolg den Schritt der digitalen Vernetzung gegangen sind. Folglich existieren Barrieren, die der Entwicklung und Implementierung bzw. der Nutzung nach erfolgter Einführung entgegenstehen.

Einen Ausgangspunkt zur Annäherung an diese bieten die im Laufe der Ergebnisdarstellung aufgezeigten Effekte, die netzwerkübergreifend durch die Einführung einer digitalen Wunddokumentation herbeigeführt werden. Diese Effekte wirken zum großen Teil auf die im theoretisch-konzeptionellen Teil systematisch und ausführlich erläuterten Spannungsverhältnisse ein, betreffen aber auch die Netzwerkcharakteristik. So führt die empirische Untersuchung zutage, dass

- insbesondere die Kopplung der Netzwerkzugehörigkeit an die Nutzung der Software der Vernetzung einen formaleren Charakter verleiht,¹³⁹²
- je nach Ausgestaltung der IKT die Spezifität der Vernetzung steigt und eine inhaltliche Weiterentwicklung begünstigt wird,
- mögliche Pflichtfelder und semantische Standards die Vielfalt und den heterogenen Arbeitsalltag der Akteure nicht ausreichend abbilden und die Flexibilität einschränken können,¹³⁹³
- hinsichtlich des Rechtemanagements unterschiedliche Zugriffsrechte die Hierarchie- und Machtstruktur verfestigen können und unklare Eigentumsrechte an Daten ein hohes Konfliktpotenzial bergen,

¹³⁹¹ Vgl. I4: 233-234.

¹³⁹² Formale Kopplung der Mitgliedschaft an die Nutzung wurde bei den Netzwerktreffen erst begrüßt und später hinterfragt: „*War das mit der IT überhaupt eine gute Idee?*“.

¹³⁹³ Während der Beobachtungen wurde der professionsgebundene Gebrauch von Terminologien in der mündlichen und schriftlichen Kommunikation deutlich. Beim Versuch der Standardisierung wurde der Vielfalt der Akteure nicht ausreichend Rechnung gezollt. Dies hätte durch eine Übersetzungsleistung der Software und eine flexiblere Integration in den Versorgungsalltag bewerkstelligt werden können. Auch fragten die Nutzer nach Notizfeldern, um trotz standardisierter Abfragen eigene Notizen anfertigen zu können (Flexibilität trotz Spezifität).

- die Gefahr besteht, dass die Software und die darin enthaltenen Daten zu Kontrollzwecken eingesetzt werden,¹³⁹⁴
- formale Regelungen hinsichtlich des elektronisch gestützten Informations- und Kommunikationsflusses umgangen werden können, indem die Kommunikation weiterhin informell über das Telefon erfolgt,¹³⁹⁵
- nicht nur das Vertrauen in die Kompetenzen der Kollegen notwendig ist, sondern auch in die Datenqualität elektronisch übermittelter Patientenbefunde,
- es hemmend ist, wenn vorhandene Systeme nicht ersetzt werden, sondern zusätzlich zu angestammten existieren und
- nicht bestätigt werden kann, dass IKT insgesamt dazu beitragen, das Netzwerk zu verstetigen oder zu stabilisieren.

Diese vorwiegend auf Netzwerkebene abstrahierten Effekte wirken sich auf die Mitglieder aus und können bei negativem Empfinden in individuellen Nutzungsbarrieren münden. Um diesen Zusammenhang empirisch gestützt stärker aufzuschlüsseln und tiefer zu durchdringen, wird auf die in Anlehnung an Boonstra und Broekhuis (2010) hergeleitete Systematisierung aus Abschnitt 3.2.4 zurückgegriffen. Die Unterkategorien werden induktiv aus den Interviews hergeleitet.¹³⁹⁶

Personenbezogene Barrieren:

Heterogenität der Akteure: Alle Experten äußern mögliche Bedenken zu personenbezogenen Widerständen. Zu diesen zählt die *Heterogenität der Akteure*, die sich in unterschiedlichen Bedürfnissen, Ansprüchen und Zielsetzungen in Bezug auf eine die Wundversorgung unterstützende Software niederschlagen.¹³⁹⁷ Diese gilt es zunächst zu harmonisieren¹³⁹⁸ und einen Konsens bspw. hinsichtlich der zu dokumentierenden Inhalte zu finden.¹³⁹⁹ Diesen Prozess zu begleiten ist nicht nur Aufgabe des Netzwerkmanagements, sondern zugleich der IT-Unternehmen, die sich

¹³⁹⁴ Umgang mit den Daten und Nutzungsverhalten der IT wurde während der Netzwerktreffen diskutiert. Dabei wurde darüber nachgedacht, über den Grad der Nutzung und die Qualität den Status der Netzwerkmitgliedschaft zu bestimmen (Vollmitglied vs. Zuweiser). Insbesondere die Ärzte fürchteten den Missbrauch als Kontrollinstrument.

¹³⁹⁵ Dieses Verhalten konnte während der Hospitationen beobachtet werden. „*Ich hab Geheimnummern und kann schnell mal nachfragen oder schnell Termine vereinbaren.*“

¹³⁹⁶ Die nachfolgenden Ergebnisse wurden in verkürzter Form veröffentlicht. Vgl. Teckert (2020).

¹³⁹⁷ Vgl. I: 221, 224-225; I2: 8; I3-2: 187; I5: 102, 104; I8: 134; I10: 28.

¹³⁹⁸ Vgl. I8: 134; I10: 28.

¹³⁹⁹ Vgl. I5: 102; I10: 118.

stärker an den Nutzern orientieren müssten, damit die Software nicht als Belastung, sondern als Entlastung empfunden wird.¹⁴⁰⁰ Dass den heterogenen Bedürfnissen bei der Entwicklung nicht ausreichend Rechnung getragen wird, deutete sich bei den Hospitationen in den Wundnetzen an. Die Nutzer fühlten sich aufgrund der standardisierten Pflichtfelder in ihrer Flexibilität eingeengt und waren gezwungen, die vorgegebenen Fachtermine und Skalen zu nutzen. Hier sollte die Software so gestaltet werden, dass sie als „Übersetzer“¹⁴⁰¹ fungiert, die die Bildung einer Einheit unter Wahrung der Diversität begünstigt.

Zweifel über die Vorteilhaftigkeit: Damit eine neue und gemeinsame IKT-Anwendung wie eine elektronische Wunddokumentation akzeptiert wird, muss diese als vorteilhaft für die Wundversorgung und als vorteilhafte Alternative zu der bisherigen Wunddokumentation empfunden werden.¹⁴⁰² Im besten Falle wird der Bedarf für eine informationstechnische Vernetzung von den Mitgliedern selbst erkannt und vorangetrieben, um die *Zweifel über die Vorteilhaftigkeit* auszuräumen.¹⁴⁰³ Auch müssen die Vorteile klarer kommuniziert werden und nach Einführung der IKT schnell im Arbeitsalltag erkennbar sein.¹⁴⁰⁴ Während der Hospitationen fiel auf, dass die Bedienung der Software in den Arztpraxen zumeist an die Arzthelfer delegiert wurde, die mit dem Wundnetz an sich keine Anknüpfungspunkte hatten, außer dass der delegierende Arzt Mitglied in diesem war bzw. ist. Dies hat zur direkten Folge, dass der an die Nutzung der Software gekoppelte zeitliche Aufwand, der entweder mit dem Eintritt in das Netzwerk oder erst im Laufe der Mitgliedschaft als Beitragsleistung zu erbringen ist, weitergereicht wird, ohne eine vorherige Einbindung in den Entwicklungsprozess.¹⁴⁰⁵ Die in einem Abhängigkeitsverhältnis stehenden Fachangestellten sehen vorrangig die zusätzliche Arbeit statt einen potenziellen Nutzen, vor allem, wenn sie zwei voneinander unabhängige Systeme bedienen müssen. Dabei wurde bei den Beobachtungen deutlich, dass das Nutzenempfinden an die Anzahl täglich behandelter Wundpatienten gekoppelt ist. Je regelmäßiger und je mehr Wundpatienten behandelt werden und je häufiger die Software genutzt wird, umso mehr stellt sich u. a. ein zeitlicher Vorteil ein.

¹⁴⁰⁰ Vgl. I1: 221, 224-225; I5: 104.

¹⁴⁰¹ Durch sprachliche und inhaltliche Übersetzungen (z. B. von Fachtermini oder Zusammenführung von unterschiedlichen Skalen).

¹⁴⁰² Vgl. I2: 178; I4: 244; I7: 88.

¹⁴⁰³ Vgl. I6: 56.

¹⁴⁰⁴ Vgl. I4: 236; I7: 88.

¹⁴⁰⁵ Vgl. 4.2.1.4. Ähnliches ist in Krankenhäusern zu vermuten.

Am Altbewährten festhalten: Eine neue Technologie kann die Notwendigkeit, die eigenen Arbeitsweisen und -routinen zu hinterfragen und kooperationsbedingt zu verändern, verstärken. Nicht alle Akteure sind gewillt, ihre Komfortzone zu verlassen und möglicherweise die mit der Technologie einhergehende Veränderung ihres Arbeitsablaufs zu akzeptieren, sondern halten am *Altbewährten fest*,¹⁴⁰⁶ obwohl „viele wissen, dass die Dokumentation und dieser Datentransfer und diese Kommunikation extrem wichtig ist, aber auf der anderen Seite ist da keiner wirklich zu 100 Prozent bereit, da auch wirklich ganz viel Energie reinzustecken, weil als einzelner Akteur kriegen sie das nicht hin.“¹⁴⁰⁷ Es fehlt oftmals der Wille, sich auf etwas Neues einzulassen und die Kooperationsbereitschaft stößt beim Versuch der digitalen Vernetzung und der Formalisierung des Austausches an ihre Grenzen. Dabei wird insbesondere älteren Generationen eine grundsätzliche Skepsis ggü. neuen digitalen Anwendungen zugeschrieben. Die Experten regen an, dass das Netzwerkmanagement entsprechend behutsam an die Thematik heranführen sollte.¹⁴⁰⁸

Angst vor Kontrolle/Einschränkung der Handlungsautonomie: Eine weitere Barriere stellt die Angst dar, dass die elektronische Wunddokumentation Dank der erhöhten Transparenz als Kontrollinstrument genutzt werden könnte, um z.B. die Einhaltung der Behandlungsstandards und die Effektivität einzelner Akteure oder Berufsgruppen zu prüfen. Ein Experte ist zwar der Ansicht ist, dass „wenn ich mich als Akteur auf ein Netzwerk einlasse, muss ich mir auch im Vorfeld bewusst sein, dass ich transparenter werde“,¹⁴⁰⁹ doch eine gemeinsame IKT verstärkt dies, weil es die eigene Versorgung und die Ergebnisse schwarz auf weiß abbilden kann.

Diese Kontrollmöglichkeiten können schon während des Beitritts bewusst werden und den Beitrittsprozess zum Erliegen bringen,¹⁴¹⁰ im Laufe der Mitgliedschaft bewusst werden und der Nutzung der IKT entgegenstehen oder die Einführung hemmen. Ähnlich äußert sich ein anderer Experte, dass durch die erhöhte Transparenz und Nachvollziehbarkeit, „das so ein Negativum sein könnte, dass die Leute eben immer das Gefühl haben, wir gucken denen immer in die Karten. Und dass dann jeder lieber so seine eigene Suppe kocht und das kann ja auch sein, aber dann

¹⁴⁰⁶ Vgl. I1: 69, 83, 85; I6: 62, 100; I10: 52-54.

¹⁴⁰⁷ I1: 81.

¹⁴⁰⁸ Vgl. I8: 38; I9: 60, 106.

¹⁴⁰⁹ I1: 229.

¹⁴¹⁰ Vgl. I1: 229; I2: 172; I4: 218-222. Siehe auch 4.2.1.4.

*muss man einfach über das Rezept sprechen.*¹⁴¹¹ Weiterhin stellen die Angst vor rechtlichen Konsequenzen und die mögliche Offenlegung wirtschaftlicher Kennzahlen potenzielle Barrieren dar.¹⁴¹²

Fehlendes Vertrauen in die Datenqualität: Das fehlende Vertrauen in die Datenqualität aufgrund als mangelhaft empfundener Kompetenzen anderer Akteure und dem häufigen Wechsel von Nutzern durch die Delegation an Angestellte, verhindert eine kollaborative IKT-Nutzung. Die Akteure haben eine eigene Nachweispflicht und erheben die Daten lieber selber, um sie an einem selbst definierten Ort abzulegen.¹⁴¹³ Geäußert wird auch die Skepsis gegenüber jeglicher Ferndiagnose (z. B. Zweitmeinungen) auf Grundlage von Daten und Bildern, da nicht darauf vertraut wird, ohne den Einsatz aller Sinne eine belastbare Anamnese durchführen zu können.¹⁴¹⁴

Fehlende Technikaffinität und -kompetenz: Das Thema IKT nimmt in Wundnetzwerken, die meist ehrenamtlich gebildet werden und eher lose gekoppelt sind, nicht die erste Priorität ein und der Fokus liegt eher auf der direkt am Patienten durchgeführten, medizinisch-pflegerischen Versorgung. Zurückzuführen ist dies ferner auf eine fehlende Technikaffinität und -kompetenz für informationstechnische Anwendungen und daraus resultierend auf ein unterschiedliches Verständnis für die gesamte Thematik. Entsprechend wird das Thema laut einiger Experten vernachlässigt oder nur unzureichend interpretiert.¹⁴¹⁵ Als „*ein Buch mit sieben Siegeln*“ für Pflegekräfte und Hausärzte wird es gar bezeichnet.¹⁴¹⁶ Schulungen, um ein gemeinsames Verständnis aufzubauen und die IT-Kompetenz zu stärken, könnten dem entgegenwirken.¹⁴¹⁷

Finanzielle Barrieren:

Investitionen in Hard- und Software: Viele Experten führen finanzielle Barrieren an. Mögliche Kosten fallen zunächst für die Softwareentwicklung oder den Softwareerwerb an. Weiterhin besteht die Befürchtung, dass Anschaffungskosten für etwaige Hardware entstehen könnten. Laufende Kosten können sich z. B. für den

¹⁴¹¹ I3-1: 186.

¹⁴¹² Vgl. I7: 98; I9: 100; I10: 112, 120.

¹⁴¹³ Vgl. I6: 172.

¹⁴¹⁴ Vgl. I7: 100.

¹⁴¹⁵ Vgl. I4: 236, 244; I6: 50; I9: 58.

¹⁴¹⁶ Vgl. I4: 244.

¹⁴¹⁷ Vgl. I4: 246; I9: 106.

Support der Software ergeben.¹⁴¹⁸ Als sehr kostenintensiv wird eine mögliche Schnittstelle zu bereits bestehenden IT-Systemen der Nutzer bezeichnet, um die Interoperabilität herzustellen und eine Doppeldokumentation zu vermeiden.¹⁴¹⁹ Einige NWM monieren, dass die finanzielle Unterstützung für eine informationstechnische Vernetzung fehlen würde und solch ein Vorhaben ohne öffentliche Gelder oder eine Unterstützung seitens der Krankenkassen nicht zu bewerkstelligen sei.¹⁴²⁰

Allein an den Kosten kann die fehlende Softwareeinführung und Nutzung der Akteure jedoch nicht festgemacht werden, wie einige Beispiele zeigen. So wurde die in einem Wundnetz eingeführte Software durch öffentliche Projektgelder finanziert und die Nutzung war für die Akteure kostenlos, aber dennoch wurde diese kaum genutzt oder vollständig abgelehnt.¹⁴²¹ Ähnlich erging es zwei anderen Wundnetzen, in dem die Kosten für die Software komplett übernommen wurden oder nur eine geringe Beteiligung notwendig war.¹⁴²²

Finanzielle Einbußen durch zeitlichen Mehraufwand: Da eine neue Dokumentation aufgrund der Umstellung des Arbeitsprozesses anfangs einen zeitlichen Mehraufwand bedeutet (Anpassungskosten) und – professionsabhängig – die Produktivität dadurch abnimmt, kann dies zu finanziellen Einbußen führen.¹⁴²³ Falls die neue Dokumentationssoftware die alte nicht ersetzt, sondern aufgrund einer fehlenden Schnittstelle parallel zu dieser existiert, hat dies eine Doppeldokumentation zur Folge und damit einen erheblichen zeitlichen Mehraufwand.¹⁴²⁴ So berichtet ein Experte, „*bei den Ärzten gab es wirklich eine 50:50 Abspaltung, die einen haben gesagt machen wir nicht, ich muss doppelt dokumentieren, ich hab mein bestehendes System.*“¹⁴²⁵

Finanzielle Einbußen durch den Wegfall von Untersuchungen: Ein Experte ist der Ansicht, die Akteure würden durch eine informationstechnische Vernetzung Umsatzverluste befürchten, da Doppeluntersuchungen zusätzliche Einnahmequellen bedeuten. „*Selbst die Ärzte streiten darüber, warum streiten die sich darüber?*“

¹⁴¹⁸ Vgl. I1: 69, 83; I4: 246; I5: 98, 102; I6: 48, 50, 100, 170; I7: 108, 110; I8: 62, 66; I9: 52, 106.

¹⁴¹⁹ Vgl. I4: 56; I6: 36.

¹⁴²⁰ Vgl. I4: 56; I8: 66; I9: 52.

¹⁴²¹ Vgl. I2: 8, 136-140, 174 und 4.2.3.3.

¹⁴²² Vgl. I1: 100-103; I7: 107, 110.

¹⁴²³ Vgl. I1: 85; I2: 180.

¹⁴²⁴ Vgl. I1: 215; I2: 10; I4: 56.

¹⁴²⁵ I1: 215.

*Weil möglicherweise ein Kollege sagt, na ja, wenn ich das Röntgenbild heute mache, verdiene ich heute mein Geld damit. Wenn der jetzt übermorgen woanders hingehet, sieht er das Bild, entweder sieht er die gute oder schlechte Qualität, das mag ja noch in Ordnung sein, aber der andere Kollege sagt vielleicht, ich will das ja gar nicht wissen, weil dann kann ich es auch noch mal röntgen.*¹⁴²⁶

Technische Barrieren:

Fehlende Schnittstellen/Interoperabilität: Als zentrale Barriere wird die fehlende Interoperabilität zwischen verschiedenen IT-Systemen angeführt, die z.B. aufgrund fehlender Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen IT-Systemen nicht hergestellt werden kann (und damit die angeführten Doppeldokumentationen und zeitlichen Mehraufwand verursachen).¹⁴²⁷ Ein Experte bezweifelt jedoch, dass alle Akteure an einer Schnittstelle interessiert sind und meint: *„Den nächsten Schritt zu wagen, ich klinge mich da ein und kann das da abholen und kann da sogar noch was schreiben, das funktioniert nicht. Der niedergelassene Arzt sagt, wie kommt der bei mir in das Praxissoftwaresystem rein, gar nicht. Der Krankenhausarzt in der Ambulanz, wie sehe ich das? Auch nicht, weil das alles Strukturen sind, die nicht zusammengehören und auch nicht gewollt zusammengehören.*¹⁴²⁸

Fehlende Netzabdeckung: Eine große Barriere stellt außerdem die regional schlechte Netzabdeckung dar, da selbst die beste Software ohne eine ausreichende Netzabdeckung weder mobil eingesetzt werden kann, noch Informationen in Echtzeit abrufbar sind.¹⁴²⁹

Fehlende Hardwareausstattung: Eine schlechte oder gänzlich fehlende Hardware-Ausstattung macht eine informationstechnische Vernetzung unmöglich. Um diesen Umstand zu ändern, wären neben der grundsätzlichen Bereitschaft finanzielle Mittel (s. finanzielle Barrieren) notwendig.¹⁴³⁰ Damit wird die Hardwareausstattung neben der Netzabdeckung zu einer Grundbedingung.

¹⁴²⁶ I10: 120.

¹⁴²⁷ Vgl. I1: 69, 83; I4: 56; I5: 98, 102, 173-174; I7: 16, 43-44, 60; I8: 22, 66, 86; I9: 52, 56.

¹⁴²⁸ I6: 60.

¹⁴²⁹ Vgl. I6: 62, 64, 170; I8: 22, 86; I9: 106.

¹⁴³⁰ Vgl. I9: 106.

Fehlender technischer Support: Ein fehlender technischer Support z. B. durch die Softwarefirma, gepaart mit einer unübersichtlichen und komplexen Software, kann ebenso eine potenzielle Akzeptanzbarriere darstellen.¹⁴³¹

Rechtliche Barrieren:

Speziell im Gesundheitswesen ist der Datenschutz ein sensibles Thema, der auch beim Austausch von Patientendaten über Organisationsgrenzen hinweg von allen involvierten Akteuren eingehalten werden muss. Zweifel darüber, dass die gesetzlichen Vorgaben hierbei eingehalten werden können, stellen eine potenzielle Barriere für einen einrichtungsübergreifenden Datenaustausch dar. Bei einer zentralen Dokumentation und Speicherung von hochsensiblen Patientendaten und dem Austausch mit anderen schwingt immer die Befürchtung mit, dass die Daten missbräuchlich genutzt werden könnten.¹⁴³² Es bedarf folglich klarer Regeln, um den Akteuren eine entsprechende Sicherheit zu geben und Zweifel auszuräumen und es sollte allen klar sein, wie und wer die Einhaltung der gesetzlichen und vereinbarten Regelungen sicherstellt.¹⁴³³ Trotz aller rechtlichen Bedenken wird dafür plädiert, dass die Skepsis in einem gesunden Verhältnis zu all den Vorteilen von IKT stehen sollte: *„Natürlich gibt es dann immer wieder Leute, die sagen Datenschutz, um Gottes Willen, geht gar nicht oder so. Ich denke, das muss dann schon bisschen in ein gesundes Verhältnis setzen, aber wir werden da nicht drumherum kommen, das so zu machen (...).“*¹⁴³⁴

4.2.7 Zusammenfassung der Ergebnisse

Ausgehend von den Forschungsfragen werden die Ergebnisse abschließend zusammengefasst. Es sei nochmals betont, dass dies nicht einer Hypothesenprüfung entspricht und die Erkenntnisse aus den Beobachtungen und den Experteninterviews aufgrund ihres explorativen Charakters nicht verallgemeinerbar sind.

¹⁴³¹ Vgl. I1: 107.

¹⁴³² Vgl. I1: 239.

¹⁴³³ Vgl. I3-2: 182; I5: 102, 172; I6: 48, 154; I7: 98.

¹⁴³⁴ I7: 206.

4.2.7.1 Entstehung, Zielsetzung, Charakteristik und Entwicklung von Wundnetzen

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit befragten Experten assoziieren mit dem Netzwerk vorrangig die *Zusammenarbeit mit anderen Akteuren*, um Herausforderungen gemeinsam zu bewältigen, sich auszutauschen und Entscheidungen abzustimmen sowie die *Schaffung eines Mehrwerts*. Nachrangig werden gemeinsame Ziele oder die Möglichkeit einer neuen arbeitsteiligen Organisationsform erwähnt. Während ein Wundnetz von der *regionalen Politik initiiert* wurde, erfolgte die Initiierung der restlichen *zwölf auf Basis bereits bestehender persönlicher Beziehungen*, die im Netzwerkkontext eine weitaus größere Rolle zu spielen scheinen als im Unternehmenskontext und durch die Netzwerkgründung lediglich einen offiziellen Charakter erhalten.¹⁴³⁵ Ob die Gründung generell emergent oder geplant verläuft, kann nicht abschließend beurteilt werden, wobei am ehesten bei öffentlich geförderten Projektnetzen von einer geplanten Initiierung auszugehen ist.

Da die Ausgestaltung und Intensität der Zusammenarbeit tlw. sehr unterschiedlich sind, ergeben sich auch *unterschiedliche Anreiz-Beitrags-Konstellationen*, die zudem von den *heterogenen Akteuren* anders wahrgenommen werden. Wenngleich neben *medizinischen* insbesondere *soziale Vorteile* betont werden, wird deutlich, dass immaterielle Anreize auf die Dauer nicht ausreichen und für die Gründung und den Beitritt ebenso (*transaktions-)*ökonomische Aspekte eine Rolle spielen. Dies gilt speziell für Akteure, die Wundprodukte herstellen oder diese vertreiben (z. B. Homecare-Unternehmen) und durch die Netzwerkmitgliedschaft einen besseren Zugang zum Absatzweg erhalten, wodurch sie ihre *Anbahnungskosten* senken können. Leistungserbringer hingegen können aufgrund des seit 2016 für das Gesundheitswesen geltenden *Antikorruptionsgesetzes*¹⁴³⁶ viele ggf. *erhoffte finanzielle Vorteile* nicht (mehr) ausnutzen und nur von möglichen *Fördergeldern oder Pauschalen aus Selektivverträgen* finanziell profitieren. Während von möglichen Pauschalen nur selbstständige Mitglieder direkt - unter Beachtung einer evtl. Honorarvereinbarung - profitieren können, können Fördergelder auch Mitgliedern in einem Angestelltenverhältnis zugutekommen.

Als Beitrittsargument für alle in den betrachteten Wundnetzen vertretenen Akteure zeichnet sich dagegen eine mögliche *Senkung der Suchkosten* durch eine zentrale Informationsbereitstellung, netzwerkseitige Weiterbildungen und einen Know-

¹⁴³⁵ Vgl. Staar/Atzpodien (2017), S. 37.

¹⁴³⁶ Rechtliche Vorschrift als externe Veränderungskraft.

How-Transfer ab. Eine mögliche *Senkung der Koordinations- und Abstimmungskosten* durch eine effizientere Patientensteuerung verbleibt eher auf der Wunschebene. Nur vereinzelt zeigt sich - dank der entstehenden, engeren Beziehungen - insbesondere zwischen Pflegekräften zumindest ein institutionsübergreifender, schnellerer Informationsaustausch.

Der speziell während der *Aufbauphase hohe zeitliche Aufwand*, je nach Ausgestaltung der Vernetzung *notwendige Prozessanpassungen* und eine *gefühlte Einschränkung der Autonomie*, können einer Gründung sowie dem Verbleib und Engagement entgegenstehen. Der finanzielle Aufwand hingegen ist und bleibt überschaubar und fällt bei Vereinen nur im Rahmen von (geringen) Mitgliedbeiträgen und in sehr geringem Maße bei Netzen mit einer digitalen Wunddokumentation an. Durch Investitionen verursachte, mögliche *Austrittskosten* sind in den betrachteten Netzen damit insgesamt zu vernachlässigen. Die mit dem Aufbau einhergehenden *Anbahnungskosten* könnten zudem durch die Einbindung einer Managementgesellschaft gesenkt werden, die Finanzierbarkeit einer solchen vorausgesetzt.

Unabhängig von der Organisationsform oder anderer Gegebenheiten, verfolgen alle Wundnetze *vorrangig Qualitäts- und Serviceziele*, wobei als Hauptziel die „*Verbesserung der Lebensqualität von Wundpatienten*“ detektiert werden konnte. Ökonomische und auf die Veränderung der Strukturen des Gesundheitswesens abstellende strukturelle Ziele sind tendenziell untergeordnet. Obgleich die *Ziele* und deren Priorisierung von der Vernetzungsphase abhängen, kann resümiert werden, dass diese *zu allgemein formuliert* sind und eine Systematisierung ausbleibt. Auffällig ist, dass sich die verschriftlichten Ziele sehr ähneln und bei einigen Netzwerken sogar wortgleich sind. Bei Projektnetzwerken zeigt sich indes das Problem, dass die Antragsteller die für den Projektantrag formulierten *Projektziele als Netzwerkziele* übernehmen, ohne diese mit den späteren Mitgliedern zu diskutieren.

Bis auf ein Wundnetz sind *alle intersektoral* ausgerichtet. *Elf* bezeichnen sich dabei als *regionale* Wundnetze und *zwei* als *überregionale*, mit unterschiedlichen Auswirkungen. Während die überregionale Ausrichtung die Zusammenarbeit in einem Fall erschwert, führt sie im anderen zu einem stetigen Mitgliederanstieg. Aber selbst wenn sich die Wundnetze im Laufe der Zeit zu überregionalen Netzwerken entwickeln, verbleibt die *operative Zusammenarbeit auf regionaler Ebene*.

Indes ist die *Grenzziehung zwischen Netzwerk und Umwelt* und die Erfassung der Netzwerktiefe über die Mitgliederzahlen und der vertretenen Professionen bereits bei Vereinen aufgrund unterschiedlicher Gewichtungen von Einzel- und Organisationsmitgliedern schwierig und führt zu Verzerrungen, die einer Bereinigung bedürfen. Fehlende feste Mitgliederstrukturen in den übrigen Netzen erzwingen ferner eine näherungsweise Kalkulation, mit dem Ergebnis, dass die Mitgliederzahl über alle Wundnetze hinweg zwischen 15 und 500 liegt. Die Vernetzungsdauer geht tendenziell einher mit einem Mitgliederzuwachs, wird aber besonders positiv beeinflusst durch die Sichtbarkeit und das Engagement von ärztlichen Mitgliedern.

Der *Großteil der Mitglieder* ist und bleibt *passiv* und konsumiert, anstatt Beiträge zu erbringen. Dies deutet auf ein wahrgenommenes Ungleichgewicht von Anreizen und Beiträgen bzw. auf die *Nicht-Erfüllung der an die Teilnahme geknüpften*

Aus den Interviews lässt sich eine *typische Entwicklung der inhaltlichen Ausgestaltung* nachzeichnen: In der *Anfangsphase* verstehen sich die Wundnetze als Plattform für einen *Informations- und Erfahrungsaustausch*, um im nächsten Schritt als Wissens- und Kompetenznetzwerk voneinander und miteinander zu lernen. Es werden darüber hinaus Versuche übernommen, Versorgungsleistungen zusammenzuführen, um letztlich das von allen Wundnetzen ausgegebene Hauptziel „Verbesserung der Lebensqualität von Wundpatienten“ zu erreichen. Dies gelingt in den meisten Netzwerken zumindest in Ansätzen, wobei der Aktivitätsgrad bei Wundnetzen mit einem Arzt als Netzwerkmanager etwas höher ist. Insbesondere der Entwicklungsschritt hin zum *Versorgungsnetzwerk* geht mit einem sukzessiven *Ausbau der Netzwerkaktivitäten* und der *Einführung von regulativen Instrumenten* zur kooperativen Patientenversorgung (Laufzettel, Überleitungsbogen, Behandlungsstandards, digitale Wunddokumentation) einher, deren Nutzungsgrade jedoch hinter den Erwartungen zurückbleiben und eine nachhaltige Netzwerkentwicklung verzögern respektive unterbinden. Es überrascht folglich nicht, dass erst wenige Wundnetze gemeinsamen Forschungsaktivitäten nachgingen, wobei in diesen oftmals Universitätskliniken vertreten sind und bereits Erfahrungen mit der Einführung einer gemeinsamen Wunddokumentationssoftware gesammelt werden konnten.

Der für die Umsetzung eines kooperativen Versorgungsprozesses sowie für etwaige Forschungsvorhaben im Kontext der Wundversorgung eine große Rolle spielende Austausch von Daten kann *am effektivsten und effizientesten* über solch eine *digitale Wunddokumentation* bewerkstelligt werden. Insgesamt in fünf Netzen

wurde eine solche eingeführt, aber es wird deutlich, dass diese inzwischen in allen Fällen nicht oder nur von wenigen Mitgliedern genutzt wird. Dabei zeigt sich, dass die oftmals vorhandenen regulativen Instrumente und insbesondere eine instituti-
onsübergreifende, digitale Dokumentation mit steigender Transaktionshäufigkeit -
ausgedrückt durch Regelmäßigkeit, Durchgängigkeit und Häufigkeit der Nutzung -
z.B. zu einer höheren *Zeitersparnis* und *Vermeidung von Doppeluntersuchungen*
führen könnten und insgesamt eine *Senkung der Kontrollkosten* zur Folge hätten.
Es ist nicht davon auszugehen, dass sich an der Nutzung der Instrumente kurzfristig
etwas ändert, solange die Behandelnden bei der Vermeidung einer Doppeluntersu-
chung finanziell nicht am möglichen Transaktionskostenvorteil partizipieren oder
behandlungsrelevante Haftungsfragen virulent sind.

Da bis auf einen möglicherweise formalen Vereinsbeitritt mit der Teilnahme
keine formalen Verbindlichkeiten einhergehen und selbst die Anerkennung einer
Satzung oder der Versuch formale Spielregeln (s. Regulation) zu vereinbaren, in
der Praxis keine Durchsetzbarkeit, Kontrolle oder Sanktionierung zur Folge haben,
kann auch die inhaltliche Ausrichtung nicht durch eine Leitungsinstanz vorgegeben
werden, sondern muss von den Mitgliedern mit Leben gefüllt werden.

Der *Abschluss von Selektivverträgen* mit Krankenkassen könnte sowohl eine
stärkere Verbindlichkeit und Formalisierung ermöglichen als auch den Vernet-
zungsgrad vorantreiben. Da solche bilateralen Verträge zusätzlich zur Regelversor-
gung geschlossen werden, bedeuten sie für die einzelnen Leistungserbringer, aber
auch für die Krankenkassen, zunächst höhere Verhandlungskosten. Je nach vertrag-
licher Ausgestaltung und Schaffung von (verbindlichen) Abhängigkeiten, kann dies
zugleich eine Erhöhung der Spezifität bedingen und damit mögliche Beendigungs-
kosten zur Folge haben. Insgesamt sind solche Selektivverträge in den Wundnetzen
jedoch wenig verbreitet. Es zeigt sich, dass ein solcher insgesamt die Flexibilität
einschränken kann, aber in den hier betrachteten Fällen nie das Netzwerk in seiner
Gänze definiert, sondern nur Teil dessen ist und auch jeweils nur wenige Netzwerk-
mitglieder inkludiert.

Besitzt das Wundnetz als Verein eine *eigene Rechtspersönlichkeit*, gehen damit
zwar rechtliche oder vertragliche Vorschriften und Finanzierungsmöglichkeiten so-
wie ein formalisierter Eintritt einher, in der gelebten Praxis und für die Zusammen-
arbeit hat dieser Umstand jedoch kaum Auswirkungen. Von Belang ist es hingegen,
wie der Vorstand besetzt ist und wie das Netzwerkmanagement ausgestaltet wird.

So wird deutlich, dass das *Hinzuziehen eines externen, erfahrenen Managers* nicht nur das interne Management entlastet, sondern auch eine bessere Übersicht der rechtlichen Rahmenbedingungen und potenzieller Finanzierungsquellen ermöglicht. Zudem zeigt sich, dass in der Tendenz dadurch strukturelle Veränderungen gezielter angestoßen werden und insgesamt ein neutralerer Umgang mit den heterogenen Akteuren begünstigt wird. *Verändert sich das interne Management* dergestalt, dass dieses nur von einer Berufsgruppe übernommen wird, beeinträchtigt dies die Gewinnung und das Engagement von nicht repräsentierten Mitgliedern.

Die Kooperation erfolgt insgesamt nicht hierarchiefrei, wie es als Beschreibungsmerkmal für Netzwerke angenommen wird. Stattdessen wird die arztzentrierte Versorgung trotz einiger Bemühungen, Rollen im gesetzlich zulässigen Rahmen nach Kompetenzen anstelle hierarchischer Stellungen im Arbeitsalltag neu zu verteilen, auf der Netzwerkebene reproduziert. Diese Gefahr besteht insbesondere dann, wenn hierarchisch geprägte Arbeitsverhältnisse aus dem Alltag im Netzwerk weitergeführt werden.

Die *Dominanz* und zuweilen gar Machtdemonstration *ärztlicher Professionen* stellen zugleich eine potenzielle Konfliktursache dar. Noch schwerer wiegt jedoch das einseitige Abschöpfen sich ergebener Vorteile zur Erreichung eigener Ziele. Diese und weitere *Konfliktquellen* lassen sich unabhängig vom organisationalen bzw. vertraglichen Rahmen in ähnlicher Weise diagnostizieren, wobei das Konfliktniveau tendenziell mit *zunehmender Heterogenität* ansteigt. In der Folge kommt es bspw. zu Austritten und sinkenden Beiträgen. Als sehr konfliktbehaftet zeigt sich ferner die *Beteiligung von Industriepartnern*, was sogar einem Netzwerkbeitritt entgegenstehen kann. Grund hierfür ist das Misstrauen gegenüber deren Absichten, die als stark ökonomisch getrieben angenommen werden. Während sich bzgl. dieser Mitgliedergruppe Parallelitäten in den Wundnetzen zeigen, deutet sich insgesamt eine Gratwanderung zwischen einem Vertrauensvorschuss und anfänglich abwartender Skepsis an. Diese betrifft nicht nur mögliche Partikularinteressen, sondern auch Fachkompetenzen. Unabhängig von den Startbedingungen und dem überwiegend als wachsend beschriebenen *Vertrauensverhältnis* (insbesondere zwischen Leistungserbringern), bleibt dieses *dauerhaft fragil*.

Konflikte, Misstrauen, unterschiedliche Rahmenbedingungen sowie heterogene Ziele und Bedürfnisse, die nicht befriedigt werden, erschweren die Bildung einer

Einheit und die Erzeugung einer gemeinsamen Identität, was trotz aller Herausforderungen möglichen Austritten und der Abnahme der Kooperationsbereitschaft entgegenwirken könnte. Es zeigen sich über alle Fälle hinweg nur wenige Indizien, die darauf hindeuten, dass dies gelungen ist. Deutlich wird stattdessen, dass angestrebte Aktivitäten häufig reduziert oder eingestellt werden und damit Entwicklungen entgegenstehen. Vereinzelt werden gar Auflösungserscheinungen deutlich, die für die Umwelt nicht sofort ersichtlich sind, da die Wundnetze formal noch existieren.

Die *Auflösung bzw. die ausbleibende Verstetigung* zweier Projektnetzwerke, die von einem Experten bald erwartete Auflösung eines Vereins und die während der Beobachtungen wahrgenommenen Auslösungserscheinungen in einem Netzwerk, können derweil *nicht* auf ein *einzelnes, radikales Ereignis* zurückgeführt werden, sondern erfolgen *eher schleichend*. Trotz dessen sieht ein Experte die breite Streuung der Mitglieder als Hauptproblem und ein weiterer führt die Auflösung auf fehlende vertragliche Vereinbarungen zu Urheberrechten an der gemeinsam entwickelten Dokumentationssoftware zurück, was zu Konflikten führte und einer vertrauensvollen Zusammenarbeit entgegenstand. Ein weiteres, vielleicht sogar das bedeutendste Ereignis, das zu einer Netzwerkauflösung führen kann, ist der *Weggang des „Kümmers“*, mit dem *„(...) so ein Netzwerk steht und fällt (...)“*.¹⁴³⁷

4.2.7.2 Interpretation, Gestaltung und Entwicklung des Netzwerkmanagements

Die Annahme, dass Rollendefinitionen abhängig vom Netzwerkarrangement sind, lässt sich dergestalt spezifizieren, dass *externe Manager eher als Coach* auftreten und versuchen, dem Netzwerk angehörige Akteure wie den Vorstand für das Management zu befähigen. Dabei fassen sie ähnlich wie nicht-medizinische interne Manager die Strukturen verstärkt ins Auge, während ärztliche und pflegerische interne Manager stärker auf die operative Wundversorgung abzielen. Weiterhin wird deutlich, dass die Erwartungen an die eigene Rolle vielfältiger sind als angenommen und sich der *Schwerpunkt je nach Vernetzungsphase* und Situation ändert.

Das Spektrum an Netzwerkarrangements umfasst durch die Gegenüberstellung von internen zu externen Arrangements die vier identifizierten Typen der *internalisierten Teilzeitführung*, der *exklusiven Projektkoordination*, der *emanzipierten Internalisierung* und der *professionalisiert-geteilten Führung*. Diese sind nicht Ideal-

¹⁴³⁷ I9: 48.

typen, sondern als reale Momentaufnahmen zu verstehen, wobei sich keine eindeutige Entwicklungsrichtung ausmachen lässt. Bedingung für eine gelegentliche oder dauerhafte Einbindung eines externen sowie die Beschäftigung eines hauptberuflich internen Managers ist indes die Finanzierbarkeit.

Wird dauerhaft ein externes Management eingebunden oder das interne Management hauptberuflich besetzt, so zeigt sich eine (leicht) gezieltere Mitgliederakquise. Als wichtig wird es erachtet, dabei durchgängig strategisch und zielgruppengerecht vorzugehen und für die Netzwerkentwicklung als vorteilhaft empfundene Akteure aktiv anzusprechen. Um ein Mindestmaß an Kompetenzen und Homogenität sicherzustellen, finden sich in einigen Wundnetzen *Aufnahmekriterien*. Hierbei lassen sich zwei unterschiedliche Strategien feststellen:

- (1) Definition der Aufnahmekriterien *in der Anfangsphase*, mit dem Ergebnis, dass „zu strenge“ Aufnahmekriterien abschrecken und diese sukzessive abgesenkt werden, um Offenheit zu signalisieren und eine tragfähige Masse zu erhalten;
- (2) Definition der Aufnahmekriterien *nach Erreichen einer tragfähigen Masse*, um zielführend zu wachsen und sich nicht zu „verzetteln“.

Auch wenn keine Überlegenheit eine der beiden Strategien erkennbar ist, wird übergreifend deutlich, dass eine *häufige Veränderung der Mitgliederstruktur* die Arbeitsfähigkeit stören und die Fragilität des Netzwerks erhöhen kann. Nur in Ausnahmefällen zeichnen sich Netzwerkausschlüsse ab, obwohl dies wegen des Verstoßes gegen eine vorhandene Vereinssatzung, der Nichteinhaltung vereinbarter Standards oder sonstiger Regelungen durchaus möglich wäre, in der Realität jedoch weder durchgesetzt noch kontrolliert oder sanktioniert wird.

Um die Netzwerkmitglieder nach deren Beitritt einzubinden und aktiv Beiträge einzufordern, setzen die Netzwerkmanager vorwiegend auf die Vergabe von *Arbeitsaufträgen an hierfür gebildete Arbeitsgruppen*, wobei auch die Beteiligung an diesen auf freiwilliger Basis erfolgt. Obwohl davon auszugehen sein müsste, dass mit dem freiwilligen Netzwerkbeitritt die generelle Bereitschaft vorhanden ist, sich über die formalen Minimalanforderungen hinausgehend zu engagieren, zeigt sich insgesamt ein geringes Engagement. Stattdessen kristallisiert sich mit der Zeit ein *kleines aktives Kernteam* heraus und der *Großteil der Mitglieder* formiert sich als *Mitläufer*, die konsumieren, ohne eigene Beitragsleistungen zu erbringen.

Des Weiteren versuchen viele Netzwerkmanager, einen klaren Wundversorgungsprozess zu definieren, aus dem auch Aufgaben und Rollen hervorgehen. Im rechtlich zulässigen Rahmen sind dabei Rollenverschiebungen möglich, die jedoch eher im Einzelnen zum Tragen kommen. Letztlich erhält solch ein Prozess nur im Rahmen eines Selektivvertrags einen verbindlichen Charakter.

Die *Freiwilligkeit der Vernetzung* und das *Fehlen von Kontrollinstanzen* verhindern nicht nur die Durchsetzbarkeit eines definierten Versorgungsprozesses und die Einhaltung formell oder informell vereinbarter Behandlungsstandards, sondern aller in Satzungen, Geschäftsordnungen oder anderweitig niedergeschriebenen sowie mündlich abgesprochenen, regulativen Elemente zur Steuerung der Vernetzung. Dies schließt Regelungen zum Netzwerkeintritt und Austritt, Verpflichtungen zur Gremienarbeit und Teilnahmen an Netzwerktreffen, Nutzungsvereinbarungen einer digitalen Wunddokumentation sowie zu Belohnungsmechanismen ein. Die Netzwerkmitglieder müssen *keinerlei Sanktionen* befürchten und entziehen sich den Formalisierungsbestrebungen des Managements. Da jegliche Regelungen damit den Charakter von Empfehlungen erhalten, setzen die Netzwerkmanager, ähnlich wie die in Abschnitt 3.2.3 auf Basis anderer Netzwerkstudien dargelegten Erkenntnisse, *im Anschluss an Formalisierungsversuche auf subtilere Methoden* und hoffen durch Schulungen, Beratungen und Diskussionen sowie die Gruppennorm, das Mitgliederverhalten beeinflussen zu können.

Hinsichtlich des Funktionsbereichs der Evaluation wird die *Notwendigkeit der Operationalisierung des Erfolgs* und dessen Messung in der Literatur betont und auch von den Experten erkannt, bei der Betrachtung der Evaluationstätigkeiten fällt übergreifend jedoch das *Fehlen einer systematischen und belastbaren Bewertung* des Vernetzungserfolgs auf. Die nicht vorgenommene Konkretisierung und vor allem Operationalisierung der Ziele stehen dabei einer möglichen Evaluation anhand des Zielerreichungsgrades entgegen. Punktuell zeigt sich zumindest der Versuch, die Wirtschaftlichkeit als Ergebniserfolg der Vernetzung nachzuweisen. Hier streben die Netzwerkmanager die Überprüfung weiterer ergebnisorientierter Erfolgsparameter an, verweisen jedoch auf fehlende zeitliche Ressourcen sowie mangelnde standardisierte und valide Daten. Auf einem niedrigen Niveau verbreiteter sind zumindest prozessorientierte und inputorientierte Erfolgskriterien, wobei die Messung eher qualitativ erfolgt. Eine über die *quantitative Ermittlung der Mitgliederanzahl*

vorgenommene Erfolgsbewertung ist zudem eher *ungeeignet*, weil diese Kennzahl weder Aussagen zum Engagement noch zur Netzwerkentwicklung erlaubt.

Als wichtigste *Voraussetzungen für den Erfolg* von Wundnetzen nehmen die Experten indes die *Wahl der richtigen Partner* und der *Mitgliederstruktur* wahr sowie das Vorhandensein eines *phasenübergreifenden Netzwerkmanagements*.

Hinsichtlich der durch das Management regulierungsbedürftigen Spannungsverhältnisse kann resümiert werden, dass die literaturgestützt ergründeten Spannungsverhältnisse größtenteils durch die teilnehmenden Beobachtungen gestützt werden. Besonders auffällig ist dabei, dass Netzwerke unabhängig von der Vernetzungsdauer oder der inhaltlichen Ausgestaltung aufgrund häufiger Mitgliederwechsel, einer zunehmenden Diversität und mit Skepsis betrachteter regulativer Eingriffe, einen dauerhaft fragilen Charakter aufweisen. Nur *zwischen Akteuren mit in der Regel persönlichen Kontakten* deutet sich eine *stabile Zusammenarbeit* an. Auch gelingt es nicht, hierarchische Strukturen aufzubrechen sowie das vorhandene Misstrauen und den insbesondere intraprofessionell erkennbaren Wettbewerbsgedanken aufzulösen. Viele Mitglieder sind nur an einem informellen Austausch interessiert und stehen z. B. spezifischen Aufgaben oder gemeinsamen Standards kritisch gegenüber. Vermeintlich formale Vereinbarungen werden umgangen oder missachtet, was faktisch einer Beitragsverweigerung entspricht.

4.2.7.3 Barrieren und Auswirkungen einer digitalen Vernetzung

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Betrachtung des Status-Quo der digitalen Vernetzung. Auch wenn die Umsetzung einer solchen durch den Einsatz einer digitalen Wunddokumentation in nahezu allen Netzen angedacht wurde und das vielfältige Unterstützungspotenzial erkannt wird, überwiegt der Digitalisierungstyp „*Unerfahrene*“ in Bezug auf das Vorhandensein deutlich. Auch in den Fällen, in denen eine Einführung stattfand, ist der Nutzungsgrad unzureichend, obwohl die Entwicklung der Software aus dem Netzwerk heraus erfolgte und zudem kostenlos oder für einen geringen Eigenanteil bereitgestellt wurde. Auch Schulungen zur Harmonisierung der Wundversorgung und zur Steigerung der Technikkompetenz, führten trotz anfänglicher Euphorie nicht zur gewünschten Nutzung.

Um die Gründe hierfür zu eruieren, wurden zunächst die Auswirkungen dieses regulativen Eingriffs auf die im Wundnetz vorherrschenden Spannungsverhältnisse

betrachtet. U. a. kann es neben der *Erhöhung der Spezifität und Formalität* zu *Einschränkung der Flexibilität* kommen und *Konflikte werden zumeist verstärkt*. Keinem Netzwerk gelingt es, die Software so zu gestalten, dass sie als „Übersetzer“ fungiert, die die Bildung einer Einheit unter Wahrung der Diversität begünstigt.

Auf der *individuellen Ebene* schlagen sich die potenziellen, negativen Auswirkungen als *personenbezogene, finanzielle, technische und rechtliche Barrieren* nieder, die letztlich einer Einführung und Nutzung entgegenstehen.

Inwiefern und in welcher Intensität der Einführung jeweils Aushandlungsprozesse hinsichtlich gemeinsamer Qualitätskriterien, Versorgungsprozesse und Behandlungsstandards vorausgingen, kann nicht abschließend beurteilt werden, allerdings zeigt sich, dass dieser Schritt zwingend vorher erfolgen muss und die Informations- und Kommunikationstechnologie (lediglich) eine effektive und effiziente Umsetzung ermöglicht.

5 Problemfelder und Handlungsempfehlungen

Gemessen am identifizierten Hauptziel „*Verbesserung der Lebensqualität von Wundpatienten*“, kann kein Wundnetz als erfolgreich bezeichnet werden und folglich keine Überlegenheit eines Netzwerkgefüges oder Vorgehens hervorgehoben werden. Dies gilt ähnlich für Unterziele, zumal deren Erreichung nicht objektiv in der Breite nachweisbar ist. Auch kann nicht festgestellt werden, dass dafür erforderliche Aktivitäten in hohem Maße und dauerhaft in der Praxis ausgeführt werden.

Obleich die Ziele in der Vergangenheit nicht erreicht wurden, ermutigen die Experten dazu, weiterzumachen, weil es „Spaß“ macht.¹⁴³⁸ Die Wundnetze unternehmen den Versuch, schaffen es in der Breite jedoch nicht, ein Kooperationsmodell zu etablieren, das als Abkehr vom arztzentrierten Modell den (Wund-)Patienten in den Mittelpunkt rückt. Damit rücken auch die gesamtgesellschaftliche Diffusion einer alternativen Wundversorgung und die Herbeiführung einer sozialen Innovation in die Ferne. Gleichzeitig wird deutlich, dass Wundnetze trotz aller Anstrengungen der Manager und eines engagierten Kernteams nur bedingt etwas bewegen können, solange die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen fortbestehen.¹⁴³⁹

Als Gründe lassen sich Problembereiche identifizieren, die angelehnt an die eingangs thematisierten Herausforderungen der Gründung und Ausgestaltung von Netzwerken systematisiert werden. Basierend auf den theoretischen und empirischen Erkenntnissen werden Handlungsansätze aufgezeigt, die beitragen sollen

- (1) die Gründung von Wundnetzen voranzutreiben und
- (2) die Strukturen und Akteursbeziehungen derart zu gestalten, dass diese als alternative Organisationsform nachhaltig und erfolgreich etabliert werden.

5.1 Empfehlungen zur Gründungsförderung von Wundnetzen

In Bezug auf die Initiierung bzw. Gründung von Wundnetzen besteht unter Zuhilfenahme von Empfehlungen der Experten insbesondere Handlungsbedarf in den in Abbildung 34 dargelegten Problemfeldern, die nachstehend erläutert werden.

¹⁴³⁸ Vgl. I6: 160; I8: 128; I9: 96.

¹⁴³⁹ Vgl. I5: 150; I7: 202.

	Problembereiche	Handlungsansätze
Sektorale Trennung	Starre Einweiserstrukturen vom ambulanten in den stationären Sektor	Änderung der starren sektorenbefindlichen Einweiserstrukturen, Erhöhung der Durchlässigkeit
	Verlagerung von behandlungsintensiven Patienten	Integrative Leistungsbetrachtung über Behandlungsqualität, Gründung von Genossenschaften
	Bürokratische Hindernisse und hohe Ablehnungsquote von Modellvorhaben und Selektivverträgen	Entbürokratisierung gesetzlicher Integrationsinitiativen, Erhöhung Anerkennungsquoten, Schaffung einheitlicher Kriterien
	Vernachlässigung der Wundversorgung und fehlender interprofessioneller Austausch in Studium und Ausbildung	Überarbeitung der Curricula, Forcierung interprofessioneller Teams
	Fehlende strukturelle Vorgaben zur Vernetzung, fehlende politische Unterstützung	Schaffung klarer politischer Vorgaben, politische Begleitung und Koordination, kommunale Diskussionsplattformen
	Fehlende verpflichtende Prozesse und Standards	Bessere Koordination durch gesetzliche Vorgaben zu Standards und Prozessen, gesetzlich fixierte Software
	Rolle der Krankenkassen als reine Kostenträger	Rolle neu definieren und Krankenkassen stärker als Entwicklungsmotor des Gesundheitswesens etablieren
Spezialisierung	Gefahr des Silodenkens: Fehlende ganzheitliche Betrachtung des Wundpatienten	Spezialisierung an sich unproblematisch, aber durch politische Reformen bessere Koordination notwendig
	Gefahr des Silodenkens: Fehlendes gegenseitiges Verständnis	Etablierung nicht-ärztlicher Qualitätszirkel und interprofessioneller Zirkel (z. B. durch Kostenträger)
	Überforderung des Hausarztes mit aktiver Patientensteuerung	Alternative Patientensteuerung etablieren, z. B. durch Fallmanager
	Fokussierung auf arztzentrierte Versorgung	Neugestaltung der ärztlichen und pflegerischen Verantwortungsbereiche in der Wundversorgung
Vergütungsstruktur	Budgetbelastung durch Versorgung chronischer Wunden	Reformation der Vergütungsstrukturen hin zu aufwandsorientierter und leistungsgerechter Vergütung nach Qualitätskriterien
	Geringe finanzielle Wertschätzung der Pflegekräfte	Vergütungsstrukturen reformieren, um Engagement zu fördern
	Fehlende finanzielle Anreize zur Vernetzung	Finanzielle Honorierung des Kooperationsengagements und Partizipation aller Akteure an geschaffenen Mehrwerten
	Fehlende Ressourcen für das Netzwerkmanagement, geringe Attraktivität der Aufgabenübernahme	Schaffung von Netzwerkmanagerstellen oder finanzielle Zuschüsse für Managementtätigkeit

Abbildung 34: Problembereiche und Handlungsansätze zur Gründungsförderung

Sektorale Trennung: Um mehr Kooperationen zwischen Akteuren im Gesundheitswesen zu ermöglichen, sprechen sich nahezu alle Experten für die Auflösung der sektoralen Trennung aus. Sie monieren, dass die sektorale Trennung und damit einhergehende Einweiserstrukturen vom ambulanten in den stationären Sektor die Durchlässigkeit und lückenlose Versorgung der Wundpatienten verhindern.¹⁴⁴⁰ Dies führe häufig dazu, dass die Wundpatienten bewusst von einem Sektor in den anderen „geschoben“ werden, da sie häufig keinen finanziellen „Nutzen“ generieren.¹⁴⁴¹ Statt der Nachweispflicht eines Einzelnen, empfehlen sie eine integrativere Betrachtung von Leistungen.¹⁴⁴² In diesem Kontext könnte die Gründung von Genossenschaften sinnvoll sein, um auch eine Personalüberlassung und Geräteteilung zu ermöglichen.¹⁴⁴³ Derzeitige Möglichkeiten der Integration der Sektoren und Disziplinen durch Modellvorhaben oder Strukturverträge werden als zu bürokratisch angesehen.¹⁴⁴⁴ Hinzu kommt, dass Anträge im Bereich der Wundversorgung von Krankenkassen selten positiv bewertet werden. Dabei wird auf regionale sowie kassenseitige Unterschiede verwiesen und gefordert, dass es deutschlandweit einheitliche Kriterien geben muss und solche Verträge auch in der Versorgung von chronischen Wunden einfacher ermöglicht werden sollten.¹⁴⁴⁵

Momentan hängt die Initiierung von Wundnetzen sehr vom Engagement einzelner Leistungserbringer ab. Hier wird die Politik in der Pflicht gesehen, nicht nur finanzielle Mittel für Pilotprojekte bereitzustellen, sondern die Vernetzung auf regionaler Ebene inhaltlich zu begleiten und zu koordinieren. Dazu gehört, dass auf kommunaler Ebene Diskussionsplattformen und strukturelle Vorgaben zur Zusammenarbeit in Netzwerken geschaffen werden und vor allem national verpflichtende Prozesse und Wundversorgungsstandards definiert werden, deren Abbildung anschließend in einer verpflichtenden, zentralen Software mündet.¹⁴⁴⁶

Als problematisch wird ferner angesehen, dass das Thema Wunde bereits während des Studiums oder der Ausbildung vernachlässigt wird. Auch werde die sektorale Trennung curricular vorgelebt. Hier gelte es durch eine Reform der Curricula

¹⁴⁴⁰ Vgl. I4: 248.

¹⁴⁴¹ Vgl. I5: 60.

¹⁴⁴² Vgl. I6: 172.

¹⁴⁴³ Vgl. I6: 30.

¹⁴⁴⁴ Vgl. I2: 192.

¹⁴⁴⁵ Vgl. I1: 219.

¹⁴⁴⁶ Vgl. I1: 251; I5: 152; I6: 20; I7: 64, 202, 204; I8: 142; I9: 108, 114, 116, 118; I10: 34, 118, 120.

einerseits das Thema Wunde stärker in die Ausbildung zu integrieren und andererseits den interprofessionellen Austausch vorzuleben und zu forcieren.¹⁴⁴⁷

Spezialisierung der Professionen und Disziplinen: Hinsichtlich der zunehmenden Spezialisierung meinen die Experten, dies könne zwar zum Silodenken führen und durch die Fokussierung auf ein einzelnes Krankheitsbild eine ganzheitliche Betrachtung des Wundpatienten verhindern, sie sehen aber die Spezialisierung an sich nicht als das eigentliche Problem, sondern den Umgang mit dieser.¹⁴⁴⁸ Die Tendenz, staatlich geförderte und örtlich gebundene Wundzentren zu etablieren, um die Anzahl der Behandler zu reduzieren, wird indes von einem Experten kritisch beurteilt, da durch die zentrale Lokalthherapie Wunden nicht besser, sondern nur billiger versorgt werden. Er plädiert stattdessen für eine vernünftig koordinierte Spezialisierung,¹⁴⁴⁹ während zwei Experten spezialisierte Wundzentren als sog. Ankerzentren durchaus als sinnvoll erachten.¹⁴⁵⁰ Auch hier wird politisches Eingreifen gefordert, um andere Strukturen anzustoßen und verbindliche Prozesse zu definieren, damit die Kooperation nicht nur auf individueller Ebene, sondern institutionsübergreifend funktioniert.¹⁴⁵¹ Die Aufgabe der aktiven Patientensteuerung einfach dem Hausarzt aufzubürden, führe zu einer völligen Überforderung.¹⁴⁵² Zur Überwindung des Silodenkens regt ein Experte an, dass die KV auch nicht-ärztliche Qualitätszirkel etablieren sollte, damit auch andere Professionen die Qualität stärker in den Vordergrund rücken und vor allem ein gegenseitiges Verständnis ermöglicht wird.¹⁴⁵³ Auch wird die allgemeine arztzentrierte Versorgung grundsätzlich in Frage gestellt und dafür plädiert, die Rollen in der Wundversorgung neu zu überdenken, da die Wundversorgung eigentlich eine ureigene Pflegekompetenz sei und zumindest die Lokalthherapie selbstständig durchgeführt werden könnte.¹⁴⁵⁴

Vergütungsstrukturen: Die Experten regen an, die Vergütungsstrukturen in der Wundversorgung zu reformieren, da die aktuelle Vergütung meist einen finanziellen Verlust für die versorgenden Institutionen zur Folge hat. Damit Wundpatienten das Budget nicht belasten und quersubventioniert werden müssen, wird eine

¹⁴⁴⁷ Vgl. I1: 249; I5: 110; I6: 32.

¹⁴⁴⁸ Vgl. I7: 100; I8: 40.

¹⁴⁴⁹ Vgl. I5: 152.

¹⁴⁵⁰ Vgl. I3-1: 205; I3-2: 204.

¹⁴⁵¹ Vgl. I6: 36.

¹⁴⁵² Vgl. I7: 100.

¹⁴⁵³ Vgl. I8: 40.

¹⁴⁵⁴ Vgl. I9: 38.

aufwandsorientierte und leistungsgerechte Vergütung gefordert, die die Qualität der Wundversorgung einschließt.¹⁴⁵⁵ Insbesondere für Pflegekräfte wird eine höhere Bezahlung gefordert, um diesen mehr Wertschätzung zu signalisieren.¹⁴⁵⁶ Eine andere Vergütung sei derzeit nur auf Grundlage von Selektivverträgen möglich, die für die Wundversorgung wie beschrieben meist von den Krankenkassen abgelehnt werden.¹⁴⁵⁷ Um das Kooperationsengagement von Leistungserbringern zu honorieren und zu fördern, werden Vergütungsanreize angeregt.¹⁴⁵⁸ So könnten bspw. die Anreizsysteme der Verträge im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) auf Netzwerke übertragen werden¹⁴⁵⁹ oder Teilnahmen an Weiterbildungen und Netzwerktreffen aus entsprechenden Töpfen vergütet werden.¹⁴⁶⁰ Da auch das Management eines Netzwerks nicht nebenbei zu bewerkstelligen sei, könnte es zudem hilfreich sein, solche Stellen finanziell zu entlohnen, um die Aufgabe attraktiver zu machen.¹⁴⁶¹ Ein Experte mahnt jedoch, dass eine das Ehrenamt ablösende Finanzierungsgrundlage auch schnell den Eindruck erwecken könne, dass Industrieinteressen im Vordergrund stünden und nicht der Wundpatient.¹⁴⁶²

Einige Empfehlungen der Experten zielen speziell auf die Rolle der Krankenkassen ab. Neben einer finanziellen Unterstützung dieser wird gefordert, dass sie sich verstärkt als Entwicklungsmotor des Gesundheitswesens betrachten und sich mehr einbringen. Dies schließt ein, dass die Krankenkassen untereinander besser zusammenarbeiten sollten.¹⁴⁶³

5.2 Empfehlungen zur Ausgestaltung von Wundnetzen

Für die Darstellung der besonderen Problembereiche und möglicher Handlungsansätze zur Ausgestaltung der Wundnetze, erfolgt ein Rückgriff auf das Lebensphasenmodell. Die in Abbildung 35 dargestellten und anschließend näher ausgeführten empirischen Resultate lassen insgesamt nur eine ansatzweise oder unzu-

¹⁴⁵⁵ Vgl. I1: 249, 253; I3-2: 204; I5: 164, 166, 184; I10: 18.

¹⁴⁵⁶ Vgl. I1: 249, 253; I3-1: 203.

¹⁴⁵⁷ Vgl. I1: 129.

¹⁴⁵⁸ Vgl. I2: 192; I6: 182; I9: 8, 48, 108; I10: 72.

¹⁴⁵⁹ Vgl. I2: 192.

¹⁴⁶⁰ Vgl. I6: 178.

¹⁴⁶¹ Vgl. I3-1: 165-167.

¹⁴⁶² Vgl. I5: 86.

¹⁴⁶³ Vgl. I4: 12; I5: 152; I6: 36.

reichende Berücksichtigung der theoretisch hergeleiteten und von den Experten geäußerten Erfolgsfaktoren erkennen, wobei deutlich wird, dass das Vorhandensein einzelner Faktoren allein nicht erfolgsversprechend ist, sondern vielmehr eine ganzheitliche Betrachtung über alle Phasen hinweg und das Bewusstsein für das Zusammenspiel dieser verlangt.

	Problembereiche	Handlungsansätze
Gründung/Initiierung	Fehlende Vision und Systematisierung von Netzwerkzielen (zu allgemein, unklar, unrealistisch, kopiert)	Vorhaben und Hintergrund zunächst grob skizzieren, Ziele gemeinsam mit Mitgliedern nach SMART-Kriterien definieren
	Bei Projektnetzwerken: Fehlende Anpassung der Projektziele als Netzwerkziele	Nach Projektgenehmigung Anpassung notwendig (s. oben)
	Fehlende strategische Ausrichtung, Gefahr wahllos wirkender Maßnahmen aufgrund fehlender Ziele	Strategie, inhaltliche Gestaltung und Maßnahmen konsequent an den Zielen ausrichten
	Heterogene, unklare und inkompatible Erwartungen der Gründungspartner	Vernetzungsmotive und Erwartungen einzelner Professionen/Organisationen erörtern, möglichst harmonisieren
	Fehlende Repräsentanz wichtiger Berufsgruppen oder Organisationen	Für Wundversorgung notwendige Akteure und Promotoren einbinden, aber Dominanz dieser vermeiden
	Fehlende Finanzierung und Entwicklungsperspektiven	Frühzeitig Kostenträger oder Politik einbinden, aber Ziele und Strukturen nicht aufoktroyieren lassen
	Besonders Gründungsakt ressourcenintensiv, fehlendes Strukturwissen	Einbindung eines professionellen externen Managements
	Anfängliches, unkontrolliertes Wachstum durch fehlende Selektion, Mitläufer-Gefahr	Bedachtere, zielgerichtete Akquise, Kompetenz und Kompatibilität sicherstellen, Selektionskriterien und Bedingungen
	Schwierige Grenzziehung von Umwelt und Wundnetz	Formales Eintrittsgesuch oder Absichtserklärung (unabhängig von Rechtspersönlichkeit)
Initiierung zu Formierung	Festlegung auf rechtlichen Rahmen (eigene Rechtspersönlichkeit)	Vor- und Nachteile sowie Rechte und Pflichten abwägen, Orientierung an Zielen, rechtlichen Beistand einholen
	Fehlen eines Leitbildes	Gemeinsame Festlegung elementarer Regeln, Normen und Ausrichtung, Grundlage für interne und externe Kommunikation
	Fehlen einer Geschäftsordnung und klarer Spielregeln	Als ausformulierte Version des Leitbildes nachvollziehbar und dynamisch anpassbar absprechen
	Unklare Aufgaben, Überbelastung einzelner Mitglieder und des Netzwerkmanagements, Konsumhaltung	Einrichtung multiprofessioneller Arbeitsgruppen mit klaren Aufgaben/Projekten, Ergebnisse kommunizieren und würdigen
	Unklare Entscheidungs- und Kommunikationswege unterschiedlicher Gremien	Multiprofessionelles Leitungsgremium wählen, informelle Gremien vermeiden, Gremienzusammenspiel darlegen
	Fehlende Versorgungspfade und Standards	Kriteriengestützte Definition, Erstellung eines verständlichen Flussdiagramms, Zugänglichkeit sicherstellen
	Fehlende Transparenz, fehlende Zugriffsmöglichkeiten auf Unterlagen	Wissensdatenbank (Gedächtnis des Wundnetzes) aufbauen, Zugänglichkeit sicherstellen
	Weiterhin fehlende Finanzierung	Alternative Finanzierungsmöglichkeiten eruieren, Sponsoring durch die Industrie möglichst vermeiden

	Problembereiche	Handlungsansätze
Formierung zu Durchführung	Abnehmende Kooperationsbereitschaft	(Potenziellen) Nutzen zielgruppengerecht herausarbeiten und kommunizieren, Beiträge anerkennen
	Notwendigkeit hoher Netzwerkmanagementkompetenzen	Falls noch nicht geschehen, externes professionelles Management einbinden
	Hohe zeitliche Belastung durch Netzwerkarbeit	Anzahl der Netzwerktreffen minimieren, keine „Vereinsmeierei“, eine Jahresveranstaltung für Rückblick
	Heterogene und/oder fehlende Mitgliederkompetenzen	Regelmäßige Weiterbildungsveranstaltungen, Hospitationen, multiprofessionelle Wundsprechstunden
	Fehlende interpersonelle persönliche Kontakte, Misstrauen und fehlendes Gemeinschaftsgefühl	Hospitationen, multiprofessionelle Wundsprechstunden und soziale Events
	Fehlende Umsetzung der geplanten, kooperativen Wundversorgung	Einführung und konsequente Nutzung notwendiger Instrumente
	Fehlende digitale Vernetzung verhindert effiziente Versorgung und Forschungsaktivitäten	Ausnutzen digitaler Möglichkeiten, aber erst nach Zielfestlegung, strategischer Positionierung und sozialer Vernetzung
	Fehlende zentrale Ansprechperson und Koordination für Patienten	Installation eines Wund-Navigators oder Case Managers zur Fallsteuerung
Durchführung zu Evaluation	Fehlende Evaluation anhand des Zielerreichungsgrades	Operationalisierung der Ziele (s. oben)
	Unzureichende Evaluation von Maßnahmen, Aktivitäten sowie prozessorientierter und inputorientierter Erfolgsparameter	Während der Zieldefinition Meilensteine, Erfolgsgrößen und Erfolgsindikatoren festlegen
	Fehlende Sichtbarkeit möglicher Erfolge und Misserfolge	Kleine Erfolge sichtbar machen und kommunizieren, Misserfolge transparent machen und Korrekturen abstimmen
	Fehlende Vergleichbarkeit von Versorgungsarrangements	Einheitliche aussagekräftige Kennzahlen und Vergleichsgruppen heranziehen, Audits in Betracht ziehen
	Verschärfung des netzwerkinternen Wettbewerbs durch Einzelbenchmarks	Gruppenergebnis hervorheben durch Kumulation anonymisierter Einzelleistungen

Abbildung 35: Problembereiche und Handlungsansätze zur Gestaltung

Gründung/Initiierung: Bereits während der Gründung bzw. Initiierungsphase der Vernetzung zeigt sich das Fehlen einer systematischen Definition von Netzwerkzielen, einer Vision und einer strategischen Ausrichtung, zumal der Großteil der Gründungen auf Basis persönlicher Beziehungen eher emergent erfolgt.¹⁴⁶⁴ Die vorhandenen Ziele sind zu allgemein oder unklar formuliert, zu hochgesteckt bzw. unrealistisch oder von anderen Netzen kopiert. Bei Projektnetzwerken ist auffällig, dass die für den Projektantrag formulierten Projektziele als Netzwerkziele übernommen werden, ohne diese nach der Gründung anzupassen.¹⁴⁶⁵ Es bietet sich in einem ersten Schritt an, das Vorhaben und den Hintergrund grob zu skizzieren.¹⁴⁶⁶ Damit die Strategie und jedwede Aktivitäten auf Basis der Netzwerkziele abgeleitet werden können, müssen diese gemeinsam und transparent z.B. in moderierten Workshops mit den Mitgliedern präzisiert und operationalisiert werden.¹⁴⁶⁷ Ansonsten laufen die Wundnetze Gefahr, dass die Maßnahmen zur vermeintlichen Zielerreichung und die inhaltliche Ausgestaltung der Vernetzung wahllos wirken. Zudem wird die Chance vertan, mittels der Ziele Netzwerkerfolge konkret nachzuweisen und sowohl die motivierende Wirkung greifbarer Ziele als auch deren Messbarkeit für die Motivation und das Handeln der Mitglieder zur Entfaltung zu bringen.

Der Zielbildungsschritt kann als Teilaspekt einer Gründungsplanung begriffen werden, in dessen Rahmen auch die Vernetzungsmotive und der erwartete Nutzen erörtert werden sollten. Auch bereits in der Anfangsphase sollte darauf geachtet werden, dass die Motive, Interessen und Erwartungen der Gründungspartner kompatibel sind und der Zusammenschluss nicht nur aus Gefälligkeit oder persönlicher Sympathie erfolgt. Hilfreich kann es zudem sein, frühzeitig Promotoren einzubinden. Hierzu zählen insbesondere regional bekannte Ärzte. Zählt eine Klinik zu den Gründungsmitgliedern, sollte darauf geachtet werden, dass diese nicht zu dominant auftritt, sondern durch einzelne Personen repräsentiert wird.¹⁴⁶⁸ Des Weiteren sollte

¹⁴⁶⁴ Vgl. Abschnitt 4.2.1.2.

¹⁴⁶⁵ Vgl. Abschnitt 4.2.2.

¹⁴⁶⁶ Vgl. Sydow/Lerch (2013), S. 14.

¹⁴⁶⁷ Für die Operationalisierung der Ziele können die SMART-Kriterien herangezogen werden, nach denen Ziele spezifisch, messbar, angemessen, relevant und terminiert sein sollten. Vgl. hierzu Quilling et al. (2013), S. 49f.

¹⁴⁶⁸ Vgl. Abschnitt 4.2.3.2.

darauf geachtet werden, das Netzwerk möglichst unabhängig von der Industrie aufzubauen, um kein Misstrauen zu schüren.¹⁴⁶⁹ Stattdessen kann es auch aus finanzieller und organisatorischer Perspektive zweckmäßig sein, frühzeitig Kostenträger oder politische Vertreter einzubinden. Dafür sollten sich die Gründungsmitglieder aber zunächst einig darüber sein, was sie mit der Vernetzung bezwecken und erreichen wollen, um nicht Gefahr zu laufen, von außen diktierte Ziele und Strukturen auf das Netzwerk überstülpen zu müssen. Bestehen hier noch Handlungsbedarf und interne Bedenken, ist eine Verlagerung in die nächste Phase vorzuziehen. Dies könnte auch dem Problem entgegenwirken, dass öffentlich geförderte Projektnetzwerke nach Auslaufen einer finanziellen Förderung auseinanderbrechen.¹⁴⁷⁰

Da bereits der Gründungsakt ressourcenintensiv ist und Strukturwissen voraussetzt, kann sich an dieser Stelle die Einbindung eines professionellen externen Managements als hilfreich erweisen, zumal dieses einen besseren Überblick über mögliche Finanzierungs- und Unterstützungsquellen haben dürfte und einen neutraleren Umgang mit den heterogenen Akteuren verspricht als eine interne Besetzung. Ein solches kann ergänzend auf vorhandene Erfahrungen zurückgreifen, darf aber nicht dem Fehler unterliegen, Vorgehensweisen zu replizieren.¹⁴⁷¹

Trotz des verständlichen Wunsches, möglichst schnell eine tragfähige Masse zu erreichen, ist eine bewusste und gezielte Mitgliederakquise und das Sicherstellen eines Mindestmaßes an Kompetenz und Kompatibilität und damit ein eher bedachtes Wachsen zu bevorzugen. Eine hohe Mitgliederanzahl ist nicht gleichbedeutend mit einer hohen Kooperationsbereitschaft und je größer und weit gestreuter das Netzwerk ist, desto mehr unterliegt es einer Mitläufer-Gefahr und desto herausfordernder wird die Entwicklung einer gemeinsamen Identität.¹⁴⁷² Um die Mitglieder frühzeitig damit zu konfrontieren, dass die Teilnahme an bestimmte Bedingungen geknüpft ist, könnte zudem ein formales Eintrittsgesuch oder eine Absichtserklärung hilfreich sein. Dies würde zudem unabhängig von jeglicher Rechtsform die Grenzziehung von Umwelt und Wundnetz erleichtern.

¹⁴⁶⁹ Vgl. Abschnitt 4.2.4.1.

¹⁴⁷⁰ Vgl. Abschnitt 4.2.3.1.

¹⁴⁷¹ Vgl. Abschnitt 4.2.5.2.

¹⁴⁷² Vgl. Abschnitt 4.2.5.4; Weiss et al. (2019), S. 49f. Die Autoren bezeichnen das Mitläufer-Phänomen als „soziales Faulenzen“.

Übergang von Initiierung zu Formierung: Die Entscheidung, ob das Netzwerk im Anschluss an die Initiierungsphase eine eigene Rechtspersönlichkeit erhalten soll, ist für die Entwicklung und den Erfolg des Netzwerks zunächst weniger entscheidend, kann der Vernetzung aber einen förmlichen Gründungszeitpunkt und rechtlichen Rahmen bescheren. Jede Rechtsform ist mit Vor- und Nachteilen sowie Rechten und Pflichten verbunden¹⁴⁷³ und vor solch einer Entscheidung kann es ratsam sein, rechtlichen Beistand einzuholen, evtl. kann hier auch der hinzugezogene, professionelle Netzwerkmanager Alternativen aufzeigen. Wichtig ist, dass sich die Entscheidung an den zwingend vorher festzulegenden Zielen orientiert.

Spätestens jetzt sollte das Wundnetz ein Leitbild aushandeln, dass die Ziele und das Kompetenzprofil des Netzwerks widerspiegelt, elementare Normen sowie Erwartungen an die Mitgliedschaft verdichtet,¹⁴⁷⁴ die Spielregeln und inhaltliche Ausgestaltung der Zusammenarbeit grob abbildet und nach innen und nach außen wirkt, indem es die Identität des Netzwerks und seiner Mitglieder prägt und für externe Kommunikationszwecke eine Grundlage bietet.¹⁴⁷⁵ Die ausformulierte Version des Leitbildes kann sich bei Bedarf in einer Geschäftsordnung o. ä. niederschlagen. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Mitgliedschaft freiwillig und neben der eigentlichen Tätigkeit erfolgt, d. h. die Mitglieder müssen wie bei der Zieldefinition zwingend in die Leitbilderstellung eingebunden werden und diese akzeptieren. Die Geschäftsordnung sollte nicht als unumstößliches Regelwerk verstanden werden, sondern nachvollziehbar sein und sich mit der Vernetzung weiterentwickeln.¹⁴⁷⁶

Wichtig ist es außerdem, geplante Aufgaben und Verantwortlichkeiten bereits zu diesem Zeitpunkt auf mehrere Schultern zu verteilen, um alle Mitglieder gemäß ihrer Kompetenz einzubinden. Hierfür haben sich in den Wundnetzen Arbeitsgruppen bewährt, die bestenfalls multiprofessionell besetzt sein sollten und kleinere Projekte übernehmen. Eine Arbeitsgruppe könnte sich bspw. mit der laufenden Revision des Leitbildes beschäftigen oder Veranstaltungen entwickeln und organisieren. Ergebnisse müssen immer an das gesamte Netzwerk kommuniziert und ausreichend gewürdigt werden, um die Motivation aufrechtzuerhalten.¹⁴⁷⁷ Die Gruppen sollten sich auch auflösen und neuformieren dürfen.

¹⁴⁷³ Einen Überblick gibt z. B. Hartmann (2013).

¹⁴⁷⁴ Die Anerkennung der Leitlinien könnte dann Bestandteil der Absichtserklärung werden.

¹⁴⁷⁵ Vgl. Quilling et al. (2013), S. 50f.

¹⁴⁷⁶ Vgl. Abschnitt 4.2.5.5; Zimmermann (2011), S. 199.

¹⁴⁷⁷ Vgl. Abschnitt 4.2.5.4; Teller/Longmuß (2007), S. 66.

Weiterhin empfiehlt sich ein von den Mitgliedern gewähltes Leitungsgremium (z. B. Steuerungsgruppe, Expertenrat oder Vorstand), das multiprofessionell besetzt sein sollte, um alle im Netz vertretenen Berufsgruppen gleichberechtigt zu repräsentieren und hierarchische Strukturen sowie Dominanzbestrebungen einzelner Gruppen oder Mitglieder zu vermeiden.¹⁴⁷⁸ Informelle oder zu viele parallel existierende Gremien gilt es indes zu vermeiden. Haben sich die Wundnetze das Ziel gesetzt, den Versorgungsprozess zu verbessern, ist es erforderlich, einen Versorgungspfad nach rechtlich zulässigen und evidenzbasierten Kriterien abzustimmen und mithilfe eines Flussdiagramms darzustellen sowie Versorgungsstandards zu definieren.¹⁴⁷⁹ Dies setzt die Offenlegung der vorhandenen Kompetenzen voraus. Ein solcher Schritt kann derweil auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen, wenn die Netzwerkformierung abgeschlossen und alle für die Wundversorgung relevanten Akteure im Netzwerk eingebunden sind. Die Darlegung des Zusammenspiels der Gremien sowie der Entscheidungs- und Kommunikationswege kann ebenso wie die Veranschaulichung des Versorgungsprozesses und der Standards in der Geschäftsordnung für Transparenz sorgen, Konflikten vorbeugen und Verbindlichkeiten schaffen.¹⁴⁸⁰

Damit alle Mitglieder Zugriff auf aktuelle Dateien haben, ist es sinnvoll, eine Wissensdatenbank als „Gedächtnis des Wundnetzes“ aufzubauen, die mit dem Netzwerk wächst.¹⁴⁸¹ Die konkrete inhaltliche und funktionale Ausgestaltung muss mit den Mitgliedern festgelegt werden. Auch der regelmäßige Versand von inhaltlich relevanten und über die Netzwerkaktivitäten informierenden Newslettern kann zur Informations- und Wissensvermittlung beitragen.

Ist die Frage nach der Finanzierung geplanter Aktivitäten und personeller sowie materieller Ressourcen aufgrund fehlender Fördergelder, Unterstützung durch Kostenträger oder mit der Entscheidung für eine Rechtsform und der Möglichkeit, bspw. Vereinsbeiträge zu erheben, noch nicht geklärt, bedarf es alternativer Finanzierungsmöglichkeiten. Eine Möglichkeit ist die anteilige Beteiligung aller Mitglieder oder die Erhebung von Eintrittsgeldern für externe (Wund-)Veranstaltungen. Eine Unterstützung durch die Industrie in Form von Sponsoring sollte aufgrund der

¹⁴⁷⁸ Vgl. Abschnitt 4.2.3.6.

¹⁴⁷⁹ Vgl. Klemann (2007), S. 343f.

¹⁴⁸⁰ Vgl. Teller/Longmuß (2007), S. 87.

¹⁴⁸¹ Vgl. Bensmann (2018), S. 121.

dargelegten Konsequenzen erst als letzte Möglichkeit in Betracht gezogen werden.¹⁴⁸²

Übergang Formierung zu Durchführung: Damit das Engagement dauerhaft aufrecht werden kann, muss den Mitgliedern kontinuierlich kommuniziert werden, welchen (potenziellen) Nutzen sie durch ihre Mitarbeit haben, wobei hier nicht rein auf finanzielle Anreize abgestellt wird. Insbesondere bei Pflegekräften kann die Anerkennung ihrer geleisteten Beiträge sehr förderlich sein.¹⁴⁸³

Dies verlangt hohe Netzwerkmanagementkompetenzen und unterstreicht das Erfordernis eines professionellen Managements, dass das Leitungsgremium unterstützt. Der Abschluss eines Selektivvertrags kann die Durchsetzbarkeit erhöhen, ist aber kein Garant für das Mitgliederengagement und das Netzwerkelingen, sondern kann im Gegenteil die Flexibilität des Netzwerks einschränken und sollte in dem Glauben, durch solch einen finanzielle Vorteile generieren zu können, nicht das vorrangige Ziel eines Wundnetzes sein, zumal sich ein solcher Vorteil aufgrund von Budgetbereinigungen derzeit nicht verwirklichen lässt.

Um den zeitlichen Aufwand für die Netzwerkarbeit gering zu halten, sollte darauf geachtet werden, die Anzahl der Netzwerktreffen gering zu halten und zeitlich zu begrenzen sowie z. B. „Vereinsmeierei“ zu vermeiden.¹⁴⁸⁴ Stattdessen sollte das Augenmerk auf Veranstaltungen mit Weiterbildungscharakter liegen, um einerseits die Kompetenzen aufzufrischen und zu erweitern und dadurch eine ähnliche Wissensbasis zu schaffen, andererseits auf diese Weise eine weitere Gelegenheit zu schaffen, durch Interaktionen und interprofessionellen Wissensaustausch voneinander zu lernen, was auch der Netzwerkentwicklung zuträglich sein kann.¹⁴⁸⁵ Einmal jährlich sollte eine Versammlung aller Mitglieder stattfinden, um die persönlichen Kontakte zu pflegen und Gelegenheit zur Reflexion zu geben. Dies könnte verbunden werden mit einer anschließenden Weiterbildungsveranstaltung, einem Symposium oder einem Wundkongress, der auch für Externe geöffnet wird und wie angeführt eine finanzielle Einnahmequelle darstellt. Inhalte und Ergebnisse von Treffen sollten über die Wissensdatenbank abrufbar sein werden.

¹⁴⁸² Vgl. Abschnitt 4.2.3.1.

¹⁴⁸³ Vgl. Abschnitt 4.2.1.3.

¹⁴⁸⁴ Vgl. Abschnitt 4.2.3.4.

¹⁴⁸⁵ Vgl. hierzu Rief (2008), S. 266f., wonach Lernen eine notwendige Prozessbedingung für Entwicklungen darstellt, da nicht nur neues Wissen erlernt wird (single-loop-learning), sondern das Hinterfragen von tradierten Handlungsmustern ermöglicht wird („double-loop learning“ und „deutero learning“).

Interpersonelle persönliche Kontakte könnten zudem durch regelmäßige Hospitationen, gemeinsame Wundprechstunden und soziale Events ermöglicht werden. Dies ermöglicht eine schnelle Integration möglicherweise häufig wechselnder, abgesandter Akteure von Mitgliedsorganisationen und schafft gleichzeitig weitere Möglichkeiten zur Kompetenzentwicklung. Weiterhin kann dies dem Ausbau vertrauensvoller dyadischer Beziehungen zuträglich sein und netzwerkübergreifend das Gemeinschaftsgefühl und die Netzwerkidentität stärken sowie das feststellbare geringe Mitgliederengagement in den Wundnetzen erhöhen.¹⁴⁸⁶

Konnten sich alle Akteure im Rahmen der Zielsetzung und der Leitbilderstellung darauf verständigen, innerhalb des Netzwerks eine kooperative Wundversorgung umzusetzen oder entscheiden sich im Laufe der Vernetzung dazu, müssen die hierfür notwendigen Instrumente eingeführt und konsequent angewandt werden. Die angeführten Versorgungsstandards und ein kooperativer Versorgungsprozess bieten hier eine gute Grundlage, obgleich die einzelnen Leistungserbringer bzw. Organisationen – außer bei einem zum Tragen kommenden Selektivvertrag – weiterhin innerhalb der Prozessstufen für die Patientenversorgung autonom und verantwortlich bleiben. Dies muss letztlich akzeptiert werden.

Die Bandbreite der in den Wundnetzen vorhandenen, aber insgesamt nur wenig genutzten Instrumente wurde in Kapitel 4.2.3.4 dargelegt. Hierzu zählen Patientenaufzettel, Wundtelefone, papierbasierte Patientenüberleitungsbögen oder digitale Wunddokumentationen. Deutlich wird, dass ohne einen Datenaustausch keine kooperative Versorgung und weiterführend keine Forschungsaktivitäten möglich sind.¹⁴⁸⁷ Die Möglichkeiten der digitalen Vernetzungsmöglichkeiten müssen besser ausgenutzt werden, aber erst nachdem die Ziele und die strategische Positionierung festgelegt wurden und das Netzwerk sozial organisiert ist.¹⁴⁸⁸ Zentrale Bedingungen sind zudem der Softwareentwicklung vorausgehende Aushandlungsprozesse hinsichtlich der angeführten Versorgungsstandards und zusätzlich der zu dokumentierenden Inhalte, für die der in Abschnitt 2.1.3 aufgezeigte, öffentlich einsehbare „eWundbericht“ einen Ausgangspunkt bietet.¹⁴⁸⁹

¹⁴⁸⁶ Vgl. Staar/Atzpodien (2017), S. 36.

¹⁴⁸⁷ Vgl. Hübner et al. (2016), S. 193.

¹⁴⁸⁸ Vgl. Böckmann (2017), S. 202; Sydow et al. (1995), S. 74.

¹⁴⁸⁹ Vgl. Przysucha (2020).

Es darf zudem nicht der Fehler gemacht werden, die identifizierten Barrieren der Einführung und Nutzung isoliert ausräumen zu wollen. So werden bspw. weder ein umfassendes netzwerkseitiges Datenschutzkonzept noch die unentgeltliche Bereitstellung oder Technischulungen zum Erfolg führen, wenn der Nutzen für die Gesellschaft, das Netzwerk und für jeden Einzelnen von den Mitgliedern nicht erkannt wird.¹⁴⁹⁰ Einige Barrieren wie die Interoperabilität der IT-Systeme liegen zudem nicht im direkten Einflussbereich der Wundnetze.¹⁴⁹¹ Um eine Informationskontinuität sicherzustellen und Insellösungen zu vermeiden, bedarf es der aktiven politischen Steuerung.

Als weiteres, nicht in den Wundnetzen vorhandenes Instrument kann die Beschäftigung von Wund-Navigatoren oder Case Managern über die Kostenträger oder eine der Netzwerkorganisationen sinnvoll sein. Sie können die individuell am Patienten ausgerichtete Fallsteuerung übernehmen und ihn durch das System führen.¹⁴⁹² Voraussetzung ist die Akzeptanz aller Berufsgruppen und die Übertragung von Kompetenzen an diese Person, brächte aber gleichzeitig den Vorteil, dass potenzielle Patienten einen zentralen Ansprechpartner hätten.

Übergang Durchführung zu Evaluation: Aufgrund der nicht vorgenommenen Konkretisierung und Operationalisierung der Ziele zeigt sich das Problem einer ausbleibenden Evaluation anhand des Zielerreichungsgrades. Damit steht die Ausgangsfrage im Raum, was die Wundnetze erreichen wollen. Auch die Evaluation vermeintlicher Maßnahmen zur Zielerreichung wie der Netzwerkaktivitäten und prozessorientierter sowie inputorientierter Erfolgsparameter ist insgesamt unzureichend, um basierend auf den Ergebnissen Konsequenzen ableiten zu können.¹⁴⁹³ Im Rahmen der anfänglichen Zieldefinition und Strategiefestlegung kann es zweckmäßig sein, Meilensteine als konkrete Evaluationszeitpunkte und Erfolgsgrößen sowie Erfolgsindikatoren festzulegen. Bei öffentlich finanzierten Projektnetzwerken erweist sich eine kurze Projektlaufzeit derweilen als Problem, um einen Vernetzungsnutzen aufzeigen zu können.

¹⁴⁹⁰ Vgl. DeLone/McLean (2003), S. 23.

¹⁴⁹¹ Vgl. Abschnitt 4.2.6.2.

¹⁴⁹² Vgl. Abschnitt 4.2.6.1; Schreyögg/Weinbrenner/Busse (2017), S. 125f.; Moore et al. (2014), S. S27f.

¹⁴⁹³ Vgl. Abschnitt 4.2.5.6.

Die Netzwerke müssen insgesamt die Erfolge genauso wie Misserfolge sichtbar machen, nicht nur, um ihr Handeln zu rechtfertigen oder die Mitglieder weiterhin zu motivieren, sondern auch um die Schattenseiten offen anzusprechen und gemeinsam Korrekturmaßnahmen einzuleiten. Zwingend notwendig ist in diesem Zuge auch die Auseinandersetzung mit den eigenen Stärken und Schwächen sowie deren Beitrag zur Zielerreichung. In Anlehnung an eine SWOT-Analyse ermöglichen diese beiden Dimensionen einen guten Überblick und weiterführend durch die Ergänzung um Chancen (*opportunities*) und Risiken (*threats*) eine Ableitung von Strategien und Maßnahmen.¹⁴⁹⁴ Auch außerhalb dieser Zeitpunkte bzw. einer ganzheitlichen Analyse, kann es motivierend wirken, kleinere Netzwerkerfolge sichtbar zu machen und nach innen und außen zu kommunizieren.¹⁴⁹⁵ Findet im Wundnetz eine kooperative Wundversorgung statt, bedarf es indes weniger, aussagekräftiger Kennzahlen und Vergleichsgruppen, die anderweitig versorgt werden.¹⁴⁹⁶ Dabei ist darauf zu achten, nicht die einzelnen Netzwerkmitglieder zu vergleichen, sondern durch die Kumulation anonymisierter Einzelleistungen das patientenorientierte Gruppenergebnis hervorzuheben, um nicht den Wettbewerb untereinander zu verschärfen.

Eine weitere Möglichkeit bieten unabhängige Audits, die von einigen Netzwerkmanagern als wünschenswert erachtet werden.¹⁴⁹⁷ Ein solches bietet bspw. die ICW im Rahmen des ICW Wundsiegels an, das derzeit allerdings nur von einzelnen Organisationen wie Kliniken, Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen oder Wundambulanzen erworben werden kann. Denkbar wäre hier ein Pilotprojekt eines Wundnetzes mit dem ICW, um das Auditierungsverfahren auf Netzwerke zwischen Organisationen zu übertragen.

¹⁴⁹⁴ Vgl. hierzu Sydow/Zeichhardt (2013), S. 109f. Die Autoren zeigen eine beispielhafte SWOT-Analyse auf Netzwerkebene auf.

¹⁴⁹⁵ Vgl. Teller/Longmuß (2007), S. 136.

¹⁴⁹⁶ Vgl. Braun/Gröbner/Seitz (2008), S. 2.

¹⁴⁹⁷ Vgl. I1: 179; I5: 128, I6: 138; I8: 110.

6 Schlussbetrachtung

Nach der Zusammenfassung der Ergebnisse sowie der Identifizierung der wesentlichen Problembereiche und Darstellung möglicher Handlungsansätze, folgt zum Abschluss eine Verdichtung sowie rückblickende Bewertung des Untersuchungsablaufs. Daran schließen sich Implikationen für zukünftige Forschungsansätze an.

6.1 Rückblick

Als Abkehr von der durch die sektorale Trennung gekennzeichneten Regelversorgung, bietet eine Reorganisation der Versorgung im Rahmen von Netzwerken insbesondere für chronische Krankheitsbilder wie der chronischen Wunde, an deren Behandlung unterschiedliche Sektoren, Professionen und Disziplinen beteiligt sind, die Chance, die Kontinuität und Qualität der Versorgung zu verbessern. Wenngleich hinsichtlich der Effekte einer vernetzten Wundversorgung noch großer Forschungsbedarf besteht, deuten sich positive Auswirkungen für Wundheilungsraten und -dauer sowie Amputationsraten an.

Motiviert durch die Feststellung, dass sich die Zahlen der Gründungen und Beendigungen von in Deutschland auf Eigeninitiative einzelner Leistungserbringer entstandenen Wundnetzwerken dynamisch entwickeln und diese als nicht miteinander vergleichbar angesehen werden, bestand das Ziel der vorliegenden Arbeit darin, zum Verständnis des Phänomens der Netzwerkbildung durch die Exploration ganzheitlicher Zusammenhänge und Muster beizutragen.

Dazu wurden vier Forschungsfragen formuliert, die auf Basis der restriktiven Rahmenbedingungen der Wundnetze (Kapitel 2) und der theoretisch-konzeptionellen Erkenntnisse (Kapitel 3) als Detailfragen präzisiert wurden und als inhaltlicher Handlungsrahmen für die anschließende empirische Studie dienen.

Bei der Darstellung der theoretisch-konzeptionellen Grundlagen wurde darauf geachtet, ein möglichst umfassendes Verständnis für den Forschungsgegenstand zu schaffen, indem der Netzwerkbegriff auf phänomenologischer, theoretischer und methodischer Ebene analysiert und die Bedeutung des Netzwerkmanagements als organisierende und koordinierende Instanz herausgestellt wurde. Dies geschah in Anlehnung an die Funktionsbereiche der Selektion, Allokation, Regulation sowie

Evaluation und die regulierungsbedürftigen Spannungsverhältnisse. Diese sind ebenso wie die Netzwerkstruktur und -kultur Veränderungen unterworfen, was exemplarisch anhand der Einführung einer gemeinsamen Informations- und Kommunikationstechnologie zur Umsetzung einer digitalen Vernetzung aufgezeigt wurde.

Mithilfe des qualitativen Forschungsdesigns aus teilnehmenden Beobachtungen in zwei Wundnetzen und Experteninterviews mit elf Netzwerkmanagern, konnten strukturelle und kulturelle Besonderheiten, Zusammenhänge, Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede anhand der sozialen Realität herausgestellt werden. Trotz der in Abschnitt 4.1.4 dargelegten Limitationen der gewählten Forschungsmethoden, kann rückblickend konstatiert werden, dass diese angesichts der aufgezeigten Forschungslücken und der Zielsetzung als angemessen und zielführend beurteilt werden können. Während die Beobachtungen dazu dienten, einen ersten Zugang zum Feld zu ermöglichen und Kontextwissen zu erlangen sowie zuvor nicht bedachte Aspekte zu entdecken, ermöglichten die Experteninterviews breitere und tiefere Einblicke in die soziale Realität der Wundnetze. Für die Durchführung dieser wurde durch die Übersetzung der Detailfragen in Interviewfragen ein Leitfaden entwickelt, um den Gesprächen mit den als Experten gewählten Netzwerkmanagern eine Struktur zu verleihen. Insgesamt konnten in zehn Interviews elf Netzwerkmanager von 13 charakteristischen Wundnetzen befragt werden. Dabei erwies sich die Übersetzung der theoretisch-konzeptionell hergeleiteten Detailfragen in einen Interviewleitfaden als hilfreich. Auch die deduktiv gebildeten Kategorien erwiesen sich als zweckmäßig, obgleich einige Subkategorien induktiv ergänzt werden mussten.

Obwohl die Ergebnisse in Kapitel 4 und die identifizierten Problembereiche und Handlungsansätze in Kapitel 5 aufgrund des zugrundeliegenden qualitativen Forschungsansatzes nicht verallgemeinerbar sind, erlaubt das empirische Datenmaterial die Schlussfolgerung, dass Vernetzungen im Gesundheitswesen einen Eingriff in die bestehenden Praktiken bedeuten und neben den damit verbundenen Chancen und „Sonnenseiten“ gleichzeitig „Schattenseiten“ für die (potenziellen) Mitglieder aufweisen.

Die Herausforderung beginnt damit, die im Vergleich zur Regelversorgung innovative Organisationsform zunächst anzustoßen. Insbesondere hier können die Politik und die Kostenträger durch Veränderungen der Rahmenbedingungen und vorherrschenden Anreizsysteme positiv einwirken.

Daneben sind Kooperationsbereitschaft und das Engagement Einzelner für die Initiierung und Formierung essenziell. Es gilt, relevante Partner und vor allem ärztliche Promotoren zu akquirieren, die bereit sind, sich nach der persönlichen Abwägung aller Anreize und Beiträge im Wundnetz zu engagieren. Mit der Entwicklung des Netzwerks verändert sich auch die Anreiz-Beitrags-Konstellation, was sich wie aufgezeigt negativ auf die Kooperationsbereitschaft auswirken kann und dazu führt, dass ein Großteil der Mitglieder im Laufe der Zeit statt Beiträge zu erbringen in die passive Mitgliedschaft ausweicht. Damit die Vernetzung nachhaltig gelingt, bedarf es einer dem individuellen Gerechtigkeitsempfinden entsprechenden Verteilung von Anreizen und Beiträgen, einer tragfähigen Struktur und einer Kooperationskultur, die die gemeinsame Identität fördert.

Die Darlegung der Problembereiche zeigt jedoch eine unzureichende Berücksichtigung dieser und weiterer potenzieller Erfolgsfaktoren. Eine fehlende Vision, das Ausbleiben einer systematischen Zielformulierung und Leitbilderstellung und die geringe Umsetzung netzwerkseitig angestoßener Aktivitäten verhindern die Entfaltung einer nachweislich versorgungsrelevanten Wirkung oder gar den Anstoß struktureller Veränderungen.

Routinen wie regelmäßige Treffen und Spielregeln sind zwar in unterschiedlichen Ausprägungen vorhanden, kommen als stabilisierende Orientierungsanker jedoch kaum zum Tragen.¹⁴⁹⁸ Die auffälligsten Entwicklungsbestrebungen zeigen sich unterdessen in Bezug auf die Steigerung der Formalisierung und des Vernetzungsgrades, ausgedrückt durch die inhaltliche Ausgestaltung und die Aktivitäten. Einzelne Versuche, durch eine digitale Vernetzung die Zusammenarbeit zu intensivieren und eine kooperative Versorgung zu ermöglichen, sind indes in keinem Fall zufriedenstellend. Digitale Vernetzung führt nicht zu mehr Vernetzung, sondern ist das Ergebnis persönlicher Beziehungen und Aushandlungsprozesse.

Zudem konnte dargelegt werden, dass die propagierte Selbststeuerung in den Wundnetzwerken organisiert werden muss. Dies gelingt am besten durch die Einbindung eines professionellen externen Managements, das im Zusammenspiel mit einem internen, multiprofessionell besetzten Leitungsgremium agiert und einen von allen akzeptierten, klaren Ordnungsrahmen mit Verbindlichkeiten und konsequenten Sanktionsmechanismen schafft, an dem es grundsätzlich in den Wundnetzen

¹⁴⁹⁸ Vgl. Schreyögg/Koch (2020), S. 405.

fehlt. Die Rückbeziehung auf Gruppennormen wirkt nur bedingt, da sich die Gruppe in diverse Einheiten mit Partikularinteressen und unterschiedlichen gesetzlichen Restriktionen aufgliedert.

Aufgrund des ausbleibenden Nachweises eines Netzwerkerfolgs, können die Wundnetzwerke weiterhin keine breite Legitimation erfahren, die aber notwendig wäre, um bspw. Kostenträger als Partner zu gewinnen oder hinsichtlich einer finanziellen Anerkennung zu überzeugen, die Teilnehmer zu motivieren sowie attraktiv für weitere Mitglieder zu sein.

In Konklusion lässt sich festhalten, dass Netzwerke das Systemproblem nicht lösen können. Auch wenn die Leistungserbringer durch Eigeninitiativen „zu Protagonisten des Wandels und selbst zur Basis der Implementierung“¹⁴⁹⁹ werden, entstehen durch Wundnetze nur Insellösungen, die nicht die Macht haben, die Strukturen von innen heraus zu verändern und die alternative Organisationsform in der Breite zu etablieren. Der Schlüssel liegt in der Veränderung der Rahmenbedingungen, die den Boden bereiten, und anschließend der Steuerung der Netzwerke. Die bisherigen Gesetzesinitiativen oder zeitlich begrenzte Fördermaßnahmen und -gelder werden nicht dazu führen, mehrheitlich durch Initiativen von Leistungserbringern gegründete Wundnetze als wirkliche Alternative zu etablieren und in die Breite zu tragen. Kostenträger und Politik sind aufgerufen, strukturelle Vorgaben zur Netzwerkgründung zu erarbeiten, um die Verbindlichkeiten zu erhöhen und neben finanzieller Unterstützung vor allem begleitend und koordinierend tätig zu werden.

„Und das ist aber ein Grundsatzproblem und Netzwerk ist ja auch eine Bewegung, die von unten kommt, wenn man so will, fachlich getriggert ist, zum größten Teil pflegegetriggert ist, aber das Systemproblem behebt es dadurch nicht und d.h. da müssen wir schauen, dass da eben die Finanzierung des Systems und die Achtung der Qualifikation der Leute einfach eine andere wird.“¹⁵⁰⁰

6.2 Zukünftiger Forschungsbedarf

Um der dynamischen Veränderung im Laufe der Vernetzung nicht nur in Ansätzen gerecht zu werden, könnte sich eine Langzeitstudie mit intensiver Begleitung

¹⁴⁹⁹ Mühlbacher (2002), S. 242.

¹⁵⁰⁰ I6: 182.

einiger weniger Netzwerke als gewinnbringend erweisen. Idealerweise beginnt eine solche Begleitung bereits in der Anfangsphase und es werden bereits vor Beginn der Vernetzung die Ziele, Erwartungen und Einstellungen der Akteure erfasst und im Laufe der Vernetzung hinterfragt, insbesondere, wenn sich Veränderungen wie die Einführung einer digitalen Dokumentation anbahnen, um daraus Konsequenzen für die Kooperationsbereitschaft ableiten zu können. So bleiben die vorstehenden Auswertungen auf den ersten Blick Momentaufnahmen bzw. Ausschnitte der Realität, die um selbst erlebte Gegebenheiten sowie von den Experten geäußerte, retrospektive Erfahrungen und Ereignisse ergänzt wurden, um zumindest strukturelle und kulturelle Veränderungen und näherungsweise Auswirkungen dieser auf die Mitglieder nachzeichnen zu können.

Dabei ist zu konstatieren, dass die individuelle Perspektive der Netzwerkmitglieder vernachlässigt wurde. Um bspw. zu eruieren, warum die in den Wundnetzen vorhandenen Instrumente zur Intensivierung der Zusammenarbeit letztlich nicht oder nur unzureichend genutzt wurden, kann ansatzweise durch die festgestellten Auswirkungen auf individueller Ebene nachvollzogen werden, bedarf jedoch einer Validierung und ergänzenden Betrachtung aus der Perspektive der Mitglieder.

Weiterhin erscheint es empfehlenswert, die Ergebnisse sowie herausgestellten Problembereiche durch alternative Forschungsansätze und Methoden zu untermauern. Dies könnte im Rahmen von Fokusgruppeninterviews oder Workshops mit unterschiedlichen Interessengruppen geschehen.

Ergänzend wäre es sinnvoll gewesen, das leitfadengestützte Interview um einen standardisierten Fragebogen zu ergänzen und Netzwerkparameter wie bspw. das Vertrauen untereinander, das Engagement der Mitglieder, die Formen von Treffen oder die Bedeutung von Zielen mit Hilfe verschiedener Antwortmöglichkeiten auf einer Likert-Skala bewerten zu lassen und kausale Zusammenhänge sowie Nuancen zwischen den Netzwerken mittels multivariater statistischer Verfahren zu testen. So bleibt dies ein möglicher Ansatz für die Zukunft. Hierfür könnten zusätzlich zu Bereichen und Antwortmöglichkeiten aus der Literatur, ebenso themenspezifisch generalisierte Aussagen auf Basis der empirischen Ergebnisse hergeleitet werden, die dann wiederum einer größeren Anzahl von Wund- oder allgemein Gesundheitsnetzwerken zur Beantwortung und quantitativen Bewertung vorgelegt werden könnten. Einen simplen Ausgangspunkt kann hier der Rückgriff auf die identifizierten Anreize und Beiträge bieten, die hinsichtlich der Erwartungen, der Relevanz und der

gemachten Erfahrungen durch verschiedene Berufsgruppen eingeordnet werden könnten.

Obwohl die Rolle eines Netzwerkmanagements für das nachhaltige Bestehen und Gelingen eines Wundnetzes herausgehoben und die Notwendigkeit hoher Managementkompetenzen angedeutet wurde, ist die Analyse der vorhandenen und notwendigen Kompetenzbestandteile ausgeklammert worden. Hier könnte bspw. der Frage nachgegangen werden, welche Anforderungen die Manager idealerweise erfüllen müssen und welchen Einfluss die Erfüllung dieser auf die Ausgestaltung und die Entwicklung des Netzwerks hat.

Schließlich könnte bei weiteren Forschungsvorhaben der Rolle der Krankenkassen sowie der Politik mehr Beachtung geschenkt werden. Dabei erscheint es wichtig, die geförderten oder unterstützten Vernetzungsprojekte kennzahlenbasiert zu evaluieren sowie die Effekte der Förderaspekte in diesem Zusammenhang zu bewerten.

Literaturverzeichnis

Abraham, C.; Nishihara, E.; Akiyama, M. (2011): Transforming healthcare with information technology in Japan: A review of policy, people, and progress. In: International Journal of Medical Informatics, Vol. 80, No. 3, S. 157–170.

Agentur deutscher Arztnetze e.V. (2020): Was sind Praxisnetzwerke? In: <https://www.arztnetze.info/praxisnetzwerke/was-sind-arztnetze>. Abgerufen am: 19.02.2020.

Aguirre-Duarte, N. A. (2015): Increasing collaboration between health professionals: Clues and challenges. In: Colombia Médica, Vol. 46, No. 2, S. 66–70.

Ahlert, D. (1996): Distributionspolitik. 3. Auflage, Stuttgart: Gustav Fischer.

Albrecht, M.; Bleß, H.-H.; Höer, A.; Loos, S.; Schiffhorst, G.; Scholz, C. (2010): Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung: Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und Anforderungen an den zukünftigen regulatorischen Rahmen, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Alter, C.; Hage, J. (1993): Organizations working together, Newbury Park, California: Sage Publications.

Amelung, V.; Chase, D.; Reichert, A. (2017): Leadership in integrated care. In: Amelung, V.; Stein, V.; Goodwin, N.; Balicer, R.; Nolte, E.; Suter, E. (Hrsg.): Handbook integrated care, Cham, Switzerland: Springer, S. 221–236.

Amelung, V. E. (2011): Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. In: Amelung, V. E.; Eble, S.; Hildebrandt, H. (Hrsg.): Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 3–16.

Amelung, V. E. (2012a): Integrierte Versorgung. In: Schwartz, F. W.; Walter, U.; Siegrist, J.; Kolip, P.; Leidl, R.; Dierks, M.-L.; Busse, R.; Schneider, N.; Abelin, T. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. Auflage, München: Elsevier Urban & Fischer, S. 328–330.

Amelung, V. E. (2012b): Managed Care: Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 5. Auflage, Wiesbaden: Gabler.

Amelung, V. E. (Hrsg.) (2013): Healthcare management: Managed care organisations and instruments, Berlin: Springer.

Amelung, V. E.; Sydow, J.; Windeler, A. (2009): Vernetzung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation. In: Amelung, V. E.; Sydow, J.; Windeler, A. (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation, Stuttgart: Kohlhammer, S. 9–24.

AOK Gesundheitspartner (2023a): Besondere Versorgung. In: <https://www.aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/besondere-versorgung>. Abgerufen am: 06.01.2023.

AOK Gesundheitspartner (2023b): Modellvorhaben. In: <https://www.aok.de/gp/vertraege-und-vereinbarungen/modellvorhaben>. Abgerufen am: 06.01.2023.

Ärztezeitung (2017): Rückständig oder bodenständig: Ärzte faxen am liebsten. In: <https://www.aerztezeitung.de/Kooperationen/Aerzte-faxen-am-liebsten-310948.html>. Abgerufen am: 27.05.2020.

Ash, J. S.; Sittig, D. F.; Poon, E. G.; Guappone, K.; Campbell, E.; Dykstra, R. H. (2007): The extent and importance of unintended consequences related to computerized provider order entry. In: Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA, Vol. 14, No. 4, S. 415–423.

Atteslander, P. (2010): Methoden der empirischen Sozialforschung. 13. Auflage, Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Augustin, M. (2012): Praxisbeispiele zu klinischen Studien mit Medizinprodukten und deren Anwendung: Wundversorgung. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Vol. 106, No. 5, S. 347-353.

Augustin, M.; Brocatti, L. K.; Rustenbach, S. J.; Schäfer, I.; Herberger, K. (2014): Cost-of-illness of leg ulcers in the community. In: International Wound Journal, Vol. 11, No. 3, S. 283–292.

Augustin, M.; Sommer, R. (2020): Gesundheitsökonomie und personenzentrierte Versorgung chronischer Wunden in Deutschland. In: Dissemond, J.; Kröger, K. (Hrsg.): Chronische Wunden. Diagnostik - Therapie - Versorgung, München, Deutschland: Elsevier, S. 418–428.

- Awe, B.; Schultz, C. (2011):** Management von Versorgungsnetzwerken: Überwindung von Koordinationsproblemen in Versorgungsnetzwerken – Erkenntnisse aus sechs Tiefenfallstudien. In: Schultz, C.; Bogenstahl, C.; Hellrung, N.; Thoben, W. (Hrsg.): IT-basiertes Management integrierter Versorgungsnetzwerke, Stuttgart: Kohlhammer, S. 25–66.
- Aykaç, V. (2017):** Versorgung chronischer Wunden. In: Der Klinikarzt, Vol. 46, No. 12, S. 630–634.
- Baas, J. (2017):** Kooperation und Integration - Herausforderungen und Chancen aus Sicht einer Krankenkasse (II). In: Brandhorst, A.; Hildebrandt, H.; Luthe, E.-W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden: Springer VS, S. 303–316.
- Bäcker, G.; Naegele, G.; Bispinck, R.; Hofemann, K.; Neubauer, J. (2010):** Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland: Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste. 5. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag.
- Backhaus, R.; Backhaus, C.; Brock, C.; Woisetschläger, D. (2019):** Erbringung kooperativer Dienstleistungen durch Netzwerke – Erfolgspotenziale und Herausforderungen am Beispiel eines telemedizinischen Netzwerks zur integrierten Schlaganfallversorgung. In: Bruhn, M.; Hadwich, K. (Hrsg.): Kooperative Dienstleistungen, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 89–112.
- Bader, E. (2009):** Strukturierung unterschiedlicher Netzkonstellationen. In: Hellmann, W.; Eble, S. (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke initiieren. Kooperationen erfolgreich planen, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 37–43.
- Baecker, D. (1999):** Organisation als System: Aufsätze, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Baierlein, J. (2017):** Grad der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Branchenvergleich – Hinderungsgründe und Chancen. In: Pfannstiel, M. A.; Da-Cruz, P.; Mehlich, H. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 1–11.
- Balzer, K. (2018):** Berufsgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit. In: Balzer, K.; Eckardt-Felmborg, R.; Tannen, A. (Hrsg.): Chronische Wunden im Alter, Berlin: De Gruyter, S. 82–95.

- Barinaga, G.; Sayeed, Z.; Anoushiravani, A.; Scaife, S.; El-Othmani, M.; Saleh, K. J. (2017):** Using a comanagement model to develop a hip fracture integrated care pathway. In: *Journal of Healthcare Management*, Vol. 62, No. 2, S. 107–117.
- Barley, S. R. (1986):** Technology as an occasion for structuring: Evidence from observations of CT scanners and the social order of radiology departments. In: *Administrative Science Quarterly*, Vol. 31, No. 1, S. 78.
- Barnard, C. I. (1970):** Die Führung großer Organisationen, Essen: Girardet.
- Barringer, B. R.; Harrison, J. S. (2000):** Walking a tightrope: Creating value through interorganizational relationships. In: *Journal of Management*, Vol. 26, No. 3, S. 367–403.
- Bartel, S.; Bethge, M.; Streibelt, M.; Thren, K.; Lassahn, C. (2010):** Erfolgsfaktoren integrierter Versorgungsprozesse in der Endoprothetik: Ergebnisse einer qualitativen Prozessanalyse. In: *Die Rehabilitation*, Vol. 49, No. 3, S. 138–146.
- Bauer, H. (2010):** Medizinische Innovationen gleich Fortschritt? In: Schumpelick, V.; Vogel, B. (Hrsg.): *Innovationen in Medizin und Gesundheitswesen. Beiträge des Symposiums vom 24. bis 26. September 2009 in Cadenabbia, Freiburg im Breisgau*: Herder, S. 61–78.
- Bensaou, B. M.; Galunic, C.; Jonczyk-Sédès, C. (2014):** Players and purists: Networking strategies and agency of service professionals. In: *Organization Science*, Vol. 25, No. 1, S. 29–56.
- Bensmann, D. (2018):** Netzwerke - eine innovative Organisationsform nutzen und managen, München: Haufe.
- Berger, U.; Bernhard-Mehlich, I.; Oertel, S. (2018):** Die verhaltenswissenschaftliche Entscheidungstheorie. In: Kieser, A.; Ebers, M. (Hrsg.): *Organisationstheorien*. 8. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer, S. 122–167.
- Bertelsmann Stiftung (2018):** #SmartHealthSystems - Digitalisierung braucht effektive Strategie, politische Führung und eine koordinierende nationale Institution. Bertelsmann Stiftung. In: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SG_SHS_dt.pdf. Abgerufen am: 19.08.2020.

Birkeland, A.; Tuntland, H.; Førland, O.; Jakobsen, F. F.; Langeland, E. (2017): Interdisciplinary collaboration in reablement - a qualitative study. In: Journal of Multidisciplinary Healthcare, Vol. 10, S. 195–203.

Böckmann, B. (2017): IT-gestütztes leitliniengerechtes Versorgungsmanagement onkologischer Patientinnen und Patienten intersektoral und interprofessionell. In: Pfannstiel, M. A.; Da-Cruz, P.; Mehlich, H. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 179–204.

Bogenstahl, C. (2012): Management von Netzwerken: Eine Analyse der Gestaltung interorganisationaler Leistungsaustauschbeziehungen, Wiesbaden: Springer Gabler.

Bogenstahl, C.; Schultz, C. (2011): Erfolgskritische Managementfunktionen medizinischer Versorgungsnetzwerke. In: Schultz, C.; Bogenstahl, C.; Hellrung, N.; Thoben, W. (Hrsg.): IT-basiertes Management integrierter Versorgungsnetzwerke, Stuttgart: Kohlhammer, S. 67–112.

Bogenstahl, Christoph; Imhof, Henrik (2009): Erfolgsfaktoren des Managements interorganisationaler Netzwerke - eine narrative Metaanalyse. Technische Universität Berlin. In: https://www.tim.tu-berlin.de/fileadmin/fg101/TIM_Working_Paper_Series/Volume_2/TIM_WPS_Erfolgsfaktoren_des_Managements_interorganisationaler_Netzwerke.pdf. Abgerufen am: 01.04.2020.

Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (2014): Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung, Wiesbaden: Springer VS.

Bogner, A.; Menz, W. (2009): Das theoriegenerierende Experteninterview: Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag, S. 61–98.

Bohnsack, R. (2014): Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden. 9. Auflage, Opladen: Budrich.

Böing, C. (2001): Erfolgsfaktoren im Business-to-Consumer-E-Commerce, Wiesbaden: Gabler.

- Boje, D. M.; Wolfe, T. J. (1989):** Transorganizational development: Contributions to theory and practice. In: Leavitt, H. J.; Pondy, L.; Boje, D. M. (Hrsg.): Readings in managerial psychology. 4. Auflage, Chicago: University of Chicago Press, S. 733–751.
- Bonazzi, G. (2014):** Geschichte des organisatorischen Denkens: Herausgegeben von Veronika Tacke. 2. Auflage, Wiesbaden: Springer VS.
- Boonstra, A.; Broekhuis, M. (2010):** Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions. In: BMC Health Services Research, Vol. 10, S. 231.
- Borgatti, S.; Brass, D. J.; Halgin, D. (2014):** Social network research: Confusions, criticisms, and controversies. In: Brass, D. J.; Labianca, G.; Mehra, A.; Halgin, D.; Borgatti, S. (Hrsg.): Contemporary perspectives on organizational social networks (Research in the Sociology of Organizations, Vol. 40), Bingley: Emerald, S. 1–29.
- Bossen, C. (2007):** Test the artefact-develop the organization. The implementation of an electronic medication plan. In: International Journal of Medical Informatics, Vol. 76, No. 1, S. 13–21.
- Böttiger, E.; Weiß, C.-C. (2019):** Plattformtechnologien für das Gesundheitswesen von morgen. In: Baas, J. (Hrsg.): Zukunft der Gesundheit. Vernetzt, digital, menschlich, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 27–39.
- Brandt, A.; Heinecke, N.; Jung, H.-U. (2017):** Regionalwirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in Deutschland. In: Dahlbeck, E.; Hilbert, J. (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft als Motor der Regionalentwicklung, Wiesbaden: Springer VS, S. 53–71.
- Braun, G. E.; Gröbner, M.; Seitz, R. (2008):** Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Vol. 13, S. 1–7.
- Braun, G. E.; Güssow, J. (2006):** Integrierte Versorgungsstrukturen und Gesundheitsnetzwerke als innovative Ansätze im deutschen Gesundheitswesen. In: Braun, G. E.; Schulz-Nieswandt, F. (Hrsg.): Liberalisierung im Gesundheitswesen. Einrichtungen des Gesundheitswesens zwischen Wettbewerb und Regulierung, Baden-Baden: Nomos, S. 65–93.

- Braun, G. E.; Schumann, A.; Güssow, J. (2009):** Bedeutung innovativer Versorgungsformen und grundlegende Finanzierungs- und Vergütungsaspekte: Einführung und Überblick über die Beiträge. In: Braun, G. E.; Güssow, J.; Schumann, A.; Heßbrügge, G. (Hrsg.): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung, Köln: Deutscher Ärzteverlag, S. 3–20.
- Breidenstein, G.; Hirschauer, S.; Kalthoff, H.; Nieswand, B. (2020):** Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung. 3. Auflage, München: UVK-Verlag.
- Breil, B. (2016):** Technische Standards bei eHealth-Anwendungen. In: Fischer, F.; Krämer, A. (Hrsg.): eHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen, Berlin: Springer Vieweg, S. 25–46.
- Brettreich, T.; Philipp, R.; Friedenberger, M.; Kottmair, S. (2009):** Informationstechnologien für kooperative Versorgungsformen. In: Hellmann, W.; Eble, S. (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke initiieren. Kooperationen erfolgreich planen, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 177–189.
- Brößkamp-Stone, U. (2012):** Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention - internationale Perspektive. In: Schwartz, F. W.; Walter, U.; Siegrist, J.; Kolip, P.; Leidl, R.; Dierks, M.-L.; Busse, R.; Schneider, N.; Abelin, T. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. Auflage, München: Elsevier Urban & Fischer, S. 259–271.
- Buck, C.; Burster, S.; Sarikaya, S.; Thimmel, J.; Eymann, T. (2019):** Digitale Gestaltung innovativer Gesundheitsnetzwerke – Erfolgreiches Netzwerkmanagement im Gesundheits- und Dienstleistungssektor. In: Pfannstiel, M. A.; Da-Cruz, P.; Mehlich, H. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen VI, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 447–473.
- Bühler, E. (2013):** Durch Kooperation fit für die Zukunft. In: Bühler, E. (Hrsg.): Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung. Brücke zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung. 2. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer, S. 9–37.
- Bundesärztekammer (2018):** (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018. In: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20210630_MWBO_2018.pdf. Abgerufen am: 21.07.2021.

Bundesärztekammer (2019): 122. Deutscher Ärztetag: Beschlussprotokoll. In: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/122.DAET/Beschlussprotokoll_122_DAET_2019_Stand_20190627.pdf. Abgerufen am: 24.02.2020.

Bundesministerium für Gesundheit (2018): Vorsorge und Rehabilitation. In: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation.html#c7310>. Abgerufen am: 02.07.2020.

Bundesministerium für Gesundheit (2019a): Daten des Gesundheitswesens. In: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/BMG_DdGW_2019_bf.pdf. Abgerufen am: 26.05.2020.

Bundesministerium für Gesundheit (2019b): Die elektronische Patientenakte (ePA). In: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/elektronische-patientenakte.html>. Abgerufen am: 04.09.2020.

Bundesministerium für Gesundheit (2019c): Innovationsfonds. In: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/i/innovationsfonds.html>. Abgerufen am: 22.07.2020.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): E-Health. In: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health.html>. Abgerufen am: 20.07.2020.

Bundesverband Medizintechnologie e.V. (2014): Was ist Homecare? In: <https://www.bvmed.de/download/was-ist-homecare>. Abgerufen am: 21.07.2021.

Buschner, G.; Kormann, W. (2010): Vertragsgestützte Gesundheitsnetze. In: Curacontact, No. 3, S. 12–13.

Busse, R.; Blümel, M.; Spranger, A. (2017): Das deutsche Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen. 2. Auflage, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Busse, R.; Schreyögg, J. (2017): Management im Gesundheitswesen - eine Einführung in Gebiet und Buch. In: Busse, R.; Schreyögg, J.; Stargardt, T. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis. 4. Auflage, Berlin: Springer, S. 1–9.

Büttgen, M. (2003): Integratives Affiliate Marketing: Die Nutzung strategischer Partnerschaften durch Dienstleistungsunternehmen. In: Bruhn, M.; Stauss, B. (Hrsg.): Dienstleistungsnetzwerke, Wiesbaden: Gabler, S. 319–341.

Chandra, V.; Glebova, N. O.; Salvo, N. L.; Wu, T. (2017): Partnerships between podiatrists and vascular surgeons in building effective wound care centers. In: Journal of the American Podiatric Medical Association, Vol. 107, No. 5, S. 471–474.

Chao, C.-A. (2016): The impact of electronic health records on collaborative work routines: A narrative network analysis. In: International Journal of Medical Informatics, Vol. 94, S. 100–111.

Chiu, C.-C.; Huang, C.-L.; Weng, S.-F.; Sun, L.-M.; Chang, Y.-L.; Tsai, F.-C. (2011): A multidisciplinary diabetic foot ulcer treatment programme significantly improved the outcome in patients with infected diabetic foot ulcers. In: Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, Vol. 64, No. 7, S. 867–872.

Coldewey, B. (2002): Strategisches Management von Unternehmensnetzwerken im Gesundheitswesen: Ein netzwerktheoretischer Ansatz aus Sicht von Krankenhäusern, Leipzig.

Conrad, P.; Sydow, J. (1984): Organisationsklima, Berlin: De Gruyter.

Cook, K. S. (1977): Exchange and power in networks of interorganizational relations. In: The Sociological Quarterly, Vol. 18, No. 1, S. 62–82.

Cook, K. S.; Emerson, R. M. (1984): Exchange networks and the analysis of complex organizations. In: Bacharach, S. B.; Lawler, E. J. (Hrsg.): Research in the sociology of organizations. Vol. 3, Greenwich: JAI Press, S. 1–30.

Cook, K. S.; Rice, E. (2006): Social exchange theory. In: DeLamater, J. D. (Hrsg.): Handbook of social psychology, New York: Springer, S. 53–76.

Cropper, S.; Palmer, I. (2008): Change, dynamics, and temporality in inter-organizational relationships. In: Cropper, S.; Huxham, C.; Ebers, M.; Smith Ring, P. (Hrsg.): The Oxford handbook of inter-organizational relations, Oxford: Oxford University Press, S. 634–663.

Dacin, T.; Reid, D.; Smith Ring, P. (2008): Alliances and joint ventures: The role of partner selection from an embeddedness perspective. In: Cropper, S.; Huxham,

C.; Ebers, M.; Smith Ring, P. (Hrsg.): The Oxford handbook of inter-organizational relations, Oxford: Oxford University Press, S. 90–117.

Dahlbeck, E.; Hilbert, J. (2008): Beschäftigungstrends in der Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich, Forschung aktuell 06/2008, Institut Arbeit und Technik (IAT), Westfälische Hochschule, University of Applied Sciences.

Daumann, S. (2016): Wundmanagement und Wunddokumentation. 4. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.

Davenport, T. H. (1993): Process innovation: Reengineering work through information technology, Boston: Harvard Business School Press.

De Rond, M.; Bouchikhi, H. (2004): On the dialectics of strategic alliances. In: Organization Science, Vol. 15, No. 1, S. 56–69.

Deeds, D. L.; Hill, C. W. L. (1999): An examination of opportunistic action within research alliances. In: Journal of Business Venturing, Vol. 14, No. 2, S. 141–163.

Deloitte (2014): Perspektive E-Health – Consumer-Lösungen als Schlüssel zum Erfolg? In: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/de/Documents/technology-media-telecommunications/TMT-Studie-Perspektive-EHealth-2014.pdf>. Abgerufen am: 22.07.2020.

DeLone, W. H.; McLean, E. R. (2003): The DeLone and McLean model of information systems success: A ten-year update. In: Journal of Management Information Systems, Vol. 19, No. 4, S. 9–30.

Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode (2012): Drucksache 17/10488: Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. BT - Drs. 17/10488. In: <https://dserver.bundestag.de/btd/17/104/1710488.pdf>. Abgerufen am: 22.07.2021.

Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode (06.03.2015): Technikfolgenabschätzung (TA): Technischer Fortschritt im Gesundheitswesen: Quelle für Kostensteigerungen oder Chance für Kostensenkungen? Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung. In: <https://www.bundestag.de/blob/421078/47863aad4b28e98492a6b7aa9e7d3523/gesundheitswesen-data.pdf>. Abgerufen am: 21.04.2017.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2015): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

DeWalt, K. M.; DeWalt, B. R. (2011): Participant observation: A guide for fieldworkers. Second edition, Lanham, Md: AltaMira Press.

Diener, H.; Debus, E.; Herberger, S. K.; Heyer, K.; Augustin, M.; Tigges, W.; Karl, T.; Storck, M. (2017): Versorgungssituation gefäßmedizinischer Wunden in Deutschland. In: Gefäßchirurgie, Vol. 22, No. 8, S. 548–557.

Dietrich, M.; Znotka, M. (2017): „Ideas are easy. Implementation is hard.“: Kooperation und Vernetzung aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht unter besonderer Berücksichtigung des unternehmerischen Risikos: Ein geschäftsmodellbasierter Ansatz. In: Brandhorst, A.; Hildebrandt, H.; Luthé, E.-W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden: Springer VS, S. 139–164.

Dissemond, J.; Bültemann, A.; Gerber, V.; Jäger, B.; Kröger, K.; Münter, C. (2017): Standards des ICW e. V. für die Diagnostik und Therapie chronischer Wunden. In: Wundmanagement, Vol. 11, No. 2, S. 81–86.

Dittmar, R.; Wohlgemuth, W. A.; Nagel, E. (2009): Potenziale und Barrieren der Telemedizin in der Regelversorgung. In: Gesundheit und Gesellschaft/Wissenschaft, Vol. 9, No. 4, S. 16–26.

Dittrich, Stephan (2017): Hybrid DRG in Thüringen - der richtige Weg?: Pilotprojekt "Hybrid DRG Thüringen Neue Wege im Gesundheitswesen“. In: https://www.bks.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/Berliner_Krankenhaus-Seminar/WS_1718/Hybrid_DRG_Th%C3%BCrungen_-_der_richtige_Weg__Berlin_22.11.2017.pdf. Abgerufen am: 27.05.2020.

Dobbins, M. I.; Thomas, S. A.; Melton, S. L. S.; Lee, S. (2016): Integrated Care and the Evolution of the Multidisciplinary Team. In: Primary Care, Vol. 43, No. 2, S. 177–190.

Doolin, B. (2016): Implementing e-Health. In: Ferlie, E.; Montgomery, K.; Pederesen, A. R. (Hrsg.): The Oxford handbook of health care management, Oxford: Oxford University Press, S. 352-374.

Döring, N.; Bortz, J. (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Auflage, Berlin: Springer.

Döring, T. (2014): Staatliche Markteingriffe und Verhaltensökonomik: Zur Psychologie der Rechtfertigung und Gestaltung öffentlicher Interventionstätigkeit; Erkenntnisstand und politische Implikationen, Darmstadt: Sonderforschungsgruppe Institutionenanalyse.

Dostal, T. E.; Dostal, A. W. T. (2017): Controlling in Gesundheitsnetzen: Ergebnisse einer Umfrage zur Anwendbarkeit von betriebswirtschaftlichen Erfolgskennzahlen und Schritte zu deren Umsetzung, Norderstedt: Books on Demand.

Ebers, M. (1997): Explaining Inter-organizational Network Formation. In: Ebers, M. (Hrsg.): The formation of inter-organizational networks, Oxford: Open University Press, S. 1–26.

Ebers, M. (1999): The dynamics of inter-organizational relationships. In: Research in the Sociology of Organizations, Vol. 16, S. 31–56.

Ebers, M.; Maurer, I. (2018): Netzwerktheorie. In: Kieser, A.; Ebers, M. (Hrsg.): Organisationstheorien. 8. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer, S. 391–412.

Eble, S. (2009): Das Gesundheitssystem im Wandel. In: Hellmann, W.; Eble, S. (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke initiieren. Kooperationen erfolgreich planen, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 3–25.

Edgren, L.; Barnard, K. (2012): Complex adaptive systems for management of integrated care. In: Leadership in Health Services, Vol. 25, No. 1, S. 39–51.

Ehrhardt, A. (2013): Chancen für alle: Innovative Vertriebs- und Verkaufsstrategien (Teil 5): Aufbau von Netzwerken. In: Gesundheitsprofi, No. 9, S. 46–47.

Endres, S.; Weibler, J. (2014): Führung in interorganisationalen Netzwerken - Shared Network Leadership. In: Rosenstiel, L. v.; Regnet, E.; Domsch, M. E. (Hrsg.): Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement. 7. Auflage, Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 403–414.

Erdogan-Griese, B. (2010): Arztbrief: mehr als eine ungeliebte Pflicht. In: Rheinisches Ärzteblatt, No. 12, S. 23–24.

- Ernst, S. (2008):** Kooperationen in der integrierten Gesundheitsversorgung: Erfolgsfaktoren und Strategien, Baden-Baden: Nomos.
- Eschenbächer, J. (2009):** Gestaltung von Innovationsprozessen in virtuellen Organisationen durch Kooperationsorientierte Netzwerkanalyse, Aachen: Mainz.
- Evanschitzky, H. (2003):** Erfolg von Dienstleistungsnetzwerken: Ein Netzwerkmarketingansatz. Gabler Edition Wissenschaft, Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Ex, P.; Amelung, V. E. (2019):** Vernetzte Versorgung zwischen Digitalisierung, Wettbewerb und Kooperation: Das Verwecheln von Zielen und Strategien. In: Baas, J. (Hrsg.): Zukunft der Gesundheit. Vernetzt, digital, menschlich, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 107–124.
- Eymann, T.; Buck, C.; Burster, S.; Sarikaya, S. (2018a):** Gestalt und Management vernetzter Strukturen. In: Ganz, W.; Eymann, T.; Hockauf, H.; Schäfer-Walkmann, S.; Scherer, M. (Hrsg.): Dienstleistungen und Gesundheit in Regionen: Aspekte vernetzter Wertschöpfung, Stuttgart: Fraunhofer Verlag, S. 54–121.
- Eymann, Torsten; Buck, Christoph; Burster, Simone; Sarikaya, Serkan (2018b):** Gestaltung von erfolgreichem Netzwerkmanagement für Gesundheitsnetzwerke. In: http://www.indiger.net/wp-content/uploads/2018/03/INDi-GeR_Netzwerk-Mngt_Uni-BT.pdf. Abgerufen am: 10.03.2020.
- Eysenbach, G. (2001):** What is e-health? In: Journal of Medical Internet Research, Vol. 3, No. 2, S. E20.
- Feyerabend, P. (1986):** Wider den Methodenzwang, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Fiedler, Christian; Grünheid, Evelyn; Sulak, Harun (2017):** Bevölkerung in Deutschland. In: https://www.bib.bund.de/Publikation/2017/pdf/Bevoelkerung-in-Deutschland.pdf?__blob=publicationFile&v=3. Abgerufen am: 22.07.2020.
- Fischer, F.; Aust, V.; Krämer, A. (2016):** ehealth: Hintergrund und Begriffsbestimmung. In: Fischer, F.; Krämer, A. (Hrsg.): eHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen, Berlin: Springer Vieweg, S. 3–23.

- Fitte, C.; Meier, P.; Behne, A.; Miftari, D.; Teuteberg, F. (2019):** Die elektronische Gesundheitsakte als Vernetzungsinstrument im Internet of Health: Anwendungsfälle und Anbieter im deutschen Gesundheitswesen: Gesellschaft für Informatik e.V.
- Flick, U. (2017a):** Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick, U.; Kardorff, E. von; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 12. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 252–264.
- Flick, U. (2017b):** Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. 8. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U. (2019):** Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In: Baur, N.; Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Wiesbaden: Springer VS, S. 473–488.
- Flick, U. (2020):** Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Mey, G.; Mruck, K. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie, Wiesbaden: Springer, S. 247–263.
- Flick, U.; Kardorff, E. von; Steinke, I. (2017):** Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U.; Kardorff, E. von; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 12. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Friese, M. (1998):** Kooperation als Wettbewerbsstrategie für Dienstleistungsunternehmen. Gabler Edition Wissenschaft, Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Gazley, B. (2016):** The current state of interorganizational collaboration: Lessons for human service research and management. In: Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance, Vol. 41, No. 1, S. 1–5.
- Gehoff, M. (2019):** Ambulante Wundversorgung rechnet sich nur selten. In: Der Deutsche Dermatologe, Vol. 67, No. 8, S. 598–600.
- Geiger, B.; Wolf, T. (2011):** IT-Strategien für sektorenübergreifende Versorgungskonzepte. In: Amelung, V. E.; Eble, S.; Hildebrandt, H. (Hrsg.): Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 341–345.

Gematik (2020): Telematikinfrastruktur – das digitale Gesundheitsnetz für Deutschland. In: <https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/>. Abgerufen am: 04.09.2020.

Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.): Innovationsfonds. In: <https://innovationsfonds.g-ba.de/>. Abgerufen am: 22.07.2020.

Gensichen, J.; Muth, C.; Butzlaff, M.; Rosemann, T.; Raspe, H.; Müller de Cornejo, G.; Beyer, M.; Härter, M.; Müller, U. A.; Angermann, C. E.; Gerlach, F. M.; Wagner, E. (2006): Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung: Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, Vol. 100, S. 365–374.

Georg, A. (2011): Kooperationsnetze in der Gesundheitswirtschaft. In: Becker, T.; Dammer, I.; Howaldt, J.; Loose, A. (Hrsg.): Netzwerkmanagement, Dordrecht: Springer, S. 216–228.

Gerlach, F. (2018): (K)Ein Blick in die Glaskugel: Entwicklungen im Gesundheitswesen und ärztlicher Fachkräftebedarf, Mainz.

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (2020): Statistisches Taschenbuch der Versicherungswirtschaft. In: <https://www.gdv.de/resource/blob/62142/ac6287aeb67a3a336342e33f55992ffb/statistisches-tb-2020-download-data.pdf>. Abgerufen am: 04.01.2023.

Glaser, B. G.; Strauss, A. L. (2010): Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung. 3. Auflage, Bern: Huber.

Gläser, J.; Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag.

Glatzel, K. (2012): Weder Organisation noch Netzwerk: Struktur, Strategie und Führung in Verbundnetzwerken, Heidelberg: Carl-Auer.

Gödecker-Geenen, N.; Nau, H. (2000): Krankenhäuser: Sozialarbeit unverzichtbar. Der Bedarf wächst trotz aller Sparaktionen. In: Deutsches Ärzteblatt, Vol. 97, No. 41, S. A2674-2676.

Goepel, L.; Herberger, K.; Debus, S.; Diener, H.; Tigges, W.; Dissemond, J.; Gerber, V.; Augustin, M. (2014): Wundnetze in Deutschland: Struktur, Funktionen und Ziele 2014. In: *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*, Vol. 65, No. 11, S. 960–966.

Goepel, L.; Heyer, K.; Herberger, K.; Stuppardt, R.; Tigges, W.; Wagner, T.; Augustin, M. (2015): Selektivverträge zu chronischen Wunden – aktueller Stand in Deutschland. In: *Gefäßchirurgie*, Vol. 20, No. 1, S. 18–24.

Goes, J. B.; Park, S. H. (1997): Interorganizational Links and Innovation: The Case of Hospital Services. In: *The Academy of Management Journal*, Vol. 40, No. 3, S. 673–696.

Goldmann, M.; Kemna, K.; Urner, K. (2016): Soziale Innovation durch sektorübergreifende Vernetzung? – Ansätze der Gesundheitsregion Südwestfalen. In: *Becke, G.; Bleses, P.; Frerichs, F.; Goldmann, M.; Hinding, B.; Schweer, M. K. W. (Hrsg.): Zusammen - Arbeit - Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen*, Wiesbaden: Springer VS, S. 71–88.

Gotzen, G. (2003): Ärztenetzwerke als Reformansatz für den ambulanten Sektor: Eine institutionenökonomische Analyse verschiedener Netzwerkkarrangements, Universität Trier.

Graetz, I.; Reed, M.; Shortell, S. M.; Rundall, T. G.; Bellows, J.; Hsu, J. (2014): The association between EHRs and care coordination varies by team cohesion. In: *Health Services Research*, Vol. 49, No. 1 Pt 2, S. 438–452.

Graf von Stillfried, D.; Erhart, M.; Czihal, T. (2019): Die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland. In: *Thielscher, C. (Hrsg.): Handbuch Medizinökonomie I: System der medizinischen Versorgung*, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 1–41.

Greenhalgh, T.; Robert, G.; Bate, P.; Macfarlane, F.; Kyriakidou, O. (2005): Diffusion of innovations in health service organisations: A systematic literature review, Malden: Blackwell.

Greenhalgh, T.; Robert, G.; Macfarlane, F.; Bate, P.; Kyriakidou, O. (2004): Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. In: *The Milbank quarterly*, Vol. 82, No. 4, S. 581–629.

Grisot, M.; Vassilakopoulou, P.; Aanestad, M. (2018): Dealing with Tensions in Technology Enabled Healthcare Innovation: Two Cases from the Norwegian Healthcare Sector. In: Hoholm, T.; La Rocca, A.; Aanestad, M. (Hrsg.): *Controversies in Healthcare Innovation. Service, Technology and Organization*, London: Palgrave Macmillan, S. 109–132.

Grol, R. (2005): Effective organisation of the implementation. In: Grol, R.; Wensing, M.; Eccles, M. (Hrsg.): *Improving patient care. The implementation of change in clinical practice*, Edinburgh: Elsevier, S. 208–219.

Grol, R.; Wensing, M. (2005): Characteristics of successful innovations. In: Grol, R.; Wensing, M.; Eccles, M. (Hrsg.): *Improving patient care. The implementation of change in clinical practice*, Edinburgh: Elsevier, S. 60–70.

Güntert, B. J. (2006): Welche Steuerungsinstrumente braucht ein Netz im Gesundheitswesen? In: *Managed Care: Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie*, No. 6.

Güssow, J. (2007): Vergütung integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen: Weiterentwicklung pauschaler Vergütungsansätze zur Förderung prozessorientierter Strukturen unter besonderer Berücksichtigung der Krankenhausperspektive, Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Haas, P. (2006): *Gesundheitstelematik: Grundlagen, Anwendungen, Potenziale*, Berlin: Springer.

Haas, Peter (2017): Elektronische Patientenakten: Einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakten als Basis für integrierte patientenzentrierte Behandlungsmanagement-Plattformen. In: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_eEPA_Expertise_final.pdf. Abgerufen am: 01.09.2020.

Haggerty, J. L.; Reid, R. J.; Freeman, G. K.; Starfield, B. H.; Adair, C. E.; McKendry, R. (2003): Continuity of care: A multidisciplinary review. In: *British Medical Journal*, Vol. 327, No. 7425, S. 1219–1221.

Hahn, S. (2013): Der geführte Patient - Davon profitieren alle! In: *Lymphologicum - Deutsches Netzwerk Lymphologie e.V. (Hrsg.): Netzwerkfibel. Ratgeber für die*

interdisziplinäre Zusammenarbeit in der ambulanten Lymphologie, Hofheim: CycloMed, S. 6–10.

Hall, P. (2005): Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. In: Journal of Interprofessional Care, Vol. 19 Suppl 1, S. 188–196.

Hanseth, O.; Jacucci, E.; Grisot, M.; Aanestad, M. (2006): Reflexive standardization: Side effects and complexity in standard making. In: Management Information Systems Quarterly, Vol. 30, Special Issue on Standard Making, S. 563–581.

Hartmann, P. (2013): Rechtsformen - und was sie können. In: Lymphologicum - Deutsches Netzwerk Lymphologie e.V. (Hrsg.): Netzwerkfibel. Ratgeber für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der ambulanten Lymphologie, Hofheim: CycloMed, S. 80–89.

Hartweg, H.-R. (2022): Transaktionskostentheorie. In: Monitor Versorgungsforschung, Vol. 15, No. 04/2022.

Hassebrauck, M.; Küpper, B. (2010): Theorien interpersonaler Attraktion. In: Frey, D.; Irle, M. (Hrsg.): Theorien der Sozialpsychologie. Band 2 Gruppen-, Interaktions- und Lerntheorien. 2. Auflage, Bern: Huber, S. 156–177.

Hauschildt, J.; Salomo, S.; Schultz, C.; Kock, A. (2016): Innovationsmanagement. 6. Auflage, München: Franz Vahlen.

health innovation hub (2020): Konzeptpapier: Interoperabilität 2025. In: <https://hih-2025.de/wp-content/uploads/2020/08/Interoperabilit%C3%A4t-2025-Teil-A-v16.pdf>. Abgerufen am: 04.09.2020.

Heckes, K. (2016): Vernetzte Gesundheitswirtschaft im Münsterland: Überlegungen zur Architektur, zu Gelingensfaktoren und Fallstricken regionaler Gesundheitsnetzwerke. In: Pfannstiel, M. A.; Focke, A.; Mehlich, H. (Hrsg.): Management von Gesundheitsregionen I. Bündelung regionaler Ressourcen zum Wachstum und zur Sicherung der Gesundheitsversorgung, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 57–66.

Hedlund, G. (1986): The hypermodern MNC-A heterarchy? In: Human Resource Management, Vol. 25, No. 1, S. 9–35.

Helfferich, C. (2019): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, N.; Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Wiesbaden: Springer VS, S. 669–686.

Hellrung, N. (2011): Informationsmanagement in Versorgungsnetzwerken. In: Schultz, C.; Bogenstahl, C.; Hellrung, N.; Thoben, W. (Hrsg.): IT-basiertes Management integrierter Versorgungsnetzwerke, Stuttgart: Kohlhammer, S. 151–168.

Hellrung, N.; Haux, R.; Appelrath, H.-J.; Toben, W. (2009): Informationsmanagement für vernetzte Versorgungsstrukturen. In: Amelung, V. E.; Sydow, J.; Windeler, A. (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation, Stuttgart: Kohlhammer, S. 103–116.

Henke, K.-D.; Troppens, S.; Braeseke, G.; Dreher, B.; Merda, M. (2011): Volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft: Innovationen, Branchenverflechtung, Arbeitsmarkt, Baden-Baden: Nomos.

Hensen, P.; Ma, H.-L.; Luger, T. A.; Roeder, N.; Steinhoff, M. (2005): Pathway management in ambulatory wound care: defining local standards for quality improvement and interprofessional care. In: International Wound Journal, Vol. 2, No. 2, S. 104–111.

Heußler, T. (2011): Zeitliche Entwicklung von Netzwerkbeziehungen: Theoretische Fundierung und empirische Analyse am Beispiel von Franchise-Netzwerken, Wiesbaden: Gabler.

Hibbert, P.; Huxham, C.; Smith Ring, P. (2008): Managing collaborative inter-organizational relations. In: Cropper, S.; Huxham, C.; Ebers, M.; Smith Ring, P. (Hrsg.): The Oxford handbook of inter-organizational relations, Oxford: Oxford University Press, S. 390–416.

Hildebrandt, H.; Stunder, B. H.; Wetzel, M.; Gröne, O. (2016): Erfolgsfaktoren für Netze und regional Gesundheitsorganisationen: Organisationsformen, Führung, Patientenorientierung. In: Eble, S.; Kurscheid, C. (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke. Strategie, Konzeption, Steuerung, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 60–73.

Hillebrand, B.; Biemans, W. G. (2003): The relationship between internal and external cooperation. In: Journal of Business Research, Vol. 56, No. 9, S. 735–743.

Holderried, M.; Höper, A.; Holderried, F. (2020): Disruption E-Health: Treiber für die sektorenübergreifend-personalisierte Medizin der Zukunft. In: Pfannstiel,

M. A.; Kassel, K.; Rasche, C. (Hrsg.): Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 393–415.

Homann, K.; Lütge, C. (2002): Vorteile und Anreize: Zur Grundlegung einer Ethik der Zukunft, Tübingen: Mohr Siebeck.

Homans, G. C. (1974): Social behavior: Its elementary forms, New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Hopf, C. (1978): Die Pseudo-Exploration – Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. In: Zeitschrift für Soziologie, Vol. 7, No. 2.

Howaldt, J.; Ellerkmann, F. (2011): Entwicklungsphasen von Netzwerken und Unternehmenskooperationen. In: Becker, T.; Dammer, I.; Howaldt, J.; Loose, A. (Hrsg.): Netzwerkmanagement, Dordrecht: Springer, S. 23–35.

Howaldt, J.; Schwarz, M. (2010): Soziale Innovation – Konzepte, Forschungsfelder und -perspektiven. In: Howaldt, J.; Jacobsen, H. (Hrsg.): Soziale Innovation. Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma, Wiesbaden: VS Verlag, S. 87–108.

Hübner, U.; Krämer, K.; Milde, S.; Thye, J.; Egbert, N. (2016): Szenarien zur Bewertung von elektronischen Wunddokumentationssystemen: Die Studie des AOK Bundesverbandes. In: Wundmanagement, Vol. 10, No. 4, S. 188–195.

Huxham, C.; Vangen, S. E. (2005): Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage, London: Routledge.

Janneck, M.; Staar, H.; Wissmann, I. von; Kremer, M. (2012): Integrierte Organisations- und Technikgestaltung in Netzwerken. In: Glückler, J.; Dehning, W.; Janneck, M.; Armbrüster, T. (Hrsg.): Unternehmensnetzwerke. Architekturen, Strukturen und Strategien, Berlin: Springer Gabler, S. 277–295.

Jansen, D. (2006): Einführung in die Netzwerkanalyse: Grundlagen, Methoden, Forschungsbeispiele. 3. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag.

Jäschke, T.; Lux, T. (2017): Einsatz von Informationstechnologien im Gesundheitswesen. In: Thielscher, C. (Hrsg.): Medizinökonomie 2, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 331–359.

Johnsen, T. E.; Lamming, R. C.; Harland, C. M. (2008): Inter-organizational relations, chains, and networks: a supply perspective. In: Cropper, S.; Huxham, C.; Ebers, M.; Smith Ring, P. (Hrsg.): The Oxford handbook of inter-organizational relations, Oxford: Oxford University Press, S. 61–89.

Jorzig, A.; Sarangi, F. (2019): Digitalisierung im Gesundheitswesen: Ein kompakter Streifzug durch Recht und Technik, Berlin: Springer.

Jungbecker, R. (2016): Aktuelle Rechtsfragen zum Wundmanagement. In: Der Allgemeinarzt, Vol. 38, No. 9, S. 20–22.

Jütte, W. (2009): Vernetzung und Kooperation - zwischen Modernisierungsmethapher und fachlicher Gestaltungsaufgabe. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, Vol. 38, No. 2, S. 10–13.

Kapitza, T. (2010): Neue Ansätze für Struktur- und Prozessinnovationen im Gesundheitsmarkt. In: Schumpelick, V.; Vogel, B. (Hrsg.): Innovationen in Medizin und Gesundheitswesen. Beiträge des Symposiums vom 24. bis 26. September 2009 in Cadenabbia, Freiburg im Breisgau: Herder, S. 180-192.

Kappelhoff, P. (2000): Der Netzwerkansatz als konzeptueller Rahmen für eine Theorie interorganisationaler Netzwerke. In: Sydow, J.; Windeler, A. (Hrsg.): Steuerung von Netzwerken. Konzepte und Praktiken, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 25–57.

Karbach, P.; Reiher, M. (2017): Digitalisierung in den Versorgungssektoren: Aktueller Stand und Perspektiven. In: Pfannstiel, M. A.; Da-Cruz, P.; Mehlich, H. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 239–248.

Katz, D. (1964): The motivational basis of organizational behavior. In: Behavioral Science, Vol. 9, No. 2, S. 131–146.

Katzmair, H. (2010): Netzwerke als Innovationsmotor: Wie Innovationen durch Netzwerke entstehen. In: Schumpelick, V.; Vogel, B. (Hrsg.): Innovationen in Medizin und Gesundheitswesen. Beiträge des Symposiums vom 24. bis 26. September 2009 in Cadenabbia, Freiburg im Breisgau: Herder, S. 163-179.

Kawulich, B. B. (2005): Participant Observation as a Data Collection Method. In: Forum Qualitative Sozialforschung, Vol. 6, No. 2.

- Kelle, U.; Kluge, S. (2010):** Vom Einzelfall zum Typus, Wiesbaden: VS Verlag.
- Khodambashi, S. (2013):** Business Process Re-engineering Application in Healthcare in a Relation to Health Information Systems. In: *Procedia Technology*, Vol. 9, S. 949–957.
- Kieser, A. (2018):** Der Situative Ansatz. In: Kieser, A.; Ebers, M. (Hrsg.): *Organisationstheorien*. 8. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer, S. 168–195.
- Killich, S.; Luczak, H. (2003):** Unternehmenskooperation für kleine und mittelständische Unternehmen: Lösungen für die Praxis, Berlin: Springer.
- Kirchgeorg, M.; Coldewey, B. (2003):** Netzwerkstrategien zur Profilierung von Gesundheitsdienstleistungen. In: Bruhn, M.; Stauss, B. (Hrsg.): *Dienstleistungsnetzwerke*, Wiesbaden: Gabler, S. 565–592.
- Klemann, A. (2007):** Management sektorübergreifender Kooperationen: Implikationen und Gestaltungsempfehlungen für erfolgreiche Kooperationen an der Schnittstelle von Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation, Wegscheid: Wikom.
- Klemann, A. (2009):** Erfolgsfaktoren von Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. In: Amelung, V. E.; Sydow, J.; Windeler, A. (Hrsg.): *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*, Stuttgart: Kohlhammer, S. 275–295.
- Klemm, M. (2016):** Bericht aus der Praxis: Notwendigkeit von IT-Lösungen in Arzt-Netzwerken. In: Eble, S.; Kurscheid, C. (Hrsg.): *Gesundheitsnetzwerke. Strategie, Konzeption, Steuerung*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 176–183.
- Klijn, E.-H. (2008):** Policy and implementation networks: Managing complex interactions. In: Cropper, S.; Huxham, C.; Ebers, M.; Smith Ring, P. (Hrsg.): *The Oxford handbook of inter-organizational relations*, Oxford: Oxford University Press, S. 118–146.
- Knieps, F.; Amelung, V.; Wolf, S. (2012):** Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen – Grundlagen, Definitionen, Problemanalysen. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Vol. 66, No. 6, S. 8–19.

Knöppler, K. (2009): Strategische Planung in Einzelschritten. In: Hellmann, W.; Eble, S. (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke initiieren. Kooperationen erfolgreich planen, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 253–274.

Koch, J.; Schmiemann, G.; Gerhardus, A. (2017): Integration und Kooperation aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. In: Brandhorst, A.; Hildebrandt, H.; Luthé, E.-W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden: Springer VS, S. 121–138.

Kohlschein, C.; Wener, C. J.; Meisen, T. (2019): Der Informationsmanagementzyklus im Gesundheitswesen. In: Haring, R. (Hrsg.): Gesundheit digital. Perspektiven zur Digitalisierung im Gesundheitswesen, Berlin: Springer, S. 68–82.

Köhne, T. (2006): Marketing im strategischen Unternehmensnetzwerk: Deutscher Universitätsverlag.

Köster, Ingrid; Schubert, Ingrid (2015): Abschlussbericht für MedInform – Informations- und Seminarservice Medizintechnologie: Epidemiologie und Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden. Eine Analyse auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. In: <http://www.info-wundversorgung.de/download/pmv-abschlussbericht-2015-12-03>. Abgerufen am: 20.02.2020.

Krämer, K. (2016): Versorgungsaspekte chronischer Wunden aus Sicht der AOK: Fehlende Standards erschweren Vergleichbarkeit von Angeboten. In: Gesellschaftspolitische Kommentare - gpk, Vol. 57, No. Sonderausgabe 2, S. 29–31.

Krcmar, H. (2015): Informationsmanagement. 6. Auflage, Berlin: Springer Gabler.

Krensel, M.; Gutknecht, M. (2016): Chronische Wunden und die Kosten. In: Gesellschaftspolitische Kommentare - gpk, Vol. 57, No. Sonderausgabe 2, S. 9–11.

Kreyher, V. J. (2001): Gesundheits- und Medizinmarketing - Herausforderung für das Gesundheitswesen. In: Kreyher, V. J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren, Heidelberg: v. Decker Hüthig, S. 1–51.

Kronhardt, M. (2004): Erfolgsfaktoren des Managements medizinischer Versorgungsnetze. Gabler Edition Wissenschaft, Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Kruse, J. (2015): Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz. 2. Auflage, Weinheim: Beltz Juventa.

Kubitschke, L.; Cullen, K. (2005): The demographic change – Impacts of new technologies and information society. In: https://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/lot7_ict_finalreport_en.pdf. Abgerufen am: 22.07.2021.

Kubitschke, L.; Müller, S.; Meyer, I. (2017): Kann e-Health einen Beitrag zu verstärkter Integration von Gesundheitsdienstleistungen und verbesserter Kooperation beteiligter Akteure leisten?: Erfahrungen aus europäischen Pilotprojekten. In: Brandhorst, A.; Hildebrandt, H.; Luthe, E.-W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden: Springer VS, S. 515–532.

Kuckartz, U. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3. Auflage, Weinheim: Beltz Juventa.

Küng, C. (2010): Die Idee regionaler Kompetenzcluster zur Innovationsförderung. In: Rebscher, H.; Kaufmann, S. (Hrsg.): Innovationsmanagement in Gesundheitssystemen, Heidelberg: Medhochzwei, S. 380–399.

Kurscheid, C.; Eble, S. (2016): Das Gesundheitssystem in Deutschland - Rahmenbedingungen. In: Eble, S.; Kurscheid, C. (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke. Strategie, Konzeption, Steuerung, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 3–12.

Kutschker, M. (2005): Prozessuale Aspekte der Kooperation. In: Zentes, J. (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke. Grundlagen - Ansätze - Perspektiven. 2. Auflage, Wiesbaden: Gabler, S. 1125–1153.

Lambe, C. J.; Wittmann, C. M.; Spekman, R. E. (2001): Social Exchange Theory and Research on Business-to-Business Relational Exchange. In: Journal of Business-to-Business Marketing, Vol. 8, No. 3, S. 1–36.

Lamnek, S.; Krell, C. (2016): Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Materialien. 6. Auflage, Weinheim: Beltz.

- Landman, N.; Aannestad, L. K.; Smoldt, R. K.; Cortese, D. A. (2014):** Teamwork in health care. In: *Nursing Administration Quarterly*, Vol. 38, No. 3, S. 198–205.
- Lauer, T. (2019):** *Change Management: Grundlagen und Erfolgsfaktoren*, Berlin: Springer Gabler.
- Leisten, E. (2017):** Paradigmenwechsel: Von der Wundbehandlung zum Wundmanagement. In: *Chirurgen Magazin*, Vol. 15, No. 85, S. 44–47.
- Liberati, E. G.; Gorli, M.; Scaratti, G. (2016):** Invisible walls within multidisciplinary teams: Disciplinary boundaries and their effects on integrated care. In: *Social Science & Medicine*, Vol. 150, S. 31–39.
- Linder, R.; Horenkamp-Sonntag, D.; Bestmann, B.; Battmer, U.; Heilmann, T.; Verheyen, F. (2015):** Disease-Management-Programme: Schwierigkeiten bei der Nutzenbewertung. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, Vol. 58, No. 4-5, S. 345–351.
- Ling, T.; Brereton, L.; Conklin, A.; Newbould, J.; Roland, M. (2012):** Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. In: *International Journal of Integrated Care*, Vol. 12, No. 5, S. 1–12.
- Lingenfelder, M.; Kronhardt, M. (2001):** Marketing für vernetzte Systeme. In: Kreyher, V. J. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren*, Heidelberg: v. Decker Hüthig, S. 313–338.
- Linn, N. (1989):** *Die Implementierung vertikaler Kooperationen: Theoretische Konzeption und erste empirische Ergebnisse zum Prozess der Ausgliederung logistischer Teilaufgaben*, Frankfurt am Main: Lang.
- Littmann, P.; Jansen, S. A. (2000):** *Oszillodox: Virtualisierung - die permanente Neuerfindung der Organisation*, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lluch, M. (2011):** Healthcare professionals' organisational barriers to health information technologies-a literature review. In: *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 80, No. 12, S. 849–862.
- Lluch, M.; Abadie, F. (2013):** Exploring the role of ICT in the provision of integrated care--evidence from eight countries. In: *Health Policy*, Vol. 111, No. 1, S. 1–13.

- Loose, A. (2006):** Organisation und Netzwerke: Beratende und Beratene. In: Sydow, J.; Manning, S. (Hrsg.): Netzwerke beraten. Über Netzwerkberatung und Beratungsnetzwerke, Wiesbaden: Gabler, S. 19–36.
- Lübeck, R.; Beyer, M.; Gerlach, F. (2015):** Rationale und Stand der hausarztzentrierten Versorgung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Vol. 58, No. 4-5, S. 360–366.
- Lüders, C. (2017):** Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Flick, U.; Kardorff, E. von; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 12. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 384–401.
- Luthe, E.-W. (2013):** Kommunale Gesundheitslandschaften – das Grundkonzept. In: Luthe, E.-W. (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften, Wiesbaden: Springer VS, S. 3-36.
- Luthe, E.-W. (2017):** Dimensionen von „Integration“, „Kooperation“ und „Dezentralisierung“. In: Brandhorst, A.; Hildebrandt, H.; Luthe, E.-W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden: Springer VS, S. 33–82.
- Lux, T. (2018):** Vernetztes Schmerzmanagement durch E-Health in der Pflege. In: Pfannstiel, M. A.; Krammer, S.; Swoboda, W. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen IV, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 165–183.
- Lux, T. (2019):** E-Health: Begriff, Umsetzungsbarrieren, Nachhaltigkeit und Nutzen. In: Haring, R. (Hrsg.): Gesundheit digital. Perspektiven zur Digitalisierung im Gesundheitswesen, Berlin: Springer, S. 1–14.
- Mahler, C.; Gutmann, T.; Karstens, S.; Joos, S. (2014):** Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. In: GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung, Vol. 31, No. 4, S. 1-10.
- Majchrzak, A.; Jarvenpaa, S. L.; Bagherzadeh, M. (2015):** A Review of Inter-organizational Collaboration Dynamics. In: Journal of Management, Vol. 41, No. 5, S. 1338–1360.

- Makowski, A. C.; Mnich, E. E.; Kofahl, C.; von dem Knesebeck, O. (2015):** psychenet - Hamburger Netz psychische Gesundheit: Ergebnisse der Prozessevaluation. In: Psychiatrische Praxis, Vol. 42 Suppl 1, S. S65-9.
- Mankiw, N. G.; Taylor, M. P. (2018):** Grundzüge der Volkswirtschaftslehre. 7. Auflage, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- March, J. G.; Simon, H. A. (1958):** Organizations, New York: Wiley.
- Martin, A. (2008):** Die Leistungsfähigkeit der Anreiz-Beitrags-Theorie. In: Festing, M.; Martin, A.; Mayrhofer, W.; Nienhüser, W. (Hrsg.): Personaltheorie als Beitrag zur Theorie der Unternehmung. Festschrift für Prof. Dr. Wolfgang Weber zum 65. Geburtstag. 3. Auflage, Mering: Rainer Hampp Verlag, S. 13–41.
- Maruthappu, M.; Hasan, A.; Zeltner, T. (2015):** Enablers and barriers in implementing integrated care. In: Health Systems & Reform, Vol. 1, No. 4, S. 250–256.
- Matusiewicz, D.; Thielscher, C. (2017):** Electronic Health (E-Health) und Mobile Health (mHealth) – Ein Definitionsversuch. In: Matusiewicz, D.; Pittelkau, C.; Elmer, A. (Hrsg.): Die Digitale Transformation im Gesundheitswesen: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 3–6.
- May, C. (2013):** Agency and implementation: understanding the embedding of healthcare innovations in practice. In: Social Science & Medicine, Vol. 78, S. 26–33.
- Mayring, P. (2015):** Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12. Auflage, Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2016):** Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. Auflage, Weinheim: Beltz.
- Meffert, H.; Bruhn, M.; Hadwich, K. (2018):** Dienstleistungsmarketing: Grundlagen - Konzepte - Methoden. 9. Aufl. 2018, Wiesbaden: Springer Gabler.
- Meinefeld, W. (2017):** Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung. In: Flick, U.; Kardorff, E. von; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 12. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 265–275.

Mellewigt, T. (2003): Management von Strategischen Kooperationen: Eine ressourcenorientierte Untersuchung in der Telekommunikationsbranche, Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Meuser, M.; Nagel, U. (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D.; Kraimer, K. (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen, Wiesbaden: VS Verlag, S. 441–471.

Meuser, M.; Nagel, U. (2009): Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel, S.; Pickel, G.; Lauth, H.-J.; Jahn, D. (Hrsg.): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft, Wiesbaden: VS Verlag, S. 465–479.

Meuser, M.; Nagel, U. (2010): Experteninterview. In: Bohnsack, R.; Marotzki, W.; Meuser, M. (Hrsg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. 3. Auflage, Opladen: Budrich, S. 57–58.

Meyer, J. P. (2014): Employee commitment, motivation, and engagement: Exploring the links. In: Gagné, M. (Hrsg.): The Oxford handbook of work engagement, motivation, and self-determination theory, New York: Oxford University Press, S. 33–49.

Meyer, J. P.; Allen, N. J. (1991): A three-component conceptualization of organizational commitment. In: Human Resource Management Review, Vol. 1, No. 1, S. 61–89.

Meyer, J. P.; Gagné, M.; Parfyonova, N. M. (2010): Toward an evidence-based model of engagement: What we can learn from motivation and commitment research. In: Albrecht, S. (Hrsg.): Handbook of employee engagement. Perspectives, issues, research and practice, Cheltenham: Edward Elgar, S. 62–73.

Miklis, M. (2004): Coopetitive Unternehmungsnetzwerke: Problemorientierte Erklärungs- und Gestaltungserkenntnisse zu Netzwerkbeziehungen zwischen Wettbewerbern, Marburg: Metropolis.

Moore, Z.; Butcher, G.; Corbett, L. Q.; McGuinness, W.; Snyder, R. J.; van Acker, K. (2014): Exploring the concept of a team approach to wound care: Managing wounds as a team. In: Journal of Wound Care, Vol. 23 Suppl 5b, S. S1-S38.

Morin, D.; Saint-Laurent, L.; Bresse, M.-P.; Dallaire, C.; Fillion, L. (2007): The benefits of a palliative care network: a case study in Quebec, Canada. In: *International Journal of Palliative Nursing*, Vol. 13, No. 4, S. 190–196.

Morschett, D. (2005): Formen von Kooperationen, Allianzen und Netzwerken. In: Zentes, J. (Hrsg.): *Kooperationen, Allianzen und Netzwerke. Grundlagen - Ansätze - Perspektiven*. 2. Auflage, Wiesbaden: Gabler, S. 377–403.

Mühlbacher, A. (2002): Integrierte Versorgung: Management und Organisation: Eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung, Bern: Huber.

Niechzial, M. (2020): Digitalization in the Health Sector – Challenges and Perspectives. In: Thorhauer, Y.; Kexel, C. A. (Hrsg.): *Facetten der Digitalisierung*, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 113–132.

Nolte, E.; McKee, M. (2011): Making it happen. In: Nolte, E.; McKee, M. (Hrsg.): *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*, Maidenhead: Open University Press, S. 222–244.

Oborn, E.; Barrett, M.; Davidson, E. (2011): Unity in Diversity: Electronic Patient Record Use in Multidisciplinary Practice. In: *Information Systems Research*, Vol. 22, No. 3, S. 547–564.

Obrist, M. (2013): Aus Schnittstellen werden Nahtstellen. In: Grossmann, R.; Mayer, K.; Prammer, K. (Hrsg.): *Organisationsentwicklung konkret*, Wiesbaden: Springer VS, S. 157–177.

Obstfelder, A.; Moen, A. (2006): Electronic Patient Record in Community Health Services-Paradoxes and Adjustments in Clinical work. In: *Studies in Health Technology and Informatics*, Vol. 122, S. 626–631.

OECD (2005): Oslo Manual: Guidelines for Collecting and Interpreting Innovation Data, 3rd Edition. Organisation for Economic Co-operation and Development; Statistical Office of the European Communities, Luxembourg. In: http://www.oecd-ilibrary.org/science-and-technology/oslo-manual_9789264013100-en. Abgerufen am: 11.04.2018.

OECD (2019): Health at a Glance 2019: OECD.

- Oehme, H. K. (2019):** Steuerung im deutschen Gesundheitswesen? Zum eigensinnigen Verhalten des ärztlichen Homo oeconomicus, Kassel.
- Oetinger, B. v. (2003):** Die Fundamente der Strategie - Carl von Clausewitz' Begriff der Strategie als Maßstab für Unternehmensstrategie. In: Ringlstetter, M.; Henzler, H. A.; Mirow, M. (Hrsg.): Perspektiven der strategischen Unternehmensführung. Theorien, Konzepte, Anwendungen; Werner Kirsch zum 65. Geburtstag, Wiesbaden: Gabler, S. S. 3-24.
- Ommen, O.; Ullrich, B.; Janssen, C.; Pfaff, H. (2007):** Die ambulant-stationäre Schnittstelle in der medizinischen Versorgung: Probleme, Erklärungsmodell und Lösungsansätze. In: Medizinische Klinik, Vol. 102, No. 11, S. 913–917.
- Osterloh, F. (2014):** Was macht ein Wundexperte? In: Deutsches Ärzteblatt International, No. 1, S. 30.
- Ostwald, D. A. (2009):** Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Ozegowski, S.; Cardinal, D. (2019):** Elektronische Gesundheitsakte - Der erste Schritt zum digitalen Gesundheitswesen. In: Baas, J. (Hrsg.): Zukunft der Gesundheit. Vernetzt, digital, menschlich, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 55–71.
- Pajunen, K.; Fang, L. (2013):** Dialectical tensions and path dependence in international joint venture evolution and termination. In: Asia Pacific Journal of Management, Vol. 30, No. 2, S. 577–600.
- Panfil, E.-M. (2015):** Pflegeforschung. In: Panfil, E.-M.; Schröder, G. (Hrsg.): Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Lehrbuch für Pflegende und Wundexperten. 3. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber, S. 55-78.
- Panfil, E.-M.; Mayer, H.; Junge, W.; Laible, J.; Lindenberg, E.; Trümner, A.; Wordel, A.; Evers, G. C. M. (2002):** Die Wundversorgung von Menschen mit chronischen Wunden in der ambulanten Pflege-Pilotstudie. In: Pflege, Vol. 15, No. 4, S. 169–176.

- Paquet, R. (2011):** Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge: Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Peters, T.; Klenke, B. (2016):** eHealth und mHealth in der Gesundheitsförderung. In: Ghadiri, A.; Ternès, A.; Peters, T. (Hrsg.): Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 107–121.
- Picot, A.; Dietl, H.; Franck, E.; Fiedler, M.; Royer, S. (2012):** Organisation: Theorie und Praxis aus ökonomischer Sicht. 6. Auflage, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Pinsonneault, A.; Addas, S.; Qian, C.; Dakshinamoorthy, V.; Tamblyn, R. (2017):** Integrated health information technology and the quality of patient care: A natural experiment. In: Journal of Management Information Systems, Vol. 34, No. 2, S. 457–486.
- Pitum-Weber, S. (2011):** Management von Gesundheitsnetzwerken: Eine empirische Analyse in der deutschen Gesundheitswirtschaft, Dienheim: IATROS Verlag.
- Powell, W. W. (1990):** Neither market nor hierarchy: Network forms of organization. In: Research in Organizational Behavior, Vol. 12, S. 295–336.
- Preusker, U. K. (2015):** Das deutsche Gesundheitssystem verstehen: Strukturen und Funktionen im Wandel. 2. Auflage, Heidelberg: Medhochzwei.
- Pröll, U.; Ammon, U.; Maylandt, J. (2011):** Gesundheit bei der Arbeit als Thema von Kammern: Kleinbetriebliches Gesundheitsmanagement auf der Agenda beruflicher und wirtschaftlicher Selbstverwaltung, Wiesbaden: VS Verlag.
- Protz, K. (2019):** Moderne Wundversorgung: Praxiswissen, Standards und Dokumentation. 9. Auflage, München: Elsevier.
- Provan, K. G.; Beagles, J. E.; Leischow, S. J. (2011):** Network formation, governance, and evolution in public health: the North American Quitline Consortium case. In: Health Care Management Review, Vol. 36, No. 4, S. 315–326.
- Provan, K. G.; Kenis, P. (2008):** Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. In: Journal of Public Administration Research and Theory, Vol. 18, No. 2, S. 229–252.

- Przysucha, Mareike (2020):** EWundbericht (Projekt). In: [http://wiki.hl7.de/index.php?title=EWundbericht_\(Projekt\)](http://wiki.hl7.de/index.php?title=EWundbericht_(Projekt)). Abgerufen am: 15.06.2020.
- Purucker, J.; Böhm, M.; Bodendorf, F. (2009):** Praxisnetzstudie 2009 – Ein Benchmark zum Reifegrad von Praxisnetzen in Deutschland und der Schweiz. In: Schreier, G.; Hayn, D.; Ammenwerth, E. (Hrsg.): Tagungsband ehealth2009 & eHealthBenchmarking 2009, Wien: Österreichische Computer Gesellschaft, S. 141–146.
- Purwins, S.; Herberger, K.; Debus, E. S.; Rustenbach, S. J.; Pelzer, P.; Rabe, E.; Schäfer, E.; Stadler, R.; Augustin, M. (2010):** Cost-of-illness of chronic leg ulcers in Germany. In: International Wound Journal, Vol. 7, No. 2, S. 97–102.
- PwC (2018):** Das deutsche Gesundheitswesen auf dem Prüfstand. In: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/pwc-das-deutsche-gesundheitswesen-auf-dem-pruefstand.pdf>. Abgerufen am: 06.07.2020.
- Quilling, E.; Nicolini, H. J.; Graf, C.; Starke, D. (2013):** Praxiswissen Netzwerkarbeit, Wiesbaden: Springer VS.
- Ranscht, A.; Ostwald, D. A. (2010):** Die Gesundheitswirtschaft - ein Wachstums- und Beschäftigungstreiber? . In: Fischer, M. G.; Meyer, S. (Hrsg.): Gesundheit und Wirtschaftswachstum, Berlin: Springer, S. 31–50.
- Reiners, H. (2012):** Steuerung der medizinischen Versorgung und Ideologien: Zur politischen Ökonomie des Gesundheitswesens. In: Thielscher, C. (Hrsg.): Medizinökonomie. Band 1: Das System der medizinischen Versorgung. 2012, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 369–399.
- Reiners, H. (2019):** Steuerung der medizinischen Versorgung und Ideologien. In: Thielscher, C. (Hrsg.): Handbuch Medizinökonomie I: System der medizinischen Versorgung, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 1–26.
- Rief, A. (2008):** Entwicklungsorientierte Steuerung strategischer Unternehmensnetzwerke, Wiesbaden: Gabler.
- Ring, P. S.; Van de Ven, A. H. (1994):** Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. In: Academy of Management Review, Vol. 19, No. 1, S. 90–118.

Risse, A. (2016): Einschränkungen und Mängel: Auf welche Grenzen stößt die Versorgung chronischer Wunden? In: Gesellschaftspolitische Kommentare - gpk, Vol. 57, No. Sonderausgabe 2.

Ritter, W.; Lürßen, S.; Pöser, S. (2016): Soziale Innovationen durch eine nachhaltige Vernetzung: Von der Etablierung zur Verstetigung eines lernenden Netzwerks am Beispiel des Netzwerks Zukunft:PfleGe. In: Becke, G.; Bleses, P.; Freichs, F.; Goldmann, M.; Hinding, B.; Schweer, M. K. W. (Hrsg.): Zusammen - Arbeit - Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen, Wiesbaden: Springer VS, S. 89–107.

Rogers, E. M. (2003): Diffusion of innovations. Fifth edition, New York: Free Press.

Ross, S. E.; Schilling, L. M.; Fernald, D. H.; Davidson, A. J.; West, D. R. (2010): Health information exchange in small-to-medium sized family medicine practices: Motivators, barriers, and potential facilitators of adoption. In: International Journal of Medical Informatics, Vol. 79, No. 2, S. 123–129.

Rudin, R. S.; Bates, D. W. (2014): Let the left hand know what the right is doing: a vision for care coordination and electronic health records. In: Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA, Vol. 21, No. 1, S. 13–16.

Rüegg-Stürm, J.; Tuckermann, H.; Bucher, S.; Merz, J.; von Arx, W. (2009): Management komplexer Wertschöpfungsprozesse im Gesundheitswesen. In: Aemlung, V. E.; Sydow, J.; Windeler, A. (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation, Stuttgart: Kohlhammer, S. 181–209.

Rustemeyer, R. (1992): Praktisch-methodische Schritte der Inhaltsanalyse: Eine Einführung am Beispiel der Analyse von Interviewtexten, Münster: Aschendorff.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Gutachten 2007 (Kurzfassung): Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. In: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf. Abgerufen am: 03.03.2020.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Sondergutachten 2012 (Kurzfassung): Wettbewerb an der Schnittstelle

zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. In: [gesund-heit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf](https://www.gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf). Abgerufen am: 20.02.2020.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Gutachten 2014: ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. In: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf. Abgerufen am: 09.07.2020.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Gutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. In: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf. Abgerufen am: 20.02.2020.

Schang, L.; Sundmacher, L.; Grill, E. (2020): Neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor: ein innovatives Förderkonzept. In: *Gesundheitswesen*, Vol. 82, No. 6, S. 514–519.

Schicker, G. (2008a): Koordination und Controlling in Praxisnetzen mithilfe einer prozessbasierten E-Service-Logistik, Wiesbaden: Gabler.

Schicker, G. (2008b): Praxisnetze im Gesundheitswesen. In: Schubert, H. (Hrsg.): *Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen - Grundlagen und Praxisbeispiele*, Wiesbaden: VS Verlag, S. 146–166.

Schmid, S. (2005): Kooperationen: Erklärungsperspektive interaktionstheoretischer Ansätze. In: Zentes, J. (Hrsg.): *Kooperationen, Allianzen und Netzwerke. Grundlagen - Ansätze - Perspektiven*. 2. Auflage, Wiesbaden: Gabler, S. 235–256.

Schnell, R.; Hill, P. B.; Esser, E. (2018): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 11. Auflage, Berlin: De Gruyter.

Schnurr, S. (2011): *Singularisierung im Alter: Altern im Kontext des demographischen Wandels*, Berlin: LIT.

Schrader, S. (1993): Kooperation. In: Hauschildt, J.; Grün, O. (Hrsg.): *Ergebnisse empirischer betriebswirtschaftlicher Forschung. Zu einer Realtheorie der Unternehmung*, Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 221–254.

- Schreier, M. (2011):** Qualitative Stichprobenkonzepte. In: Naderer, G.; Balzer, E. (Hrsg.): Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis, Wiesbaden: Gabler, S. 241–256.
- Schreier, M. (2014):** Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. In: Forum Qualitative Sozialforschung, Vol. 15, No. 1.
- Schreyögg, G.; Koch, J. (2020):** Management: Grundlagen der Unternehmensführung. 8. Auflage, Wiesbaden: Springer Gabler.
- Schreyögg, G.; Noss, C. (1994):** Hat sich das Organisieren überlebt?: Grundfragen der Unternehmenssteuerung in neuem Licht. In: Die Unternehmung: Swiss Journal of Business Research and Practice, Vol. 48, No. 1, S. 17–33.
- Schreyögg, G.; Sydow, J.; Koch, J. (2003):** Organisatorische Pfade - Von der Pfadabhängigkeit zur Pfadkreation. In: Schreyögg, G.; Sydow, J. (Hrsg.): Strategische Prozesse und Pfade, Wiesbaden: Gabler, S. 257–294.
- Schreyögg, J. (2009):** Mobilisierung von Netzwerkressourcen in einem vertikal integrierten Gesundheitsnetzwerk – Das Beispiel der US-Veteran Health Administration. In: Amelung, V. E.; Sydow, J.; Windeler, A. (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation, Stuttgart: Kohlhammer, S. 211–221.
- Schreyögg, J.; Weinbrenner, S.; Busse, R. (2017):** Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung. In: Busse, R.; Schreyögg, J.; Stargardt, T. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis. 4. Auflage, Berlin: Springer, S. 106–149.
- Schubert, C.; Vogd, W. (2009):** Die Organisation der Krankenbehandlung. In: Amelung, V. E.; Sydow, J.; Windeler, A. (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation, Stuttgart: Kohlhammer, S. 25–49.
- Schubert, H. (2008):** Netzwerkkooperation - Organisation und Koordination von professionellen Vernetzungen. In: Schubert, H. (Hrsg.): Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen - Grundlagen und Praxisbeispiele, Wiesbaden: VS Verlag, S. 7–105.

Schubert, Herbert; Veil, Katja (2013): Beziehungsbrücken zwischen Lebenswelten und Systemwelt im urbanen Sozialraum. In: <https://www.sozialraum.de/beziehungsbruecken-zwischen-lebenswelten-und-systemwelt-im-urbanen-sozialraum.php>. Abgerufen am: 21.09.2020.

Schuhmann, A. (2008): Einleitung. In: Schuhmann, A. (Hrsg.): Vernetzte Improvisationen. Gesellschaftliche Subsysteme in Ostmitteleuropa und in der DDR, Köln: Böhlau, S. 9–20.

Schumpeter, J. A. (1997): Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung: Eine Untersuchung über Unternehmergeinn, Kapital, Kredit, Zins und den Konjunkturzyklus. 9. Auflage (Nachdruck d. 1934 erschienen 4. Auflage), Berlin: Duncker & Humblot.

Schwartz, F. W.; Kickbusch, I.; Wismar, M.; Krugmann, C. S. (2012): Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In: Schwartz, F. W.; Walter, U.; Siegrist, J.; Kolip, P.; Leidl, R.; Dierks, M.-L.; Busse, R.; Schneider, N.; Abelin, T. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. Auflage, München: Elsevier Urban & Fischer, S. 243–258.

Schwarz, M.; Howaldt, J. (2013): Soziale Innovationen im Fokus nachhaltiger Entwicklung. Herausforderung und Chance für die soziologische Praxis. In: Rückert-John, J. (Hrsg.): Soziale Innovation und Nachhaltigkeit. Perspektiven sozialen Wandels, Wiesbaden: Springer VS, S. 53–70.

Schwerk, A. (2000): Dynamik von Unternehmenskooperationen, Berlin: Duncker & Humblot.

Sheaff, R.; Schofield, J. (2016): Inter-Organizational Networks in Health Care: Program Networks, Care Networks, and Integrated Care. In: Ferlie, E.; Montgomery, K.; Pedersen, A. R. (Hrsg.): The Oxford handbook of health care management, Oxford: Oxford University Press, S. 434–459.

Sibbald, R. G.; Orsted, H.; Schultz, G. S.; Coutts, P.; Keast, D. (2003): Preparing the wound bed 2003: Focus on infection and inflammation. In: Ostomy/Wound Management, Vol. 49, No. 11, S. 24–51.

Southon, G.; Perkins, R.; Galler, D. (2005): Networks: A key to the future of health services. In: Australian Health Review, Vol. 29, No. 3, S. 317–326.

Springer Medizin (2019): EBM vs. GOÄ: Wundversorgung abrechnen. In: MMW Fortschritte der Medizin, Vol. 161, No. 15, S. 21.

Staar, H.; Atzpodien, H. C. (2017): Vernetzte Zusammenarbeit erfolgreich gestalten – eine Analyse der Relevanz sozialer Fertigkeiten der Mitglieder in Gesundheitsnetzwerken. In: Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO), Vol. 48, No. 1, S. 25–40.

Staber, U. (2000): Steuerung von Unternehmensnetzwerken: Organisationstheoretische Perspektiven und soziale Mechanismen. In: Sydow, J.; Windeler, A. (Hrsg.): Steuerung von Netzwerken. Konzepte und Praktiken, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 58–87.

Staehe, W. H.; Conrad, P.; Sydow, J. (1999): Management: Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive. 8. Auflage, München: Vahlen.

Stahl, J. (2014): Organisationaler Wandel durch Koalitionsbildung: Eine anreizbeitrags-theoretische Erklärung mitarbeiterinduzierter Veränderungsprozesse, Wiesbaden: Springer Gabler.

Stamann, C.; Janssen, M.; Schreier, M. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse – Versuch einer Begriffsbestimmung und Systematisierung. In: Forum Qualitative Sozialforschung, Vol. 17, No. 3.

Statistisches Bundesamt (2019): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Haushalte und Familien, Ergebnisse des Mikrozensus 2018. In: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publicationen/Downloads-Haushalte/haushalte-familien-2010300187004.pdf?__blob=publicationFile. Abgerufen am: 09.07.2020.

Statistisches Bundesamt (2020): Bevölkerungsstand 2015. In: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1594197017102&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12411-0005&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb>. Abgerufen am: 08.07.2020.

- Statistisches Bundesamt (2022):** Krankheitskostenrechnung 2015. In: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23631-0002#abreadcrumb>. Abgerufen am: 04.01.2023.
- Stock, S.; Redaelli, M. (2019):** Kooperation der Gesundheitsberufe. In: Baas, J. (Hrsg.): Zukunft der Gesundheit. Vernetzt, digital, menschlich, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 251–273.
- Stock-Homburg, R. (2010):** Personalmanagement: Theorien - Konzepte - Instrumente. 2. Auflage, Wiesbaden: Gabler.
- Stock-Homburg, R.; Groß, M. (2019):** Personalmanagement: Theorien – Konzepte – Instrumente. 4. Auflage, Wiesbaden: Springer Gabler.
- Storck, M.; Dissemond, J.; Gerber, V.; Augustin, M. (2019):** Kompetenzlevel in der Wundbehandlung. In: Gefäßchirurgie, Vol. 24, No. 5, S. 388–398.
- Storck, M.; Schmidt, M. (2016):** Wundversorgung modern organisiert: TOMORROW: Telemedizin bietet Chancen der kooperativen Vernetzung. In: Gesellschaftspolitische Kommentare - gpk, Vol. 57, No. Sonderausgabe 2, S. 24–26.
- Strübing, J.; Hirschauer, S.; Ayaß, R.; Krähnke, U.; Scheffer, T. (2018):** Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. In: Zeitschrift für Soziologie, Vol. 47, No. 2, S. 83–100.
- Swoboda, B. (2005):** Kooperation: Erklärungsperspektiven grundlegender Theorien, Ansätze und Konzepte im Überblick. In: Zentes, J. (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke. Grundlagen - Ansätze - Perspektiven. 2. Auflage, Wiesbaden: Gabler, S. 35–64.
- Sydow, J. (1992):** Strategische Netzwerke: Evolution und Organisation. Nachdruck, Wiesbaden: Gabler.
- Sydow, J. (1995):** Netzwerkorganisation: interne und externe Restrukturierung von Unternehmungen. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium: Zeitschrift für Studium und Forschung, Vol. 24, No. 12, S. 629–634.
- Sydow, J. (2001):** Management von Unternehmungsnetzwerken – Auf dem Weg zu einer reflexiven Netzwerkentwicklung? In: Howaldt, J.; Kopp, R.; Flocken, P. (Hrsg.): Kooperationsverbände und regionale Modernisierung. Theorie und Praxis der Netzwerkarbeit, Wiesbaden: Gabler, S. 79–101.

Sydow, J. (2003): Dynamik von Netzwerkorganisationen-Entwicklung, Evolution, Strukturation. In: Hoffmann, W. H. (Hrsg.): Die Gestaltung der Organisationsdynamik. Konfiguration und Evolution, Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 327–356.

Sydow, J. (2004): Network development by means of network evaluation? Explorative insights from a case in the financial services industry. In: Human Relations, Vol. 57, No. 2, S. 201–220.

Sydow, J. (2010a): Editorial – Über Netzwerke, Allianzsysteme, Verbünde, Kooperationen und Konstellationen. In: Sydow, J. (Hrsg.): Management von Netzwerkorganisationen. Beiträge aus der Managementforschung. 5. Auflage, Wiesbaden: Gabler, S. 1–6.

Sydow, J. (2010b): Management von Netzwerkorganisationen – Zum Stand der Forschung. In: Sydow, J. (Hrsg.): Management von Netzwerkorganisationen. Beiträge aus der Managementforschung. 5. Auflage, Wiesbaden: Gabler, S. 373–470.

Sydow, J.; Duschek, S. (2011): Management interorganisationaler Beziehungen: Netzwerke, Cluster, Allianzen, Stuttgart: Kohlhammer.

Sydow, J.; Duschek, S.; Möllering, G.; Rometsch, M. (2003): Kompetenzentwicklung in Netzwerken, Wiesbaden: VS Verlag.

Sydow, J.; Lerch, F. (2013): Netzwerkzeuge – Zum reflexiven Umgang mit Methoden und Instrumenten des Netzwerkmanagements. In: Sydow, J.; Duschek, S. (Hrsg.): Netzwerkzeuge, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 9–17.

Sydow, J.; Schübler, E.; Müller-Seitz, G. (2016): Managing inter-organizational relations: Debates and cases, New York: Palgrave Macmillan.

Sydow, J.; Windeler, A. (1994): Über Netzwerke, virtuelle Integration und Interorganisationsbeziehungen. In: Sydow, J.; Windeler, A. (Hrsg.): Management interorganisationaler Beziehungen. Vertrauen, Kontrolle und Informationstechnik, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 1–21.

Sydow, J.; Windeler, A. (1997): Komplexität und Reflexivität - Management interorganisationaler Netzwerke. In: Ahlemeyer, H. W.; Königswieser, R. (Hrsg.): Komplexität managen. Strategien, Konzepte und Fallbeispiele, Wiesbaden: Gabler, S. 147–162.

Sydow, J.; Windeler, A. (Hrsg.) (2000a): Steuerung von Netzwerken: Konzepte und Praktiken, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Sydow, J.; Windeler, A. (2000b): Steuerung von Netzwerken - Perspektiven, Konzepte, vor allem aber offene Fragen. In: Sydow, J.; Windeler, A. (Hrsg.): Steuerung von Netzwerken. Konzepte und Praktiken, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 1–24.

Sydow, J.; Windeler, A. (2003): Reflexive development of interfirm networks: The role of managers and consultants. In: Buono, A. F. (Hrsg.): Enhancing interfirm networks and interorganizational strategies, Greenwich: Information Age Publishing, S. 169–186.

Sydow, J.; Windeler, A.; Krebs, M.; Loose, A.; Well, B. (1995): Organisation von Netzwerken: Strukturationstheoretische Analysen der Vermittlungspraxis in Versicherungsnetzwerken, Wiesbaden: VS Verlag.

Sydow, J.; Zeichhardt, R. (2013): Netzwerkservices als Netzwerkzeuge – Maßgeschneiderte Unterstützung für das Netzwerk- und Clustermanagement. In: Sydow, J.; Duschek, S. (Hrsg.): Netzwerkzeuge, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 97–114.

Sydow, Jörg; Auschra, Carolin (2015): Zum Nutzen von Rehabilitationsnetzwerken – Netzwerkevaluation aus betriebswirtschaftlicher Perspektive: Forum E, Beitrag E5-2015. DVfR - Deutsche Vereinigung für Rehabilitation. In: <http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-e5-2015/>. Abgerufen am: 02.11.2017.

Tasselli, S.; Kilduff, M.; Menges, J. I. (2015): The Microfoundations of Organizational Social Networks. In: Journal of Management, Vol. 41, No. 5, S. 1361–1387.

Teckert, Ö. (2020): More information continuity through health networks? Barriers to implementation and use of health IT. In: Studies in Health Technology and Informatics, Vol. 270, S. 633–637.

Teller, M.; Gillwald, K.; Höppner, W.; Longmuß, J.; Poelchau, J.; Stauber, M. (2005): Projekt BeNN – Wissenschaftliche Begleitforschung, Moderation und Coaching regionaler Netzwerke auf dem Gebiet neuer Nutzungsstrategien: Abschlussbericht, Berlin.

- Teller, M.; Longmuß, J. (2007):** Netzwerkmoderation: Netzwerke zum Erfolg führen, Augsburg: ZIEL.
- Thibaut, J. W.; Kelley, H. H. (1959):** The social psychology of groups, New York: John Wiley & Sons.
- Thomson, A. M.; Perry, J. L. (2006):** Collaboration processes: Inside the black box. In: Public Administration Review, Vol. 66, No. s1, S. 20–32.
- Thun, S. (2009):** Medizinische Dokumentation und Kommunikation. In: Haas, P.; Johner, C. (Hrsg.): Praxishandbuch IT im Gesundheitswesen. Erfolgreich einführen, entwickeln, anwenden und betreiben, München: Hanser, S. 131–162.
- Thun, S.; Dewenter, H. (2017):** Syntaktische und semantische Interoperabilität. In: Müller-Mielitz, S.; Lux, T. (Hrsg.): E-Health-Ökonomie, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 669–682.
- Tiberius, V. A. (2008):** Prozesse und Dynamik des Netzwerkwandels, Wiesbaden: Gabler.
- Tiggles, W. P. (2016):** Wundnetze mit Standards für Effizienz und Lebensqualität: Bedeutung von Wundnetzen für die Versorgung chronischer Wunden. In: Gesellschaftspolitische Kommentare - gpk, Vol. 57, No. Sonderausgabe 2, S. 39–41.
- Tjaden, G. (2003):** Erfolgsfaktoren Virtueller Unternehmen: Eine theoretische und empirische Untersuchung, Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Tsasis, P.; Evans, J. M.; Owen, S. (2012):** Reframing the challenges to integrated care: a complex-adaptive systems perspective. In: International Journal of Integrated Care, Vol. 12, S. e190.
- Tscheulin, D. K.; Rost, M. (2001):** Versorgungsnetze als Weg zu marktwirtschaftlicher Entwicklungsdynamik. In: Kreyher, V. J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren, Heidelberg: v. Decker Hüthig, S. 339–363.
- Vahs, D.; Weiand, A. (2020):** Workbook Change Management. 3. Auflage, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Van de Ven, A. H. (1992):** Suggestions for studying strategy process: A research note. In: Strategic Management Journal, Vol. 13, No. S1, S. 169–188.

- Van de Ven, A. H.; Walker, G. (1984):** The Dynamics of interorganizational coordination. In: *Administrative Science Quarterly*, Vol. 29, No. 4, S. 598–621.
- van Raak, A.; Paulus, A. (2001):** A sociological systems theory of interorganizational network development in health and social care. In: *Systems Research and Behavioral Science*, Vol. 18, No. 3, S. 207–224.
- van Raak, A.; Paulus, A.; Mur-Veeman, I. (2005):** Why do health and social care providers co-operate? In: *Health Policy*, Vol. 74, No. 1, S. 13–23.
- Varkey, P.; Horne, A.; Bennet, K. E. (2008):** Innovation in health care: A primer. In: *American Journal of Medical Quality*, Vol. 23, No. 5, S. 382–388.
- Vazquez, M.-L.; Vargas, I.; Garcia-Subirats, I.; Unger, J.-P.; de Paepe, P.; Mogollon-Perez, A. S.; Samico, I.; Eguiguren, P.; Cisneros, A.-I.; Huerta, A.; Muruaga, M.-C.; Bertolotto, F. (2017):** Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. In: *Social Science & Medicine*, Vol. 182, S. 10–19.
- Vlaar, P. W. L.; van den Bosch, F. A. J.; Volberda, H. W. (2007):** On the evolution of trust, distrust, and formal coordination and control in interorganizational relationships. In: *Group & Organization Management*, Vol. 32, No. 4, S. 407–428.
- Vogd, W. (2006):** Teilnehmende Beobachtung. In: Schmitz, S.-U.; Schubert, K. (Hrsg.): *Einführung in die Politische Theorie und Methodenlehre*, Opladen: Budrich, S. 89–109.
- von Reibnitz, C. (2015):** Case-Management. In: Panfil, E.-M.; Schröder, G. (Hrsg.): *Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Lehrbuch für Pflegende und Wundexperten*. 3. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber, S. 513–531.
- von Reibnitz, C.; Skowronsky, A. (2018):** Wirtschaftliche und rechtliche Aspekte der Wundversorgung. In: von Reibnitz, C.; Skowronsky, A. (Hrsg.): *Wundversorgung von A - Z*, Berlin: Springer, S. 153–178.
- Walendzik, A.; Wasem, J. (2019):** Die Weiterentwicklung der Vergütung der ambulanten ärztlichen Versorgung. In: *GGW: Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft*, Vol. 19, No. 4, S. 7–14.

Walter, U.; Schwartz, F. W.; Plaumann, M. (2012): Prävention: Institutionen und Strukturen. In: Schwartz, F. W.; Walter, U.; Siegrist, J.; Kolip, P.; Leidl, R.; Dierks, M.-L.; Busse, R.; Schneider, N.; Abelin, T. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. Auflage, München: Elsevier Urban & Fischer, S. 259–287.

Wambach, Veit (2011): Prolog: Vernetzte Versorgung. Agentur deutscher Arztnetze e.V. In: https://www.nav-virchowbund.de/uploads/files/bhv_2011_wambach.pdf. Abgerufen am: 28.11.2017.

Weatherly, J. N.; Knetsch, M. (2017): Definitionen im Versorgungsmanagement. In: Weatherly, J. N. (Hrsg.): Versorgungsmanagement in der Praxis des Deutschen Gesundheitswesens, Wiesbaden: Springer VS, S. 11-17.

Weiss, D.; Tilin, F.; Morgan, M. J.; Janssen, C. (2019): Interprofessionelle Gesundheitsversorgung: Management und Leadership, Bern: Hogrefe.

Wensing, M.; Klazinga, N.; Wollersheim, H.; Grol, R. (2005): Organisational and financial interventions. In: Grol, R.; Wensing, M.; Eccles, M. (Hrsg.): Improving patient care. The implementation of change in clinical practice, Edinburgh: Elsevier, S. 173–184.

Wernitz, M. H.; Pelz, J. (2015): Gesundheitsökonomie und das deutsche Gesundheitswesen: Ein praxisorientiertes Lehrbuch für Studium und Beruf. 2. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.

Westbrook, J. I.; Braithwaite, J.; Gibson, K.; Paoloni, R.; Callen, J.; Georgiou, A.; Creswick, N.; Robertson, L. (2009): Use of information and communication technologies to support effective work practice innovation in the health sector: A multi-site study. In: BMC Health Services Research, Vol. 9, No. 1, S. 201–210.

Wiedemann, R.; Bohnet-Joschko, S. (2019): Emergente Strukturen in der Wundversorgung : Beratung zu und Verschreibung von Medizinprodukten im Pflegeheim. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 52, No. 8, S. 737–742.

Wierdsma, A.; Mulder, C.; Vries, S. de; Sytma, S. (2009): Reconstructing continuity of care in mental health services: a multilevel conceptual framework. In: Journal of Health Services Research & Policy, Vol. 14, No. 1, S. 52–57.

Wille, E. (2013): Wege zur Einbeziehung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMPs) in die integrierte Versorgung: Gutachten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV), Mannheim.

Williams, I. (2011): Organizational readiness for innovation in health care: Some lessons from the recent literature. In: Health Services Management Research, Vol. 24, No. 4, S. 213–218.

Williamson, O. E. (1990): Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus, Tübingen: Mohr.

Wilm, S.; Jork, K. (1987): Mangelnde Kooperationsfähigkeit der Ärzte in der Gesundheitserziehung - ein Resultat ihrer Ausbildung? In: Laaser, U.; Sassen, G.; Murza, G.; Sabo, P. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitserziehung, Berlin: Springer, S. 453–460.

Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung: Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. In: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission__KOMV__-_Dezember_2019.pdf. Abgerufen am: 26.07.2021.

Wohlgemuth, O.; Hess, T. (1999): Erfolgsbestimmung in Kooperationen: Entwicklungsstand und Perspektiven. Nr. 6/1999, Abteilung Wirtschaftsinformatik II der Universität Göttingen.

Woratschek, H.; Roth, S. (2005): Kooperationen: Erklärungsperspektive der Neuen Institutionenökonomik. In: Zentes, J. (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke. Grundlagen - Ansätze - Perspektiven. 2. Auflage, Wiesbaden: Gabler, S. 141–166.

World Health Organization (o.J.): National eHealth Strategy Toolkit. In: <https://www.who.int/ehealth/brochure.pdf?ua=1>. Abgerufen am: 20.07.2020.

Wüstefeld, M. (2016): Die rechtlichen Aspekte: Medizinische Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden. In: Gesellschaftspolitische Kommentare - gpk, Vol. 57, No. Sonderausgabe 2, S. 71–73.

Zentes, J.; Swoboda, B.; Morschett, D. (2005): Perspektiven der Führung kooperativer Systeme. In: Zentes, J. (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke. Grundlagen - Ansätze - Perspektiven. 2. Auflage, Wiesbaden: Gabler, S. 935–962.

Zimmermann, A. (2011): Kooperationen erfolgreich gestalten: Konzepte und Instrumente für Berater und Entscheider, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Zundel, P. (1999): Management von Produktions-Netzwerken: Eine Konzeption auf Basis des Netzwerk-Prinzips, Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Anhang

A1 Hinweise auf IKT in Wundnetzwerken

Wundnetz	Quellen(n)	Kontext
Wundnetz Rheinland-Pfalz e. V.	Webseite – Reiter Forschung (06.03.2018)	Aufgaben des Vereins: Telemedizin/E-Health
Fußnetz Bayern e. V.	Satzung § 2 Punkt 1.1. Satzung § 2 Punkt 1.4. Webseite – Reiter Telemedizin (06.03.2018)	„Anwendung elektronischer Dokumentationssoftware zur Langzeitverlaufsbeobachtung bestimmter Krankheitsbilder“ „Verwendung einheitlicher Dokumentationssoftware, der EDV-Programme Konrad oder DPV“ „Mit diesem neuen Dokumentationsprogramm können Sie die Wunden Ihrer Patienten „online“ auf einem speziellen von uns mitgestalteten Wunddokumentationsprogramm, (...) dokumentieren.“
Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein GmbH	Webseite – Wundkonzept/Wundkompetenz (07.03.2018)	Vorgehensweise: „Dokumentation zur Qualitätssicherung, Kostenerfassung und zentrales Datenmanagement“
Netzwerk Diabetischer Fuß Köln und Umgebung e. V.	Qualitätsbericht 2009, S. 23 Organisation und Finanzierung Qualitätsbericht 2009, S.49 Ausblick	„Sowohl für die Datenerhebung (Konrad) als auch für die Auswertung wurden Computerprogramme geschrieben. Konrad wird seit 2003 eingesetzt.“ „Weiterentwicklung der elektronischen Dokumentation zu einer Webbasierten Plattform“
Wundzentrum am Klinikum Links der Weser	Webseite - Reiter Diagnostische und therapeutische Bereiche-Wundzentrum (08.03.2018)	„Weiter ist ein elektronischer Datentransfer in Vorbereitung.“
Wundnetz Mittelthüringen e. V.	Vereinssatzung § 2 Zweck des Vereins	„(...) Ermöglichung eines elektronischen Datenaustausches im Netzwerk (unter Beachtung der Schweigepflicht und der datenschutzrechtlichen Bestimmungen).“
Wundnetz Augsburg (AG des ICW)	Ergebnisprotokoll der Sitzung vom 21.09.15	„Ein bekannter Software-Entwickler entwickelt zurzeit, (...), ein interessantes Dokumentationsprogramm, das unter Einbeziehung der Kriterien „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ von ausgewählten Mitgliedern des Wundnetzes getestet werden soll.“
Wund- und Lymphzentrum Osnabrück e. V.	Aufnahmekriterien Punkt 3 (einzeln für Ärzte, Physiotherapeuten, Podologie etc.)	„Verpflichtung zur Dokumentation im idokument sofern es sich um Netzwerkpatienten handelt.“
Wundkompetenznetz Passau e. V.	Kriterien Mitglieder „medizinisch aktives Mitglied“	- Einheitliches Dokumentationssystem des WKN Passau e. V. - Fotodokumentation nach Verfahrensanweisung „Fotodokumentation“ des Wundkompetenznetzes Passau e. V.

A2 Hinweise auf Spannungsverhältnisse für Beobachtungsanalyse

Spannungsverhältnis	Beobachtbar durch
Vielfalt - Einheit	<p>Vielfalt: Aussagen und Handlungen, die die einzelnen Akteure in den Vordergrund stellen; Betonung von Besonderheiten und Heterogenität; Beharren auf eigenen Positionen; sprachliche und kulturelle Unterschiede und Routinen</p> <p>Einheit: Aussagen und Handlungen, die sich auf das Netzwerk und die Zusammengehörigkeit beziehen; Betonung des Gemeinsamen und der (zukünftigen) Zusammenarbeit; Bereitschaft erkennbar, aufeinander zuzugehen und Prozesse zu harmonisieren</p>
Flexibilität - Spezifität	<p>Flexibilität: Aussagen und Handlungen, die Flexibilität des Einzelnen betonen und darauf hindeuten, dass das Netzwerk einen offenen Charakter ohne Verbindlichkeiten vorweist</p> <p>Spezifität: Aussagen und Handlungen, die auf vereinbarte und verbindliche Standards und spezifische, arbeitsteilige Regeln z. B. im Behandlungsprozess hindeuten; klare Aufgaben- und Rollendefinitionen sind erkennbar; festgelegte Netzwerkaktivitäten</p>
Autonomie - Abhängigkeit	<p>Autonomie: Aussagen und Handlungen, die dies betonen und Individualität in den Vordergrund stellen</p> <p>Abhängigkeit: Aussagen und Handlungen, die sich auf Abhängigkeiten der Netzwerkakteure beziehen (bzw. am Behandlungsprozess Beteiligten), z. B. aufgrund durch Standardisierung oder Prozessharmonisierung</p>
Vertrauen - Kontrolle	<p>Vertrauen: Aussagen und Handlungen, die auf ein Vertrauensverhältnis zwischen den Mitgliedern hindeuten, z. B. Vertrauen in Kompetenzen, in Qualität der Versorgung oder übermittelte Informationen</p> <p>Kontrolle: Aussagen und Handlungen, die eher auf Kontrolle statt auf Vertrauen setzen, indem z. B. die Behandlung von anderen Leistungserbringern überprüft wird; auch mögliche Ängste bzgl. einer möglichen Kontrolle durch eine Zusammenarbeit</p>
Kooperation - Wettbewerb	<p>Wettbewerb: Aussagen und Handlungen, die konkurrierende Aspekte deutlich machen, inter- und intra-professionell; Beharren auf eigenen Argumenten und Ansichten, Herausstellen der eigenen Kompetenzen und Stellung</p> <p>Kooperation: Aussagen und Handlungen, die auf gemeinsame Ziele und das Zugehen auf die Netzwerkmitglieder hindeuten; Kompromissbereitschaft</p>
Stabilität - Fragilität	<p>Stabilität: Aussagen und Handlungen, die darauf hindeuten, dass die Vernetzung verstetigt ist</p> <p>Fragilität: Aussagen und Handlungen, die darauf hindeuten, dass die Vernetzung eher fragil ist, indem sie z. B. in Frage gestellt wird oder häufige Mitgliederwechsel (Eintritte/Austritte) zu beobachten sind</p>
Formalität - Informalität	<p>Formalität: Aussagen und Handlungen, die auf einen hohen Formalisierungsgrad hindeuten, z. B. durch formellen Beitritt, Betonung von Verbindlichkeiten oder (befürchteter) starrer Strukturen</p> <p>Informalität: Aussagen und Handlungen, die auf eine informelle Zusammenarbeit hindeuten, z. B. durch eher informelle Interaktionen</p>
Demokratie - Hierarchie	<p>Demokratie: Aussagen und Handlungen, die darauf hindeuten, dass die hierarchisch geprägten Rollenverteilungen im Gesundheitswesen zumindest im Rahmen der Vernetzung und Diskussionen aufgelöst werden; gleichberechtigte Zusammenarbeit; Kompetenzen und nicht angestammte Rolle stehen im Vordergrund</p> <p>Hierarchie: Aussagen und Handlungen, die hierarchische Rollen bzw. Machtverhältnisse aufgreifen oder betonen</p>

A3 Interviewleitfaden

Fragenblock	Fragen	Mögliche Nachfragen zur Vertiefung bzw. Kategorien oder Beispiele zur systematischen Nachfrage
1. Einstieg	Was verbinden Sie mit dem Begriff Kooperation bzw. Netzwerk?	
2. Nutzenperspektive (Anreize)	<ul style="list-style-type: none"> • Welchen Nutzen sehen Sie in der interprofessionellen Zusammenarbeit in Ihrem Netzwerk? • Was meinen Sie, haben die einzelnen Mitglieder oder Gruppen des Netzwerks davon? • Welche Anreize würden Sie sich wünschen bzw. was glauben Sie könnte weitere Personen dazu bewegen Ihrem Netzwerk beizutreten? 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Anreize sind bedeutsamer? Eher materielle wie Geld, Stellenvorteile, Arbeitsplatzsicherheit oder immaterielle/ideelle wie Auszeichnungen, Prestige, persönliche Macht, Vertrautheit und positives Arbeitsklima
3. Fragen zum Netzwerk allgemein	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Ziele verfolgen Sie im Netzwerk? • Wie finanzieren Sie sich? • Wie erleben Sie die Zusammenarbeit bei sich im Netzwerk? • Wie würden Sie den Zusammenhalt und das Vertrauen untereinander beschreiben? • In welchen konkreten Situationen kann es vielleicht auch mal Konflikte geben? • Welche allgemeinen Probleme oder Barrieren sehen Sie für die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen? • Wie sehen Sie Ihre Rolle? Wie würden Sie Ihre Aufgaben als <i>Vorstandsvorsitzender/AG-Sprecher/Koordinator</i> im Netzwerk schildern? 	<ul style="list-style-type: none"> • Worauf liegt Ihr Fokus? • Wie hat sich die Zusammenarbeit im Laufe der Zeit entwickelt? • Können Sie inter- oder intraprofessionelle Unterschiede feststellen?
4. IKT Teil 1	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzen Sie IKT bzw. eHealth-Anwendungen in Ihrem Netzwerk? • Wenn ja, welche konkreten Anwendungen? • Falls nein: War das denn bei Ihnen überhaupt schon mal ein Thema? • Falls eingeführt: Haben Sie danach Veränderungen im Netzwerk feststellen können? • Falls nachgedacht, aber doch nicht eingeführt: Warum wurde es nicht eingeführt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfragen: Gemeinsame Homepage – Internetportal mit geschlossenem Mitgliederbereich, Elektronische Patientendokumentation, zentrale und integrierende elektronische Informationsspeicherung für Controlling, Abrechnung, Terminplanung oder Telekonsil? • Mögliche Veränderungen ansprechen hinsichtlich: Umgang miteinander, Informationsverhalten, Kommunikationsverhalten, Abstimmungsprozesse, Spannungen, Rollenverteilung
5. Selektion	<ul style="list-style-type: none"> • Wie gewinnen Sie neue Mitstreiter? Ganz plakativ: Kann bei Ihnen jeder 	<ul style="list-style-type: none"> • Warum sind gerade diese wichtig?

Fragenblock	Fragen	Mögliche Nachfragen zur Vertiefung bzw. Kategorien oder Beispiele zur systematischen Nachfrage
	<p>mitmachen oder müssen neue Mitglieder Bedingungen erfüllen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommt es auch vor, dass Sie Partner ablehnen oder ausladen? • Bei Nutzung bestimmter IT-Systeme: Müssen Investitionen seitens der LE getätigt werden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wurde das Vorgehen im Laufe der Zeit angepasst? • Falls ja: Wie sehen diese Investitionen konkret aus, also wofür (Software, Hardware) und in welcher Höhe und wer muss diese tätigen? Wann fallen diese Investitionen an?
6. Allokation	<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie in Ihrem Netzwerk einen gemeinsamen Versorgungsprozess definiert? • Wie wurden die Rollen und Verantwortlichkeiten im Versorgungsprozess festgelegt? • Wie werden Aufgaben, z. B. die Organisation von Veranstaltungen bei Ihnen im Netzwerk verteilt? • Welche Berufsgruppen würden Sie dabei als besonders aktiv bzw. engagiert bezeichnen? • Falls es finanzielle Rückflüsse geben sollte, wie werden diese verteilt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Falls IT: Wird der Prozess auch elektronisch abgebildet? • Falls IT: Nutzen Sie das System auch für die Terminplanung oder Vertretungsplanung? Gibt es ein Frühwarnsystem? • Nach Kompetenzen oder Berufsbezeichnungen? Freiwillige Übernahme oder Zuweisung?
7. Regulation	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Art von Treffen gibt es bei Ihnen und wie oft? • Gibt es in Ihrem Netzwerk bestimmte einzuhaltende Standards, Leitfäden oder andere Regeln? • Inwiefern müssen diese Regeln etc. eingehalten werden? • Falls vorhanden: Wie laufen Abstimmungsprozesse ab, wenn Sie Standards und Leitfäden verfassen oder Regeln aufstellen? Bringt eher ein Einzelner den Stein ins Rollen oder werden Ideen in Gremien gesammelt? • Wie werden Entscheidungen grundsätzlich bei Ihnen getroffen? Wer entscheidet letztendlich? • Wie belohnen Sie die Einhaltung von Regeln und Standards oder das besondere Engagement z. B. in Gremien? • Wie gestaltet sich das Wissensmanagement in Ihrem Netzwerk? • Falls IT: Wie erfolgt der Zugriff auf Informationen? Gibt es ein Rechtemanagement? 	<ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Arten: Qualitätszirkel, Informationstreffen, Workshops, Steuerungsgruppe • Falls ja: Wie sanktionieren Sie die Nichteinhaltung? • Ist dies schon einmal vorgekommen? • Falls IT: Werden Leitfäden oder vereinbarte Standards auch elektronisch abgebildet?
8. Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Wie evaluieren Sie die Netzwerkaktivitäten? Welche Erfolgskennzahlen nutzen Sie? 	

Fragenblock	Fragen	Mögliche Nachfragen zur Vertiefung bzw. Kategorien oder Beispiele zur systematischen Nachfrage
	<ul style="list-style-type: none"> • Wie vergleichen Sie denn die Leistungserbringer untereinander? • Wenn IT-System: Welche IT-spezifischen Kennzahlen nutzen Sie? • Nutzen Sie die medizinischen Daten auch für die Forschung? • Wie ist es um das Nutzungsverhalten der Mitglieder bestellt? • Haben sich Ihre persönlichen Erwartungen an eine Zusammenarbeit insgesamt erfüllt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn nicht: Könnten Sie sich das zukünftig vorstellen? Wie würden die LE Ihrer Ansicht nach darauf reagieren? • Möglichkeiten: Statische Daten, dynamische Daten (Prozesse und Aktivitäten), Übersichten über Arzneimittelkosten, für Vergütungs-/Honorierungssystem (insb. bei Netzwerken mit Budgetverantwortung)
9. IKT Teil 2	<ul style="list-style-type: none"> • Wie können IKT Ihrer Ansicht nach die Zusammenarbeit in der Wundversorgung unterstützen? • Welche Einsatzbereiche sind denkbar? • Wie weitreichend sollte die IT-Unterstützung sein? Reine Dokumentation und Datenaustausch (also Unterstützung des Informationsflusses und der Kommunikation), Prozessunterstützung oder gar entscheidungsunterstützend? • Welche möglichen Probleme bzw. Barrieren sehen Sie bei dem Einsatz von IKT? • Unter welchen Umständen würden Sie die IT-Unterstützung befürworten? 	<ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Nachfrage: Könnten IKT vielleicht die Zusammenarbeit erst ermöglichen? • Könnten Sie sich auch Telemedizinische Anwendungen wie Telemonitoring, Telekonsultation vorstellen? • Warum?
Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> • Welches sind Ihrer Meinung nach die Schlüsselfaktoren für ein erfolgreiches Netzwerk in der Wundversorgung? • Was müsste sich generell ändern, um die Kooperationen im Gesundheitswesen zu fördern? • Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas, was Sie mir gerne mitteilen möchten, was Ihnen wichtig ist, und was bisher nicht zur Sprache gekommen ist? 	

A4 Zuordnung Interviewfragen zu Forschungsfragen

Forschungsfragen	Detailfragen (explorativ/explorativ-analytisch)		Leitfadenfragen (u. a. um Beobachtungen ergänzt)
F1: Warum entstehen Wundnetze unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren, welche Ziele verfolgen sie und wie lassen sie sich charakterisieren?	F 1 1	Was assoziieren die Wundnetze mit dem Begriff des Netzwerks bzw. der Kooperation?	Fragenblock 1: Einstiegsfrage
	F 1 2	Warum und unter welchen (sozialen) Bedingungen kommen Austauschbeziehungen in Wundnetzwerken zustande?	Fragenblock 2 Fragenblock 3: 3-5 Fragenblock 10: 1
	F 1 3	Wie werden die Austauschbeziehungen angesichts des sozialen Nutzens und der sozialen Kosten inhaltlich ausgestaltet?	Fragenblock 6: 1-3,5 Fragenblock 7: 1-2 Fragenblock 8: 4
	F 1 4	Welche Vorteile bzw. Anreize sprechen für die Entstehung und den Beitritt in ein Wundnetzwerk?	Fragenblock 2: 1-3
	F 1 5	Welche Anreize sind netzwerkübergreifend oder einzelne Professionen und Disziplinen berücksichtigend besonders relevant?	Fragenblock 2: 2
	F 1 6	Welche Beiträge leisten die Mitglieder?	Fragenblock 6: 3-4 Fragenblock 7: 1-3
	F 1 7	Gibt es besonders engagierte Berufsgruppen?	Fragenblock 6: 4
	F 1 8	Welchen Stellenwert nehmen ökonomische Aspekte bei der Gründung und Evolution von Wundnetzwerken ein?	Fragenblock 2: Nachfrage
	F 1 9	Welche Transaktionskostenarten lassen sich im Kontext der Wundnetzwerke identifizieren und welche Relevanz haben diese für die Netzwerkteilnehmer?	Fragenblock 4: 2 Fragenblock 6: 1-3,5 Fragenblock 7: 1-3 Fragenblock 8: 6 Fragenblock 9: 3
	F 1 10	Wie wirken sich Unsicherheiten, Transaktionspezifität und -häufigkeit in den Wundnetzwerken auf die Transaktionskosten aus?	Fragenblock 4: 2 Fragenblock 6: 1-3,5 Fragenblock 7: 1-3 Fragenblock 8: 6 Fragenblock 9: 3
	F 1 11	Welche Merkmale sind für die Beschreibung von Wundnetzwerken relevant und wie lassen sich diese sinnvoll kombinieren?	Fragenblöcke 3-8 Schriftlicher Fragebogen
	F 1 12	Welche Parallelitäten und Wirkungszusammenhänge lassen sich zwischen den Netzwerken rekonstruieren?	Vergleich: Fragenblöcke 3-8 Schriftlicher Fragebogen
F 1 12	Welche Ober- und Teilziele verfolgen die Wundnetze? Wirken diese handlungsleitend?	Fragenblock 3: 1 + Nachfrage	
F 2: Wie wird das Netzwerkmanagement in den Wundnetzen interpretiert und gestaltet?	F 2 1	Wie wird die Rolle des Netzwerkmanagements interpretiert?	Fragenblock 3: 7
	F 2 2	Wie ist das Management in den Wundnetzwerken organisiert?	Fragenblock 3: 7 Fragenblock 6: 3
	F 2 3	Wie akquirieren und selektieren die Wundnetze neue Mitglieder?	Fragenblock 5
	F 2 4	Wie werden Aufgaben und Verantwortlichkeiten verteilt?	Fragenblock 6: 2-3
	F 2 5	Werden Rollen im netzwerkseitigen Versorgungsprozess festgelegt?	Fragenblock 6: 2

Forschungsfragen	Detailfragen (explorativ/explorativ-analytisch)		Leitfadenfragen (u. a. um Beobach- tungen ergänzt)
	F 2 6	Welche Spielregeln wurden in Bezug auf die Kooperation vereinbart?	Fragenblock 7: 2-3
	F 2 7	Evaluieren die Wundnetze den Netzwerkerfolg?	Fragenblock 8: 1-3
	F 2 8	Falls eine Erfolgsbewertung erfolgt, anhand welcher Kriterien wird der Erfolg beurteilt und mit welchen Indikatoren wird er gemessen?	Fragenblock 8: 1-3, 6
	F 2 9	Welche Erfolgsfaktoren sind in der Praxis besonders relevant?	Fragenblock 10: 1
	F 2 10	Lassen sich die literaturgestützt, auf Wundnetzwerke übertragenen Spannungsverhältnisse auch in der Realität identifizieren und ggf. ergänzen? Wie äußern sie sich und welche sind besonders relevant?	Fragenblock 3: 3-6 u. Nachfrage 2 Fragenblock 5-7 Beobachtungen
F 3: Wie verändern sich Wundnetzwerke im Laufe ihres Netzwerkgeschehens und lassen sich zentrale Veränderungsmomente herausstellen?	F 3 1	Welche Veränderungen durchlaufen die Netzwerke im Laufe der Zeit?	s. F 1 7: Fragenblock 6: 1-3,4 Fragenblock 7: 1-2 Fragenblock 8: 4
	F 3 2	Gibt es eine ähnliche Entwicklungsrichtung in den Wundnetzen?	s. F 1 7 + F 1 8 + F 1 9: Fragenblöcke 3-8
	F 3 3	Auf welche Ereignisse bzw. Veränderungsmomente lassen sich die Entwicklungen zurückführen?	Fragenblöcke 3-8 Extraktion von Ursachen und Wirkungen
	F 3 4	Wie beeinflussen die Managementpraktiken die Netzwerkentwicklung?	Fragenblöcke 3-8 Extraktion von Ursachen und Wirkungen
	F 3 5	Wie und durch wen wurden die Entwicklungsprozesse eingeleitet?	Fragenblöcke 3-8 Extraktion von Ursachen und Wirkungen
F 4: Wofür und in welchem Ausmaß nutzen die Wundnetze Informations- und Kommunikationstechnologien? Wie wirkt sich die Einführung dieser auf das Netzwerk und die Netzwerkmitglieder aus und welche Barrieren stehen der Einführung und Nutzung entgegen?	F 4 1	Welchen Stellenwert nehmen Informations- und Kommunikationstechnologien in den Wundnetzwerken ein?	Fragenblock 4 Fragenblock 9
	F 4 2	Welche IKT-Anwendungen sind vorhanden?	Fragenblock 4: 1-2 und Nachfrage
	F 4 3	Welche Bedeutung wird IKT allgemein für die kooperative Wundversorgung beigemessen? Welche Einsatzbereiche werden als sinnvoll erachtet?	Fragenblock 4: 3 Fragenblock 9
	F 4 4	Wie sind diejenigen Netzwerke, die eine elektronische Wunddokumentation eingeführt haben, vorgegangen?	Fragenblock 4
	F 4 5	Wird oder wurde diese auch von den Mitgliedern genutzt? In welchem Umfang?	Fragenblock 8: 5 Fragenblock 9: 4
	F 4 6	Wie verändert der Versuch einer digitalen Vernetzung die Spannungsverhältnisse in der Alltagswelt der Wundnetzwerke?	Fragenblock 4: 4 Beobachtungen
	F 4 7	Welche Barrieren standen der Einführung und/oder Nutzung entgegen?	Fragenblock 9: 4

A5 Interviewliste

(anonymisiert)

Nr.	Bezeichnung	Datum	Dauer in Min.
1	1. Vorsitzender	16.04.2018	104
2	Netzwerkkordinator	17.04.2018	130
3	2. Vorsitzender	29.05.2018	74
	Unterstützung des Vorstandes		
4	Geschäftsführer Managementgesellschaft	18.06.2018	90
5	Mitglied des Vorstandes	31.07.2018	105
6	Geschäftsführer Managementgesellschaft	01.08.2018	109
7	1. Vorsitzender	08.08.2018	98
8	Geschäftsführer Managementgesellschaft	20.08.2018	124
9	AG-Leiter und Sprecher	24.08.2018	97
10	1. Vorsitzender	07.09.2018	110

A6 Kurzfragebogen

Versorgungsstruktur des Netzwerks - Datum:	Nr.:
Sektoren	
Intrasektoral <input type="checkbox"/>	
Intersektoral <input type="checkbox"/>	
Vertretene Professionen/Disziplinen	
Klinikärzte <input type="checkbox"/>	
Niedergelassene Ärzte <input type="checkbox"/>	
Wundexperten(MFA) <input type="checkbox"/>	
Podologen <input type="checkbox"/>	
Pflegende aus Kliniken und Heimen <input type="checkbox"/>	Ambulante Pflegende <input type="checkbox"/>
Sanitätsfachhandel <input type="checkbox"/>	
Orthopädische Schuhmacher <input type="checkbox"/>	
Industrie <input type="checkbox"/>	
Lymphtherapeuten <input type="checkbox"/>	
Apotheker <input type="checkbox"/>	
Ernährungsberater <input type="checkbox"/>	
Krankenkassen <input type="checkbox"/>	
Weitere: _____	
Anzahl Mitglieder	
Geographische Abdeckung	
Regional <input type="checkbox"/>	
Überregional <input type="checkbox"/>	

A7 Kategoriensystem für Interviewanalyse

Deduktiv + induktiv (IN) gebildete Kategorien

Hauptkategorie	Unterkategorie 1	Unterkategorie 2	Unterkategorie 3	Zuordnung Forschungsfragen	
1. BN - Begriffsverständnis Netzwerk/Kooperation	1.1. Zusammenarbeit			F 1 1	
	1.2. Gemeinsame Ziele				
	1.3. Arbeitsteilung				
	1.4. Schaffung eines Mehrwerts				
	1.5. Sonstiges (IN)				
2. NZ- Nutzen der interprofessionellen Zusammenarbeit	2.1. Vorteile (Anreize)	2.1.1. Medizinische Vorteile		F 1 3 F 1 5 F 1 8 F 1 9 F 1 10	
		2.1.2. Medizinischer und betriebswirtschaftlicher Austausch			
		2.1.3. Soziale Vorteile			
		2.1.4. Finanzielle Vorteile			
		2.1.5. Zukunftssicherung			
		2.1.6. Sonstige Aussagen zu Vorteilen (IN)			
	2.2. Nachteile (Beiträge)	2.2.1. Zeitlicher Aufwand			F 1 6 F 1 7 F 1 9 F 1 10
		2.2.2. Finanzieller Aufwand			
		2.2.3. Prozessanpassungen			
		2.2.4. Einschränkung der Autonomie			
3. NT- Netzwerktypologie	3.1. Ziele	3.1.1. Zielgeleitetes Vorgehen		F 1 13 F 1 12 (Vergleich) F III (Vergleich)	
		3.1.2. Qualitäts- und Serviceziele			
		3.1.3. Ökonomische Ziele			
		3.1.4. Strukturelle Ziele			
	3.2. Finanzierung	3.2.1. Mitgliedsbeiträge			F 1 9 F 1 10 F 1 11 F 1 12 (Vergleich)
		3.2.2. Sponsoren			
		3.2.3. Öffentliche Projektgelder			
		3.2.4. Sonderzahlungen der Kostenträger			
		3.2.5. Sonstiges			
	3.3. Organisations-/Rechtsform	3.3.1. (Noch) keine feste			F III (Vergleich)
		3.3.2. Eingetragener Verein			
		3.3.3. GmbH			
		3.3.4. Sonstige			
	3.4. Akteure/Mitglieder	3.4.1. Klinikärzte			
		3.4.2. Niedergelassene Ärzte			
		3.4.3. Wundexperten (MFA)			
3.4.4. Podologen					

Hauptkategorie	Unterkategorie 1	Unterkategorie 2	Unterkategorie 3	Zuordnung Forschungsfragen	
		3.4.5. Pflegende aus Kliniken und Heimen			
		3.4.6. Ambulante Pflegende			
		3.4.7. Sanitätsfachhandel			
		3.4.8. Orthopädische Schuhmacher			
		3.4.9. Industrie			
		3.4.10. Lymphtherapeuten			
		3.4.11. Apotheker			
		3.4.12. Ernährungsberater			
		3.4.13. Krankenkassen			
		3.4.14. Anzahl gesamt			
	3.5. Geographische Abdeckung	3.5.1. Regional			
		3.5.2. Überregional			
	3.6. Form der Vernetzung	3.6.1. Intrasektoral			
		3.6.2. Intersektoral			
4. KN-Koordination des Netzwerks	4.1. Strukturelle Dimensionen	4.1.1. Austauschbeziehungen	4.1.1.1. Informationsaustausch	F 1 9 F 1 10 F 1 11 F 1 13	
			4.1.1.2. Wissens-/Kompetenzerwerb	F 1 12 (Vergleich)	
			4.1.1.3. Versorgungsleistung	F 2 10 F III (Vergleich)	
			4.1.1.4. Forschungsaktivitäten	F 1 11	
			4.1.2. Formalisierungsgrad		F 1 12 (Vergleich)
			4.1.3. Hierarchie- und Machtstruktur		F 2 10
			4.1.4. Kommunikation		F III (Vergleich)
	4.2. Kulturelle Dimensionen	4.2.1. Vertrauen			
		4.2.2. Konflikte			
		4.2.3. Commitment			
5. NM-Netzwerkmanagement	5.1. Managementpraktiken	5.1.1. Selektion		F 2 3; F 2 10; F III (Vergleich)	
		5.1.2. Allokation		F 2 2; F 2 4; F 2 5; F 2 10; F III (Vergleich)	
		5.1.3. Regulation		F 2 6; F 2 10; F III (Vergleich)	
		5.1.4. Evaluation		F 2 7; F 2 8; F III (Vergleich)	
	5.2. Rolle des Netzwerkmanagements	5.2.1. Moderieren			F 2 1
		5.2.2. Integrieren			
		5.2.3. Motivieren			
		5.2.4. Richtung geben (IN)			
		5.2.5. Administrieren (IN)			
		5.2.6. Fortbestand sichern (IN)			

<i>Hauptkategorie</i>	<i>Unterkategorie 1</i>	<i>Unterkategorie 2</i>	<i>Unterkategorie 3</i>	<i>Zuordnung Forschungsfragen</i>
		5.2.7. Entscheiden (IN)		
6. IKT- Informations- und Kommunikationstechnologien	6.1. Einsatz von IKT im Netzwerk	6.1.1. Relevanz im Netzwerk		F 4 1 F 4 4 F 4 5
		6.1.2. Website		F 4 2
		6.1.3. Geschlossener Mitgliederbereich		
		6.1.4. Elektronische Patientendokumentation		
		6.1.5. Elektronische Terminplanung		
		6.1.6. Informationsdatenbank		
		6.1.7. Elektronisches Controlling/Reporting		
		6.1.8. Telekonsil		
	6.2. Potenziale von IKT	6.2.1. Rolle der IKT		F 4 3
		6.2.2. Reichweite der IKT		
	6.3. Barrieren des IKT-Einsatzes	6.3.1. Ökonomische/Zeitliche Barrieren		F 4 7
		6.3.2. Technische Barrieren		
		6.3.3. Personenbezogene Barrieren		
6.3.4. Datenschutz				
7. NFE-Netzwerkförderempfehlungen für das deutsche Gesundheitswesen	7.1. Sektorale Integration		Ergänzend	
	7.2. Verringerung der Spezialisierung			
	7.3. Änderung der Vergütungsstruktur			
8. EV-Erfolgsfaktoren der Vernetzung	8.1. Vision und klare Ziele		F 2 9	
	8.2. (Wahl der) Netzwerkpartner			
	8.3. Vertrauensvolle Kommunikation			
	8.4. Informations- und Kommunikationstechnologien			
	8.5. Netzwerkmanagement/-steuerung			
	8.6. Notwendigkeit einer Win-Win-Situation/Anreize			
	8.7. Zusammenarbeit auf Augenhöhe			
	8.8. Beachtung regionaler Besonderheiten (IN)			