

Aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und
Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät Charité –
Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Die Verbreitung von Globalbudgets in der psychiatrischen
Versorgung in Deutschland – eine qualitative Studie mittels
der Innovationsdiffusionstheorie nach Rogers

The diffusion of global budgets in psychiatric care in
Germany – a qualitative study based on Rogers' innovation
diffusion theory

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Farideh Carolin Afraz

aus Bochum

Datum der Promotion: 25. Juni 2023

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	V
Zusammenfassung	VIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Anbietervielfalt psychiatrischer Versorgung und ihre Herausforderungen	1
1.1.1 Psychiatrische Regelversorgung.....	1
1.1.2 Notwendigkeit neuer Konzepte für sektorenübergreifende Versorgung	2
1.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Versorgung	3
1.3 Globales Behandlungsbudget für sektorenübergreifende Versorgung	4
1.3.1 Ordnungspolitischer Rahmen.....	5
1.3.2 Status quo implementierter GTB-Modellvorhaben in Deutschland.....	6
1.3.3 Ausgestaltung des GTB als innovatives Finanzierungsmodell.....	8
1.3.4 Ausgestaltung des GTB als innovatives Versorgungsmodell.....	9
1.4 Aktueller Forschungsstand zum GTB	11
1.5 Fragestellung.....	13
2 Theorie und Methoden	14
2.1 Theoretischer Rahmen.....	14
2.2 Qualitative Methoden.....	15
2.2.1 Studienpopulation und Feldzugang.....	15
2.2.2 Interviewleitfaden.....	16
2.2.3 Datenanalyse	19
2.2.4 Ethikberatung und Datenschutz	20
3 Ergebnisse	21
3.1 Relative Vorteile und ihr Einfluss auf die GTB-Diffusion.....	24
3.1.1 Subkategorien des relativen Vorteils nach Rogers	24

3.1.2	Antrieb zum Systemwechsel durch gesteigerte Versorgungsqualität.....	27
3.1.3	Hometreatment im GTB als geeignete Alternative zu StäB	29
3.1.4	Einfluss der Kostenentwicklung im GTB auf die GTB-Diffusion	31
3.2	Wahrgenommene Risiken und ihr Einfluss auf die GTB-Diffusion.....	32
3.2.1.	Einfluss der Teilbarkeit.....	32
3.2.2	Einfluss der Reversibilität.....	34
3.2.3.	Einfluss des ökonomischen Risikos	35
4	Diskussion	37
4.1	Kurzzusammenfassung der Ergebnisse	37
4.2	Interpretation der Ergebnisse	37
4.3	Einbettung der Ergebnisse in den bisherigen Forschungsstand.....	41
4.4	Stärken und Schwächen der Studie	44
4.5	Implikationen für die Praxis und zukünftige Forschung	47
5	Schlussfolgerungen	52
	Literaturverzeichnis	53
	Eidesstattliche Versicherung	63
	Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen.....	64
	Auszug aus der Journal Summary List	65
	Druckexemplar der Publikation.....	66
	Lebenslauf.....	79
	Komplette Publikationsliste.....	80
	Danksagung	81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Sektorenübergreifende Versorgungs- und Finanzierungsmodelle in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland und ihre Rechtsgrundlagen. Eigene Darstellung.	4
Tabelle 2:	Übersicht über § 64b SGB V-Modellvorhaben, sortiert nach Startdatum. Eigene Darstellung auf der Grundlage der Daten des InEK gemäß § 64b Absatz 3 SGB V (Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland, 2019), der Publikation Schmid et al. 2013 (Schmid, Steinert et al., 2013) und eigener Aktualisierung. Stand: März 2022.	7
Tabelle 3:	Beispielversion eines Interviewleitfadens für Direktorinnen und Direktoren einer psychiatrischen Klinik – Early Adopter, Late Adopter oder Failed Adopter. Die linke Spalte enthält die deduktiv festgelegten Hauptkategorien und Unterkategorien aus dem Rogers-Modell. Die rechte Spalte enthält die daraus abgeleiteten Fragen.	17
Tabelle 4:	Zusammensetzung des Samples. Aus Afraz et. al 2021 (Afrac, Vogel et al., 2021).	21
Tabelle 5:	Übersicht aller Code-Kategorien und der jeweiligen Code-Anzahl, die bei der Analyse der Interview-Transkripte identifiziert wurden. Aus Afraz et. al 2021 (Afrac, Vogel et al., 2021).	22

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Komplexe Struktur des psychiatrischen Versorgungssystems in Deutschland. Eigene Darstellung modifiziert nach dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018).2
- Abbildung 2: Schematische Gestaltung der psychiatrischen Versorgung innerhalb eines GTB. Eigene Darstellung modifiziert nach Berghöfer et al. 2020 (Berghöfer, Afraz et al., 2020). 10
- Abbildung 3: Fünfstufiges Rogers-Modell des Innovationsentscheidungsprozesses. Eigene Darstellung modifiziert nach Rogers, 2003 (Rogers, 2003). 14

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AB	Priv.-Doz. Dr. Anne Berghöfer
ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.
AV	Amyr Vogel
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
CD	Prof. Dr. Carsten Dreher
Covid-19	<i>Coronavirus disease 2019</i>
DAV	Deutscher Apothekerverband
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease-Management-Programm
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen (<i>diagnosis-related-groups</i>)
EVA64	Bundesweit einheitliche Wissenschaftliche Evaluation von Modellvorhaben nach § 64b SGB V
EvaMod64b	Evaluation der Modellversorgung nach § 64b SGBV
FCA	Farideh Carolin Afraz
FIT	Flexible und integrierte Behandlung (<i>innovative flexible and integrative forms of treatment</i>)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FKG	Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz)
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz)

GTB	Globales Behandlungsbudget (<i>global treatment budget</i>)
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IV	Integrierte Versorgung
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)
KHG	Krankenhausgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OVP	Optimierte Versorgung in der Psychiatrie
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherung
PPP-RL	Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie)
PsychEntgG	Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz)
PsychKVVerbG	Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung psychisch Kranker
Psych-PV	Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung)
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
RPB	Regionales Psychiatriebudget
RSA	Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung

SARS-CoV-2	<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2</i>
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
StäB	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Zusammenfassung

Hintergrund: Um sektorenübergreifende Versorgung zu stärken, bietet das deutsche psychiatrische Versorgungssystem seit 2003 die Möglichkeit, mit Krankenkassen und regionalen Leistungserbringern ein globales Behandlungsbudget (global treatment budget GTB, auch bekannt als regionales Psychiatrie-Budget RPB) vertraglich zu vereinbaren. Diese Vergütungsform ermöglicht eine integrierte Versorgung psychiatrischer Patientinnen und Patienten, in dieser Ausgestaltung neuerdings auch als innovative flexible und integrierte Therapie (FIT) bezeichnet. Trotz der Entwicklung neuer rechtlicher Rahmenbedingungen (Modellvorhaben nach § 64b SGB V seit 2012), die zum Ziel haben, die Einführung sektorenübergreifender Versorgung zu fördern, und der bereits erbrachten Evidenz über die damit einhergehende Verbesserung der Versorgungsqualität ist das GTB bisher in Deutschland nicht weit verbreitet. Das Ziel dieser Studie ist es daher, ein Spektrum relevanter Einflussfaktoren auf die GTB-Verbreitung des in Deutschland zu ermitteln.

Material und Methoden: Es wurden Experteninterviews mit 19 Akteurinnen und Akteuren aus neun deutschen Regionen mit oder ohne etabliertem GTB-Modellvorhaben durchgeführt. Der dabei verwendete Interviewleitfaden basiert insbesondere auf der Theorie von Rogers zur Innovationsdiffusion und wurde um den Ansatz des Innovationssystems erweitert. Die Auswertung erfolgte anhand des inhaltsanalytischen Ansatzes von Mayring. Die deduktiv von Rogers Modell abgeleiteten Code-Kategorien wurden induktiv um Kategorien aus dem Interviewmaterial angereichert.

Ergebnisse: Die relativen Vorteile des GTB wie Beobachtbarkeit, optimierte Patientenoutcomes und Behandlungsflexibilität scheinen Entscheidungsträger potenziell vom GTB-Vertragsabschluss zu überzeugen und werden somit als förderliche Faktoren für die Diffusion identifiziert. Dem gegenüber stehen wahrgenommene Risiken wie die als gering angesehene Erprobbarkeit sowie ökonomische Aspekte der Kliniken als diffusionshinderliche Faktoren. Die Teilbarkeit wurde kontrovers beurteilt. Als Nachteil für eine breitere Diffusion des GTB erwies sich die Multiakteurskonstellation im deutschen Gesundheitswesen. Hingegen erwiesen sich eine Monopolstellung des kontrahierenden Leistungsanbieters in der Versorgungsregion sowie eine Non-Profit-Trägerschaft als günstige Rahmenbedingungen.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Die Rogers Theorie der Diffusion von Innovationen erwies sich als Grundlage für die angewandte qualitative

Forschungsmethodik als ein passgenaues Modell. Die Diffusion der integrierten Versorgung auf Basis eines GTB kann durch die schrittweise Einführung der komplexen Versorgungsform über Teilbudgets, eine verbesserte akteursübergreifende Kommunikation sowie die Reduktion der Multiakteurskonstellation optimiert werden. Letzteres ist insbesondere durch eine Reform der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Modellvorhaben förderbar. Es konnten Hypothesen für weiterführende Forschungsfragen generiert werden.

Abstract

Background: In order to strengthen cross-sectoral care, since 2003 the German mental health care system has offered the possibility of agreeing a global treatment budget (GTB, also known as regional psychiatry budget RPB) with health insurance funds and regional service providers by means of contracting. This form of payment enables integrated care for psychiatric patients, recently also referred to as innovative flexible and integrated therapy (FIT). Despite the development of new legal frameworks (model projects according to § 64b SGB V since 2012) to facilitate the introduction of cross-sectoral care, and the evidence already available regarding the improvement in the quality of patient care, GTB has not been widely used in Germany to date. The aim of this study is to identify a spectrum of relevant factors influencing the diffusion of GTB in Germany.

Material and Methods: Expert interviews were conducted with 19 stakeholders from nine German regions with or without an established GTB model project. An interview guide, based in particular on Rogers' theory of innovation diffusion and extended to include the innovation system approach, was used. The evaluation was based on Mayring's content analytic approach. The code categories deductively derived from Rogers' model were inductively enriched by categories from the interview material.

Results: The relative benefits of GTB such as observability, improved patient outcomes, and treatment flexibility appear to potentially persuade decision makers to contract GTB and are identified as facilitating diffusion. This is contrasted with perceived risks such as the deemed low trialability of GTB and economic aspects of clinics as factors hindering diffusion. The divisibility was judged controversially. The multi-actor constellation in the German health care system proved to be a disadvantage for further diffusion of the GTB. Whereas a monopoly position of the contracting service provider in the care region as well as a non-profit sponsorship are favourable framework conditions.

Discussion and Conclusions: The Rogers' theory of diffusion of innovations proved to be a fitting model as a basis for the applied qualitative research methodology. The diffusion of integrated care based on a GTB can be improved by the gradual introduction of the complex form of care via partial budgets, improved cross-actor communication, and the reduction of the multi-actor constellation. The latter can also be promoted by improving the legal framework for the model projects. Hypotheses for follow-up research questions could be generated.

1 Einleitung

1.1 Anbietervielfalt psychiatrischer Versorgung und ihre Herausforderungen

1.1.1 Psychiatrische Regelversorgung

Die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gliedert sich in Deutschland in unterschiedliche Bereiche, die sich sowohl im Hinblick auf Versorgungsaspekte als auch hinsichtlich der Finanzierung maßgeblich voneinander unterscheiden. Grundsätzlich kann zwischen ambulanter Versorgung für leichtere Krankheitsfälle und stationärer Akutversorgung für schwerere Fälle unterschieden werden. Ergänzt wird dieses Angebot u.a. durch Rehabilitationsmaßnahmen, Integrationshilfe und Sozialhilfe, teils getragen durch den öffentlichen Sektor (Amelung, Hildebrandt et al., 2012; Busse & Blümel, 2014). Die Rechtsgrundlage dieser Maßnahmen fußt wiederum auf unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern und damit auf einer Vielfalt an Finanzierungsträgern, was zu einem hoch komplexen und fragmentierten Versorgungssystem führt (Abbildung 1).

Insbesondere Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen oder psychosozialen Problemen, mitunter multimorbide, sind mit der Komplexität der Anbieterstruktur und der damit einhergehenden hoch fragmentierten Versorgung potenziell überfordert. Durch zahlreiche Sektorenübergänge und den daraus resultierenden möglichen Versorgungsbrüchen steht diese Form von Versorgungszersplitterung einem langfristigen Behandlungserfolg entgegen (Busse & Blümel, 2014; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018). Im Übrigen führt der grundsätzlich nicht zentral auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit ausgelegte Ressourceneinsatz zwangsläufig zu überhöhten Kosten auf Seiten der Leistungsträger (Schröder & Fleßa, 2017). Diese fragmentierte Versorgungsstruktur samt ihrer getrennten Finanzierungsträger wird daher oft als ein Haupthindernis auf dem Weg zu einer stärker patientenzentrierten psychiatrischen Versorgung in Deutschland identifiziert und daher als Herausforderung angegangen (Brückner, 2012; Deister & Wilms, 2015).

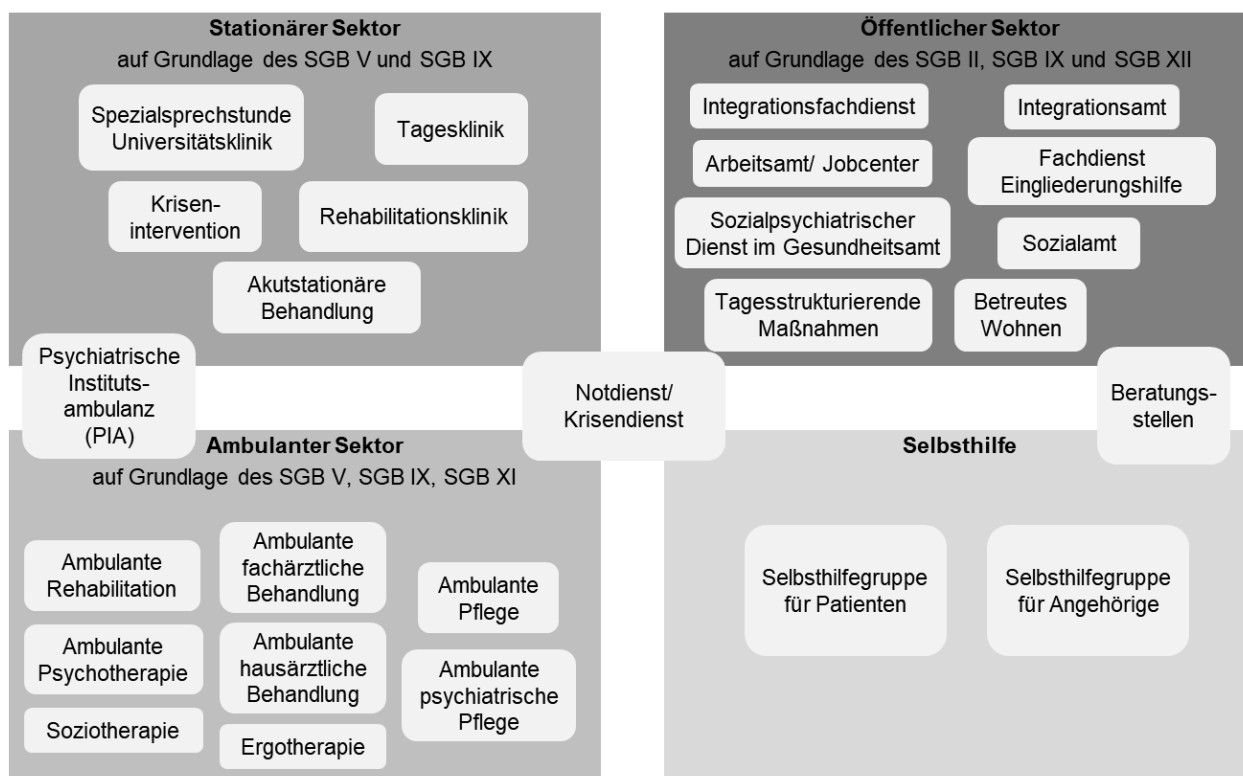


Abbildung 1: Komplexe Struktur des psychiatrischen Versorgungssystems in Deutschland. Eigene Darstellung modifiziert nach dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018).

1.1.2 Notwendigkeit neuer Konzepte für sektorenübergreifende Versorgung

Seit dem Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland in den 1970-er Jahren, der sogenannten Psychiatrie-Enquete, hat sich der Zeitgeist rund um die psychiatrische und psychosoziale Versorgung maßgeblich gewandelt. Laut dem Bericht der Enquete-Kommission des deutschen Bundestages von 1975 gehören eine gemeindenahere Versorgung bei gleichzeitiger Enthospitalisierung von Langzeitpatienten zu den wichtigsten dort formulierten Reformzielen für eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Der Fokus sollte, sofern medizinisch indiziert und möglich, auf ambulanter Versorgung nah an der Lebensrealität der Patientinnen und Patienten liegen. Eine optimierte Kooperation aller Leistungserbringer sollte die Sektorenübergänge erleichtern (Deutscher Bundestag, 1975). Seitdem wurde die Enthospitalisierung als Leitziel etabliert sowie mehr Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben ermöglicht.

In der Regelversorgung stellen die Kooperation sowie Koordination der weiterhin zersplitterten Landschaft der Leistungserbringer allerdings nach wie vor eine große,

mitunter unüberwindbare Herausforderung für hilfebedürftige Menschen mit Behandlungsbedarf dar. In der Regel behandeln die unterschiedlichen leistungserbringenden Institutionen isoliert voneinander ohne ganzheitlichen Blick für das sektorenübergreifende Gesamtversorgungskonzept des Patienten. In der Regelversorgung herrscht vorrangig Institutions- statt Patientenzentriertheit (Greve, 2014). Case Manager oder Beratungszentren, die als Orientierungshilfe die Koordination der individuellen therapeutischen Bedürfnisse unterstützen können, sind in der Regelversorgung nicht etabliert und stehen, wenn überhaupt, nur exklusiv in selektivvertraglichen Versorgungsmodellen für ausgewählte Patientengruppen zur Verfügung (Fisher & Elnitsky, 2012; Rutz, 2001; Weinmann & Gaebel, 2005).

Das deutsche Gesundheitssystem stellt sich seit Langem der Herausforderung, die beschriebene Fragmentierung in der psychiatrischen Versorgung zu überwinden (Brandhorst, Hildebrandt et al., 2017; Güntert, 2006). Es besteht insbesondere für chronisch Erkrankte der Bedarf an innovativen sektorenübergreifenden sowie gemeindenahen Leistungsangeboten (Deister, 2019) und insgesamt Veränderungsbedarf für eine zukunftsfähige Form der psychiatrischen Versorgung in Deutschland (Deister, 2018). Solche Versorgungsmodelle sollten möglichst niedrigschwellig sein und Behandlungskontinuität gewährleisten, um vermeidbare stationäre Aufenthalte zu ersetzen oder zumindest die Dauer stationärer Aufenthalte zu reduzieren (Greve, 2018). Die Ausgestaltung eines derartigen therapeutischen Angebots ist allerdings direkt abhängig von geeigneten und langfristigen Finanzierungs- und Vergütungsansätzen.

1.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Versorgung

In den letzten Jahren wurden verschiedene sektorenübergreifende Versorgungs- und Finanzierungsmodelle mit dem Ziel eingeführt, psychiatrische Versorgung zu optimieren (Berghöfer, Göckler et al., 2020). Gesetzesgrundlagen für beispielsweise die Abschlussmöglichkeit von Selektivverträgen zur integrierten Versorgung (IV-Verträge) oder bundesweite strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme, DMP) gehören dazu (Tabelle 1).

Ungeachtet der Schaffung diverser gesetzlicher Grundlagen, spezielle Verträge zwischen Krankenkassen bzw. ihren Verbänden und Leistungserbringern zu schließen, bleibt allerdings die flächendeckende Entwicklung innovativer, patientenzentrierter und

sektorenübergreifender Versorgungsmodelle im deutschen psychiatrischen Versorgungssystem bisher weit hinter den Erwartungen von Politik und Akteuren des Gesundheitswesens zurück (Hausen & Glaeske, 2015; Kunze & Priebe, 2006; Schmidt-Michel, Kuhn et al., 2008).

Tabelle 1: Sektorenübergreifende Versorgungs- und Finanzierungsmodelle in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland und ihre Rechtsgrundlagen. Eigene Darstellung.

Versorgungsform	Rechtsgrundlage	Einführung per Gesetz	Inkraft-treten
<i>Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)</i>	§ 118 SGB V	Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung psychisch Kranker (PsychKVVerbG)	1986
<i>Disease-Management-Programme (DMP)</i>	§ 137f SGB V	Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung (RSA)	2002
<i>Selektivverträge zur integrierten Versorgung (IV-Verträge)</i>	§ 140a SGB V	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG)	2004
<i>Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen (bspw. Globales Behandlungsbudget)</i>	Von 2002 - 2011 § 26 Abs. 2 BPfIV		
	Seit 2012 § 64b SGB V	Psychiatrie-Entgeltgesetz (PsychEntgG)	2012
<i>Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB)</i>	§ 115d SGB V	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)	2017

1.3 Globales Behandlungsbudget für sektorenübergreifende Versorgung

Die vorliegende Studie nimmt das Modell des globalen Behandlungsbudgets (global treatment budget GTB) als erfolgreiches Beispiel eines innovativen psychiatrischen Finanzierungsmodells im deutschen Gesundheitssystem in den Fokus, das die Realisierung integrierter Versorgung ermöglicht. Es basiert im Wesentlichen auf der Bildung eines vertraglich festgehaltenen Gesamtbudgets für das Spektrum vollstationärer bis ambulanter Behandlung durch ein Krankenhaus.

1.3.1 Ordnungspolitischer Rahmen

Das initial als regionales Psychriatriebudget (RPB) bekannt gewordene Vertragsmodell GTB basierte ursprünglich auf der Rechtsgrundlage des ehemaligen § 26 Absatz 2 der Bundespflegeverordnung (BPfV) mit geregelten tagesgleichen Pflegesätzen (Deister & Weatherly, 2009; Deister & Wilms, 2014; Deister, Zeichner et al., 2010). Mitunter auf diesen Vorläuferverträgen aufbauend, wurde das GTB seit 2003 mit auf fünf Jahre befristeten Verträgen in verschiedenen Regionen Deutschlands erfolgreich zur sektorenübergreifenden sowie gemeindepsychiatrischen Versorgung eingesetzt (Deister, Zeichner et al., 2004).

Als Impuls zur Weiterentwicklung der integrierten psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung und Förderung entsprechender Modellvorhaben wurde im Jahr 2012 mit dem § 64b im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eine neue gesetzliche Grundlage geschaffen. Hiernach soll in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie vertraglich realisiert werden. Entsprechende Verträge in der jeweiligen Versorgungsregion können zwischen Krankenhäusern oder einer Gruppe von Leistungserbringern und mindestens einer Krankenkasse oder ihren Verbänden geschlossen werden. Auch andere in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassene Leistungserbringer dürfen entsprechende Verträge mit gesetzlichen Krankenkassen abschließen. Dies umfasst neben Krankenhäusern auch vertragsärztliche Praxen und Einrichtungen. Allerdings bleibt die Umsetzung von Modellen mit einer sektorenübergreifenden Kooperation über das Krankenhaus hinweg derzeit selten (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung et al., 2019). Private Krankenversicherungen (PKV) und ihr Verband dürfen sich ebenfalls beteiligen. Seitens des Gesetzgebers besteht ein besonderes Interesse, eine Vielzahl von Krankenkassen zu beteiligen, und daher ist auch die PKV-Teilnahme ausdrücklich anzustreben (Deutscher Bundestag, 2012).

Im Detail beabsichtigte der Gesetzgeber mit dieser Gesetzesnovellierung, verschiedene Ansätze zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung psychisch kranker Menschen einschließlich der Behandlung in der eigenen Häuslichkeit zu stärken und u.a. auf diesem Weg psychiatrische Versorgung insgesamt nachhaltig zu fördern. Diese Förderung war aus Sicht des Gesetzgebers notwendig, da die Therapie in der Regelversorgung oftmals durch eine jahrelange Betreuungsdauer aufgrund von

Chronifizierung, wiederum dadurch wiederholten Kontakten zwischen Patient und Leistungserbringer und einer besonders hohen Anzahl verschiedener beteiligter Leistungserbringer gekennzeichnet ist (Deutscher Bundestag, 2012). Nach ersten Erkenntnissen hat dieser erweiterte gesetzliche Rahmen wie beabsichtigt den Vergütungssystemwechsel hin zu weiteren GTB mit dem Ziel, integrierte Versorgung (IV) in der Psychiatrie zu realisieren, begünstigt. Dieses IV-Modell wird mitunter auch als „flexible und integrierte Therapie FIT“ bezeichnet (Baum, Schoffer et al., 2020; Indefrey, Braun et al., 2020; John, von Peter et al., 2018).

Darüber hinaus sollte die Einführung des § 64b SGB V zur Erprobung alternativer Versorgungs- und Finanzierungssysteme als mögliche Weiterentwicklung des psychiatrischen Entgeltsystems dienen (Deutscher Bundestag, 2012) und ging im Jahr 2012 mit der im Psychiatrie-Entgeltgesetz (PsychEntgG) verorteten Ankündigung einher, das pauschalisierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) als neues Regelsystem einzuführen. Modellvorhaben nach § 64b SGB V waren daher zunächst auf längstens acht Jahre begrenzt, um einerseits den Modellcharakter sicherzustellen und andererseits valide Evaluationsergebnisse in der gesetzlich vorgeschriebenen Begleitforschung nach § 65 SGB V generieren zu können (Deutscher Bundestag, 2012). Erneut befristete Vertragsverlängerungen über die initial festgelegten acht Jahre hinaus waren möglich. Diese Befristung der Modellvorhaben wurde im Jahr 2020 durch das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz, GKV-FKG) auf im Regelfall längstens 15 Jahre erweitert, um nach Vorliegen längerfristiger Evaluationsergebnisse nach § 65 SGB V über eine mögliche Überführung in die Regelversorgung fundierter entscheiden zu können (Deutscher Bundestag, 2020).

1.3.2 Status quo implementierter GTB-Modellvorhaben in Deutschland

Im März 2022 bestehen gemäß der Auswertung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sowie gemäß Ergänzung durch eigene Recherche 22 Modellvorhaben nach § 64b SGB V; Tabelle 2 gibt eine Übersicht über entsprechende Orte. Einzelne Modellvorhaben bauen auf IV-Verträgen nach § 140a SGB V auf und weitere auf einem bereits zuvor implementierten Modell zur Entwicklung pauschalierter Vergütungen. Der Leistungsbereich Allgemeine Psychiatrie mit angeschlossener PIA ist allen Modellvorhaben gemein. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in zwei

Modellvorhaben inkludiert. An 14 von diesen 22 Modellvorhaben haben alle Krankenkassen partizipiert; die Vertragskonstellation der anderen Modellvorhaben variiert von der Teilnahme einer Krankenkasse für lediglich einen bestimmten Leistungsbereich bis hin zur Teilnahme mehrerer Krankenkassen für das gesamte psychiatrische Leistungsspektrum.

Tabelle 2: Übersicht über § 64b SGB V-Modellvorhaben, sortiert nach Startdatum. Eigene Darstellung auf der Grundlage der Daten des InEK gemäß § 64b Absatz 3 SGB V (Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland, 2019), der Publikation Schmid et al. 2013 (Schmid, Steinert et al., 2013) und eigener Aktualisierung. Stand: März 2022.

Krankenhaus	Bundesland	Start als § 64b SGB V Modellvorhaben
Heinrich-Braun-Klinikum gGmbH Zwickau Zwickau	Sachsen	01.01.2013
Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow gGmbH Glauchau	Sachsen	01.01.2013
Fachkliniken Nordfriesland gGmbH Breklum (§26 BPfVs seit 2006)	Schleswig-Holstein	01.01.2013
Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH Heide (§26 BPfVs seit 2008)	Schleswig-Holstein	01.01.2013
imland gemeinnützige GmbH Rendsburg (§26 BPfVs seit 2006)	Schleswig-Holstein	01.01.2013
Johanniter Krankenhaus Geesthacht Geesthacht (§26 BPfVs seit 2008)	Schleswig-Holstein	01.01.2013
Klinikum Hanau GmbH Hanau (IV-Vertrag „Optimierte Versorgung in der Psychiatrie OVP“ seit 2011)	Hessen	01.09.2013
Psychiatrische Klinik Lüneburg gGmbH Lüneburg	Niedersachsen	01.01.2014
Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin Berlin (IV-Vertrag seit 2006)	Berlin	01.01.2014
St. Marien- Hospital Hamm gGmbH Hamm	Nordrhein-Westfalen	01.01.2014
Immanuel Klinik Rüdersdorf Rüdersdorf (IV-Vertrag „Optimierte Versorgung in der Psychiatrie OVP“ seit 2011)	Brandenburg	01.01.2014
Südharz Klinikum Nordhausen gGmbH Nordhausen (§26 BPfVs seit 2009)	Thüringen	01.01.2014
Klinikum Itzehoe Itzehoe (§26 BPfVs seit 2003)	Schleswig-Holstein	01.01.2014
LWL-Universitätsklinikum Bochum Bochum (IV-Vertrag seit 2007)	Nordrhein-Westfalen	01.12.2014
Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH Berlin	Berlin	01.01.2016

Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH Bad Nauheim (IV-Vertrag „Optimierte Versorgung in der Psychiatrie OVP“)	Hessen	01.01.2016
Vitos Klinikum Riedstadt Riedstadt (IV-Vertrag „Optimierte Versorgung in der Psychiatrie OVP“)	Hessen	01.01.2016
Rheinische Kliniken Bonn Bonn (Integrierte Versorgungsprojekte seit 2001; IV-Vertrag seit 2005)	Nordrhein-Westfalen	01.10.2016
Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH Heidenheim	Baden-Württemberg	01.12.2016
Universitätsklinikum Tübingen Tübingen	Baden-Württemberg	01.10.2017
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim	Baden-Württemberg	01.10.2018
Pfalzkrankenhaus Klingenmünster Klingenmünster (IV-Vertrag „stattkrankenhaus“ seit 2010)	Rheinland-Pfalz	01.01.2020

1.3.3 Ausgestaltung des GTB als innovatives Finanzierungsmodell

Das GTB ist ein pauschaliertes Finanzierungssystem mit einem sektorenübergreifenden Gesamtbudget, das auf dem Capitation-Prinzip basiert, und stellt damit eine alternative Art der Abrechnung im Vergleich zum regulären psychiatrischem Entgeltsystem dar. Die zwischen dem regionalversorgenden stationären Leistungsanbieter und den teilnehmenden Krankenkassen vertraglich vereinbarte Jahresbudgetierung ergibt sich aus der erwarteten Anzahl der behandelten Patienten pro Jahr (Berghöfer, Hubmann et al., 2016; Deister & Wilms, 2014). Der Leistungsanbieter verpflichtet sich dabei zur Sicherstellung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der definierten Region. Eine Anpassung des Budgets erfolgt jährlich in Höhe des Veränderungswertes nach § 9 Absatz 1b Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Auch unerwartet abweichende Patientenströme außerhalb des vereinbarten Korridors können zu einer Budgetneuverhandlung für einen Mehr- bzw. Mindererlösausgleich führen.

Das budgetierte Abrechnungssystem, welches sich lediglich an der Anzahl jährlich zu behandelnder Patienten orientiert, grenzt sich dabei deutlich von einer fall- bzw. tagesbezogenen Vergütung ab, die gänzlich unabhängig von einer Pro-Kopf-Betrachtung geschieht. Letztere unterliegt potenziell dem finanziellen Fehlanreiz zu einer Fallzahlausweitung – insbesondere mit kostenintensiven und gleichzeitig vergleichsweise gut vergüteten stationären Aufenthalten für einen entsprechend höheren Gesamterlös. Mit einem GTB und dessen Entkopplung von Vergütung und

Bettenbelegung gehen dagegen erwünschte Steuerungseffekte einher, die eine effektive sowie gleichzeitig kosteneffiziente Versorgung begünstigen. Eine Behandlung frei vom genannten Fehlanreiz, rein nach medizinisch-psychiatrischen Kriterien wird durch die Veränderung der finanziellen Anreize ermöglicht (Schröder & Fleßa, 2017). So führt das sektorenübergreifende Gesamtbudget wiederum zu reduzierten Fallzahlen sowie – gemäß dem Prinzip „ambulant vor stationär“ – u.a. durch Neuschaffung stationsäquivalenter ambulanter Angebote zu reduzierten Stationsaufenthalten (Schröder & Fleßa, 2017). Somit kann das GTB als Antwort auf die kontinuierlich steigende Kostenentwicklung in der psychiatrischen Versorgung und daraus resultierendem Kostendruck der Leistungsträger dienen.

Gleichzeitig werden im GTB die wirtschaftlichen Risiken und Chancen für Leistungserbringer und Krankenkassen über die verhandelte Pauschale pro Patient in festen Grenzen gesteuert. Dafür verzichten die Kostenträger während der Vertragslaufzeit regelhaft auf Überprüfungen, beispielweise bezüglich der Verweildauer. Die Kosten für den Misstrauensaufwand, die sowohl auf Leistungsträger- als auch Leistungserbringerseite der direkten Patientengesundheitsversorgung entzogen werden, sinken dadurch zwangsläufig. Ein GTB kann somit insgesamt die Planungssicherheit hinsichtlich der Gesamtkosten im Vergleich zur Finanzierung der regulären psychiatrischen Patientenversorgung verbessern (Schwarz, Schmid et al., 2021).

1.3.4 Ausgestaltung des GTB als innovatives Versorgungsmodell

Das finanzielle Konstrukt eines GTB, basierend auf einem vereinbarten Budget über alle Behandlungssettings hinweg, wurde primär aus Versorgungsgesichtspunkten konzipiert, um im Stande zu sein, gemeindenaher psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungsansätze in einer definierten Versorgungsregion zu fördern und somit die Patientenversorgung insgesamt zu verbessern. Auf diesem Weg können einerseits der patientenindividuelle Behandlungsbedarf und andererseits die individuellen Bedürfnisse sowie die Struktur der jeweiligen Region gewürdigt werden (Deister & Wilms, 2014).

Der durch das finanzielle Konstrukt des GTB realisierbare strukturelle Umbau der Versorgung ermöglicht eine bedarfsorientierte und damit gleichzeitig effiziente Behandlung (Petersen & Hejnal, 2010). Das neukonzipierte Behandlungsspektrum umfasst dabei eine stationäre Intensivversorgung und reicht über verstärkte tagesklinische Angebote bis hin zu ambulanter Akutbehandlung und aufsuchender

häuslicher Behandlung (Hometreatment). Komplementäre psychosoziale Angebote und Präventionsmaßnahmen ergänzen in der Regel das Spektrum. So haben Krankenhäuser mittels Abrechnung per GTB die Möglichkeit, auf bislang nicht erbringbare alternative Behandlungsangebote zurückzugreifen. Dazu gehören beispielsweise niedrigschwellige Kontaktangebote wie das Angebot eines Cafés als Raum für soziale Begegnung mit Gesprächsmöglichkeit oder tiergestützte Therapie, deren Finanzierung die Regelversorgung nicht abbildet. Zusammengefasst kann das integrierte Versorgungskonzept, welches ein GTB ermöglicht, eine kontinuierliche Behandlung und Stabilisierung der Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung ihres sozialen und beruflichen Umfelds gewährleisten (Abbildung 2). Um dieses Ziel zu unterstützen, forcieren Kliniken mit einem GTB darüber hinaus eine stärkere Vernetzung mit komplementären Leistungserbringern in der Versorgungsregion (Deister & Wilms, 2014).

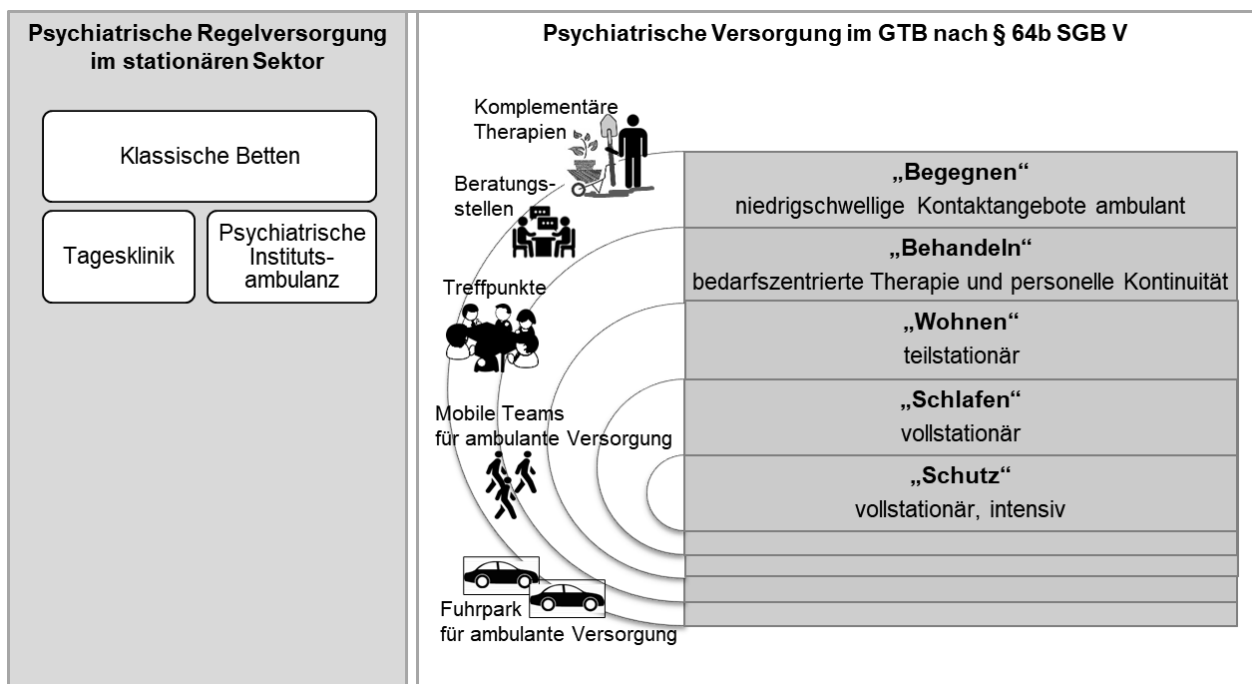


Abbildung 2: Schematische Gestaltung der psychiatrischen Versorgung innerhalb eines GTB. Eigene Darstellung modifiziert nach Berghöfer et al. 2020 (Berghöfer, Afraz et al., 2020).

Insbesondere zur Verringerung vollstationärer Behandlungstage werden vielfältige integrierte Therapie- und Hilfsangebote durch den innerhalb des vertraglich vereinbarten Budgets neu gewonnenen Gestaltungsspielraum etabliert; sogenannte „Drehtüreffekte“ von chronisch Erkrankten mit häufigen Wiedereinweisungen sollen dadurch vermieden werden. So ermöglicht ein GTB beispielsweise durch mobile Teams eine von Patientinnen und Patienten oftmals begrüßte da alltagsnahe Behandlung zuhause, die die eng gesetzten Grenzen einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach

§ 115d SGB V weder im gewünschten Ausmaß noch mit der gewünschten Flexibilität zulassen. Gerade Patientinnen und Patienten ländlicher Regionen mit einem schwachen Netz niedergelassener psychiatrischer sowie psychotherapeutischer Praxen können von der Ambulantisierung der Angebote im GTB profitieren (Deister & Wilms, 2014).

Auch settingübergreifende Beziehungskontinuität kommt durch ein zum Patientenwohl möglichst konstantes und interdisziplinär aufgestelltes Behandlungsteam ein hoher Stellenwert in der integrierten Versorgung durch ein GTB zu. Dadurch wird die Patienten-Compliance gestärkt, werden Informationsverluste beim Sektorenübergang minimiert und Ressourcen durch die Behandlung aus einer Hand effizient eingesetzt. So wird wiederum der Sektorenübergang ohne aufwendige Übergabeprozesse deutlich vereinfacht und ist insgesamt durch weniger Versorgungsbrüche gekennzeichnet, die einer guten Patientenversorgung im Wege stehen (Deister & Wilms, 2014). Der ursprünglichen Zielsetzung des Gesetzgebers zu psychiatrischen Modellvorhaben nach § 64b SGB V für eine gestärkte sektorenübergreifende Versorgung wird somit vollumfänglich entsprochen.

Inzwischen gibt es umfangreiche Beschreibungen für mögliche Vertragsgestaltungen aus finanzieller Sicht sowie Orientierungshilfen für die Aspekte des Behandlungsspektrums (Deister & Wilms, 2014). Abhängig vom lokalen Versorgungskontext, von den politischen Unterstützungs- und Entscheidungsprozessen sowie von den persönlichen Zielen der lokal beteiligten Akteure haben die bisher implementierten Modellvorhaben äußerst vielfältige Versorgungsstrukturen und -prozesse entstehen lassen (Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland, 2019).

1.4 Aktueller Forschungsstand zum GTB

Der Gesetzgeber hat gemäß § 65 SGB V im Auftrag der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände eine wissenschaftlich unabhängige routinedatenbasierte Begleitung und Evaluation (EVA64) vorgeschrieben, um belastbare Evidenz rund um die Modellvorhaben nach § 64b SGB V zu generieren und eine mögliche Überführung in die Regelversorgung anzustoßen. Der Evaluationsabschluss ist frühestens 2025 zu erwarten. Allerdings wurden im Gemeinsamen Bericht zur PEPP-Einführung vom 28. Juni 2019 bereits erste Zwischenergebnisse veröffentlicht, die wiederum mit Auswertungen von Primärdaten, erhoben im Innovationsfondsprojekt PsychCare (Schwarz, Schmid et al., 2021), freiwillig ergänzt wurden (Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland, 2019). Diese

Zwischenergebnisse stützen die bis dato generierte Evidenz zu vielfältigen Vorteilen und erwünschten positiven Entwicklungen der bisher implementierten GTB bzw. RPB-Vorläufermodelle in verschiedenen Regionen Deutschlands im Vergleich zur Regelversorgung.

Die Patienten-Compliance konnte gesteigert sowie patientenrelevante Outcomes optimiert werden, was wiederum eine verbesserte Versorgungsqualität mit zufriedeneren Patientinnen und Patienten bedeutet (Baum, Schoffer et al., 2020; Berghöfer, Hubmann et al., 2016; Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland, 2019; König, Heider et al., 2013; König, Heinrich et al., 2010; Roick, Deister et al., 2005; Roick, Heinrich et al., 2008; Schwarz, Galbusera et al., 2020). Untersuchungen konnten sowohl eine bedarfsgerechtere als auch ressourceneffizientere Behandlung in Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung zeigen (Berghöfer, Hubmann et al., 2016; Schröder & Fleßa, 2017).

Der strukturelle Umbau der Behandlung ging oftmals mit einem Ausbau der ambulanten und teilstationären Angebote einher. Die Fallzahl in diesen Behandlungssettings stieg somit, während die Fallzahl stationärer Aufenthalte wie beabsichtigt sank. Diese Entwicklung, d.h. die dauerhafte Reduktion stationärer Aufenthalte, ermöglichte in der Folge oftmals einen Abbau von stationären Bettkapazitäten (Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland, 2019; Neumann, Baum et al., 2021).

Insgesamt konnten die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsplatzattraktivität für das Krankenhauspersonal gestärkt werden (Afraz, Dreher et al., 2020; Deister, 2011; Deister, Zeichner et al., 2010; Hubmann, 2016; Indefrey, Braun et al., 2020; Petersen & Hejnal, 2010; Schwarz, Galbusera et al., 2020). Das medizinische Personal erlebt ein GTB zwar zunächst ambivalent. Die Umstrukturierung der Versorgung bedeutet initial einen Mehraufwand; gleichwohl konnten, belegt in einer Studie, sogar Überstunden abgebaut werden (Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland, 2019). Insbesondere Pflegekräfte erleben die abgeschlossene Umstrukturierung überwiegend positiv. Sie sind zufriedener aufgrund ihrer durch Schulungen entwickelten Kompetenz für die modellspezifische berufsgruppenübergreifende Arbeit. Sie erleben eine Aufwertung der eigenen Berufsgruppe (Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland, 2019; Petersen & Hejnal, 2010) und erfahren dank der verantwortungsvolleren ko-therapeutischen Aufgaben mehr Selbstwirksamkeit durch Empowerment sowie Jobenrichment (Afraz, Dreher et al., 2020).

1.5 Fragestellung

Trotz der positiven Erfahrungen und der bisher erbrachten Evidenz, dass die integrierte psychiatrische Versorgung innerhalb eines GTB-Vergütungssystems auf vielen Ebenen verbessert werden konnte, hat sich das Modellvorhaben in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland nicht in der Breite durchgesetzt. Nach mehr als 15 Jahren der Erprobung sind weniger als fünf Prozent der Versorgungsregionen diesem Modell gefolgt (Berghöfer, Afraz et al., 2020), ein umfassender und nachhaltiger Strukturwandel psychiatrischer Versorgung in Deutschland blieb aus (Tabelle 2). Das Ziel des Gesetzgebers, in jedem Bundesland möglichst mindestens ein Modellvorhaben zu implementieren, wurde bisher nicht erreicht.

Neue GTB-Vertragsabschlüsse sind selten. Der Grund dafür sind u.a. scheiternde Verhandlungen unbekannter Anzahl. Die schleppende Umsetzung komplexer neuer Versorgungsmodelle ist allerdings nicht neu (Rogers, 2003); sie wird im Allgemeinen auf die Komplexität der Modelle an sich, Pfadabhängigkeiten im Gesundheitssystem und mangelndes Verständnis von Gesetzgebungsprozessen zurückgeführt (Auschra & Sydow, 2020; Bergek, Hekkert et al., 2015).

Über die genannten Erklärungen auf Systemebene hinaus sind die spezifischen Gründe für die stockende Verbreitung des GTB in Deutschland bis dato nicht erforscht worden. Daher erschien eine Analyse insbesondere anhand des Rogers-Modells der Innovationsdiffusion unter Verwendung eines qualitativen Forschungsansatzes aufschlussreich sowie geeignet, um sowohl förderliche Faktoren als auch wesentliche Hindernisse im Implementierungs- und Diffusionsprozess des GTB als Innovation im psychiatrischen Versorgungssystem für integrierte Versorgung in Deutschland zu untersuchen. Hierzu sollte ein hypothesengenerierender qualitativer Forschungsansatz gewählt werden. Zu diesem Zweck wurden Interviews mit verschiedenen Expertinnen und Experten geplant, die an vergangenen GTB-Verhandlungen beteiligt waren oder sich gegen die Aufnahme solcher Verhandlungen entschieden hatten, um aus ihren Erfahrungen neue Erkenntnisse für den GTB-Diffusionsprozess zu gewinnen (Afraz, Vogel et al., 2021).

2 Theorie und Methoden

2.1 Theoretischer Rahmen

Wie in der Publikation Afraz et al. 2021 unter dem Abschnitt „Theoretical framework“ bereits ausführlich dargestellt, werden für die vorliegende theoriegeleitete Analyse der Innovationsdiffusion des GTB die im Gesundheitswesen etablierten Modelle wie die Diffusionstheorie von Rogers (Rogers, 1962, 2003) mit der Analyse der Dynamik von Innovationssystemen (Bergek, Hekkert et al., 2015; Hekkert, Suurs et al., 2007) miteinander kombiniert (Afraz, Vogel et al., 2021). Rogers zentrale Frage ist, wie sich Innovationen in sozialen Systemen verbreiten und welche Faktoren die Diffusion beeinflussen. Sein Modell beleuchtet bestehende Rahmenbedingungen, Charakteristika der Entscheidungsträger, Merkmale des Diffusionsgegenstandes sowie in seiner weiterentwickelten Form den Einfluss von Kollektiventscheidungen (Abbildung 3).

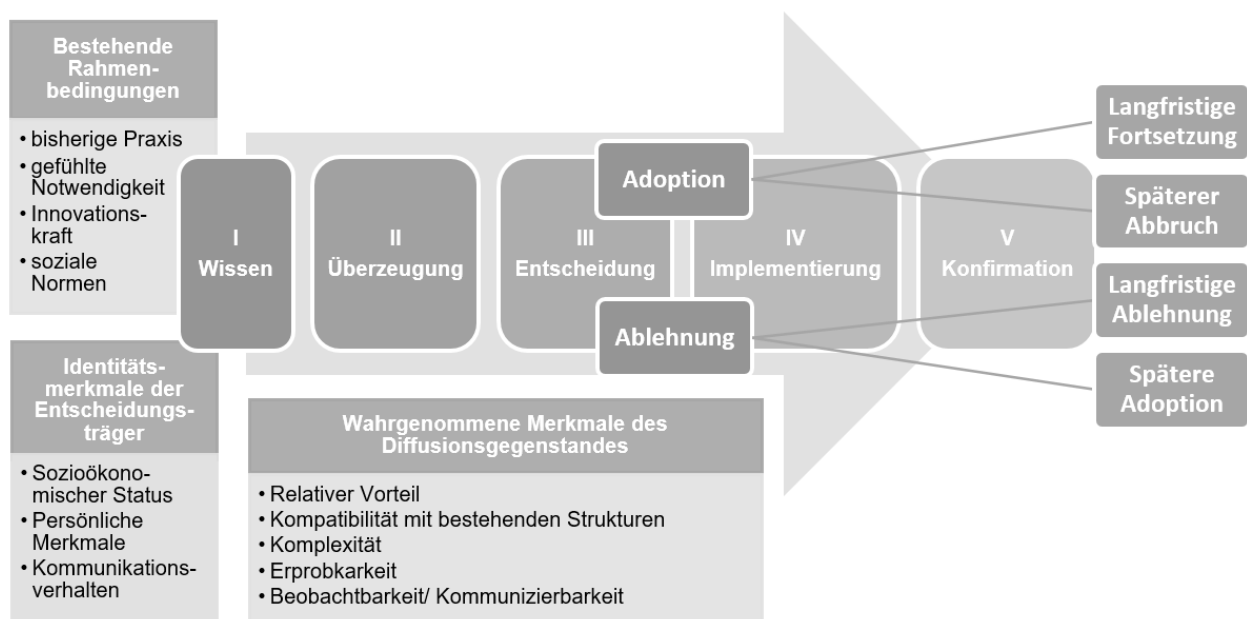


Abbildung 3: Fünfstufiges Rogers-Modell des Innovationsentscheidungsprozesses. Eigene Darstellung modifiziert nach Rogers, 2003 (Rogers, 2003).

2.2 Qualitative Methoden

Die durchgeführte qualitative Studie inklusive Studienpopulation, Feldzugang, Interviewleitfaden und Datenanalyse ist von den Autoren in der Publikation Afraz et al. 2021 im Methodenabschnitt ausführlich dokumentiert (Afraz, Vogel et al., 2021) und wird deshalb im Folgenden lediglich überblicksartig dargestellt bzw. um nicht in der Publikation bereits dargestellte Aspekte ergänzt.

Die vorliegende qualitative Studie ist als Querschnittsstudie konzipiert und basiert auf leitfadengeführten Experten-Interviews mit Akteurinnen und Akteuren, die an früheren GTB-Vertragsverhandlungen beteiligt waren. Ein qualitativer Forschungszugang als hypothesengenerierende, offene Datenerhebungsmethode, bei der die Befragten selbst – hier lokale Gesundheitsexpertinnen und -experten – die Möglichkeit haben, ihre persönliche Erfahrung ausführlich zu schildern, erschien für den Forschungsgegenstand adäquat, da dadurch der Zugang zu einem breiten Spektrum bisher unbekannter Erkenntnisse im Themengebiet ermöglicht wird (Mayring, 2015). Gleichzeitig ist der gewählte Ansatz theoriegeleitet, um an die Leitsätze aus dem Rogers-Modell anzuknüpfen, um damit wiederum einen relevanten Erkenntnisfortschritt zu generieren (Mayring, 2015).

2.2.1 Studienpopulation und Feldzugang

Um für ein umfassendes Gesamtbild alle an der Vertragsverhandlung zentral beteiligten Akteurinnen und Akteure jeweils einer Region befragen zu können, sollten die Leitfadeninterviews mit initial festgelegt 24 Vertreterinnen und Vertreter der in der Tabelle 1 der Publikation Afraz et al. 2021 (Afraz, Vogel et al., 2021) genannten drei Berufsgruppen geführt werden: Psychiatrie-Leitungspersonen, Vertreterinnen und Vertreter des kaufmännischen Managements der Klinik sowie Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen. Sowohl an diese Berufsgruppen als auch an die vier von Rogers unterschiedenen Gruppenkategorien wurden die Fragen jeweils angepasst (3 Berufsgruppen x 4 Rogers-Gruppenkategorien x 2 Regionen = 24 geplante Interviews):

- 1) Frühzeitige Anwender (Early Adopter),
- 2) Nachzügler (Late Adopter), die das GTB später implementierten,
- 3) Gescheiterte Anwender (Failed Adopter), die das GTB aufgrund von gescheiterten Verhandlungen nicht implementieren konnten, und

- 4) Beobachter (Observers), die die Entwicklungen rund um das GTB zunächst beobachten.

Für jede Gruppe wurden initial wiederum jeweils zwei Regionen ausgewählt. Die finale Interviewanzahl konnte allerdings je nach inhaltlichem Sättigungsgrad durch bereits geführte Interviews angepasst und auf weitere bundesweite Vertretungen der Akteure ausgeweitet werden.

Die 19 stattgefundenen leitfadengeführten Experteninterviews (Pilotinterview und 18 Einzelinterviews) wurden zwischen Juli 2018 und April 2019 entweder persönlich oder telefonisch mit Akteurinnen und Akteuren aus neun Regionen mit ausschließlich nicht privat betriebenen Kliniken geführt (FCA, AV und AB). Diese dauerten im Durchschnitt eine Stunde. Vermeintliche Beobachter erwiesen sich erst während der geführten Interviews als in verschiedenen Verhandlungsphasen gescheiterte Adopter. Die Anzahl der Interviews mit Adoptern und gescheiterten Adoptern wurde aufgrund der theoretischen Sättigung angepasst (Geels & Schot, 2007; Glaser & Strauss, 2010).

2.2.2 Interviewleitfaden

Zur Durchführung der semi-strukturierten Leitfadeninterviews wurde ein an die anhand theoretischen Vorannahmen des Diffusionsmodells für Innovationen von Rogers (Rogers, 2003) angepasster Fragebogen als Leitfaden entwickelt und an die jeweiligen Rollen der Akteurinnen und Akteure angepasst. (FCA, AV). Entsprechend dem Rogers-Modell konzentrierte sich der Interviewleitfaden auf die modellspezifischen, breit gefächerten Hauptkategorien (Tabelle 3). Der Interviewleitfaden durfte situativ während des Interviews angepasst werden, beispielsweise durch Anpassung der Fragenreihenfolge oder Überspringen von obsoleten Fragen, falls sie bereits in einem anderen Fragenkontext hinreichend beantwortet wurden.

Um den in einem iterativen Teamprozess (FCA, AV, CD und AB) entwickelten Interviewleitfaden vorab auf seine Validität zu testen, wurde initial ein Pilotinterview durchgeführt (FCA, AB). In diesem wurden Fragen auf Verständlichkeit und auf die Notwendigkeit inhaltlicher Ergänzung geprüft. Das Pilotinterview führte zu einer lediglich redaktionellen Überarbeitung durch Präzisierung der Fragen für bessere Verständlichkeit auf Seiten des Gegenübers. Da sich keine inhaltlich relevanten Änderungen ergaben, konnte das Pilotinterview in der Analyse vollumfänglich verwendet werden.

Tabelle 3: Beispielfassung eines Interviewleitfadens für Direktorinnen und Direktoren einer psychiatrischen Klinik – Early Adopter, Late Adopter oder Failed Adopter. Die linke Spalte enthält die deduktiv festgelegten Hauptkategorien und Unterkategorien aus dem Rogers-Modell. Die rechte Spalte enthält die daraus abgeleiteten Fragen.

Interviewleitfaden-Version für Direktorinnen und Direktoren einer psychiatrischen Klinik der Gruppe Early Adopter, Late Adopter oder Failed Adopter

Haupt- und Unterkategorien	Einleitende Fragen
	<p>A1. Schildern Sie bitte in knapper Form Ihren Bezug zum Regionalen Psychriatriebudget (RPB). <i>[Oder selbst den Bezug des Interview-Teilnehmenden skizzieren und anschließend ergänzen lassen]</i></p> <p>A2. Ich würde Sie gerne bitten, Ihre zentralen Ansichten zur psychiatrischen Versorgung in Deutschland schlaglichtartig zu schildern.</p>
	Fragen im Zusammenhang mit den wichtigsten Forschungsfragen
<p>Phasen des Innovationsentscheidungsprozesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wissen • Überzeugung • Entscheidung • Implementierung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Adoption ○ Beobachten ○ Ablehnen • Konfirmation 	<p>C) Adoption/ Nicht-Adoption</p> <p>Ich möchte jetzt auf das Regionale Psychriatriebudget zurückkommen.</p> <p>C1. Wozu haben Sie sich im Rahmen des bisherigen Prozesses entschieden und warum?</p> <p>D) Adoptionsprozess</p> <p>D1. Wann haben Sie mit der Entwicklung dieses Versorgungsmodells begonnen; wann entstanden erste Ideen? (Early Adopter) Wie haben Sie die Idee wahrgenommen?</p> <p>D1. Wann haben Sie erstmals von Modell des RPB erfahren? Von wem ging die Initiative aus? (Late Adopter) Wie haben Sie die Idee wahrgenommen?</p> <p>D2. Was hat Ihr Interesse geweckt? Was hat Sie anfangs motiviert?</p> <p>D3. Wie haben Sie das Modell beurteilt? Welche Informationen haben Sie zu Ihrer Entscheidung der Teilnahme/ Nichtteilnahme/ des Abwartens verwendet?</p> <p>D4. Wie sind Sie das Modell selbst angegangen? Können Sie uns etwas zu den ersten Schritten der Realisierung sagen?</p> <p>D5. Wann haben Sie das Modell installiert/ Verträge geschlossen? Bzw. Wann und warum haben Sie beschlossen, das Modell nicht zu übernehmen?</p>
<p>Rahmenbedingungen der Situation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soziale Normen • Partikularinteressen • Wirtschaftliche Bedingungen 	<p>E) Situationswahrnehmung</p> <p>E1. Was erwartet man von <i>[Funktion des Interviewteilnehmenden]</i> der Direktorin oder dem Direktor einer Psychiatrie und inwieweit passt eine solche Innovation einzuführen in diese Erwartung, die man an Sie stellt?</p> <p>E2. Wo liegen die Einsatzvoraussetzungen in den Kliniken für RPB überhaupt vor? Wie wird die „normale“ Vergütung wahrgenommen?</p> <p>E3. Wer sind die an der Entscheidung beteiligten Akteurinnen und Akteure?</p> <p>E4. Wie muss der Entscheidungsprozess beschaffen sein? Ist ein Konsens Grundbedingung? Welche Auswirkungen hat ein Veto eines Partners? Wer gehört ins „Boot“?</p>

<p>Identitätsmerkmale der an der Entscheidung beteiligten Akteurinnen und Akteure:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Sicherheit und Risiko • Risikobereitschaft • Sozioökonomischer Status • Kosmopolitismus/ Weltoffenheit • Innovativität • Abstraktionsvermögen • Persönliche Werte 	<p>F) Merkmale der Akteurinnen und Akteure</p> <p>F1. Haben Sie Risiken wahrgenommen und wie sind Sie damit umgegangen?</p> <p>F2. Welche Aspekte stehen bei einem Versorgungsmodell für Sie im Vordergrund?</p> <p>F3. Wie stark schätzen Sie Ihren Einfluss auf Möglichkeiten zur Veränderung ein?</p> <p>F4. Wie schwierig fanden Sie es, Mitstreitende für die Einführung eines RPB zu finden?</p> <p>F5. Wie schwer oder leicht ist es Ihnen gefallen, für das RPB zu werben und entsprechende Foren dafür zu finden?</p> <p>F6. Wie schwer oder leicht ist es Ihnen gefallen, Beispiele aus anderen Regionen auf Ihre Region zu übertragen?</p>
<p>Kommunikationsverhalten der an der Entscheidung beteiligten Akteurinnen und Akteure</p>	<p>G) Kommunikationsprozess</p> <p>G1. Wie verläuft die Kommunikation zwischen den Akteurinnen und Akteuren im Rahmen der Entscheidungsprozesse? Wie schnell erfolgt die Rückmeldung über den Erfolg der Neuerung an den RPB-Anwender selbst und an die bisherigen RPB-Nicht-Anwender und potenziellen Regionen, die sich dem RPB anschließen? Erfolgt die Kommunikation über formelle oder informelle Wege?</p> <p>G2. Wie weit haben Sie das Modell zunächst kommuniziert und wie haben Sie den Adressatenkreis ausgeweitet?</p>
<p>Wahrgenommene Merkmale der Innovation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relativer Vorteil • Kompatibilität mit bestehenden Strukturen • Komplexität • Erprobbarkeit: <ul style="list-style-type: none"> ○ Teilbarkeit ○ Reversibilität • Beobachtbarkeit/ Kommunizierbarkeit • Daraus resultierendes Risiko 	<p>H) Merkmale des Diffusionsgegenstandes</p> <p>H1. Kann das RPB in Ihrer Abteilung parallel zur Regelversorgung betrieben werden?</p> <p>H2. Wie funktioniert die Abrechnungsarithmetik und was ist daran anders als bei Regelvergütung?</p> <p>H3. Konnten Sie das RPB in Ihrer Abteilung ausprobieren, ohne gleich eine langfristige vertragliche Bindung einzugehen?</p> <p>H4. Ist die Einführung des RPB reversibel?</p> <p>H5. Wie verläuft die Kommunikation nach außen hin: Was muss man als Außenstehender wissen, wenn man das RPB ebenfalls einführen will, und wie ist das vermittelbar?</p> <p>H6. Welcher Aufwand und welches Risiko sind mit der Einführung verbunden?</p>
Abschluss des Interviews	
<p>J) Gesprächsabschluss</p> <p>J1. Mit Ihrem Wissensstand und Erfahrungsschatz von heute, würden Sie Ihre Entscheidung wieder so treffen?</p> <p>J2. Was, glauben Sie persönlich, sollte passieren, damit mehr Krankenhäuser dieses Modell verwirklichen?</p> <p>J3. Gibt es noch etwas, was aus Ihrer Sicht wichtig ist, worüber wir noch gar nicht gesprochen haben? Was würden Sie uns noch gerne in dieser Sache bezüglich des RPB und speziell unserer Fragestellung mit auf den Weg geben?</p>	

2.2.3 Datenanalyse

Die aufgezeichneten Interviews wurden als Auftragsarbeit transkribiert und anschließend in Abhängigkeit der regionalen Gruppenzugehörigkeit ausgewertet. Die Analyse wurde mit vorhandenen Publikationen und den zur Verfügung gestellten Dokumenten der Interviewpartnerinnen und -partner trianguliert.

Das angewandte qualitative Forschungsdesign folgt, wie in der Publikation Afraz et al. 2021 (Afrac, Vogel et al., 2021) dargestellt, den Methoden der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015). Ziel der Analyse ist es, das Material derart zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, um schließlich durch Abstraktion einen umfassenden Überblick über das Ausgangsmaterial zu schaffen, der dennoch ein Abbild desselben ist (Mayring, 2015).

Im ersten Schritt wurden die Interview-Transkripte mit einem Set von deduktiv vergebenen Code-Kategorien ausgewertet. Diese basieren auf den Kriterien, die sich am theoretischen Konstrukt von Rogers orientieren. Darüber hinaus wurden induktiv ermittelte Code-Kategorien im Verallgemeinerungsprozess direkt aus den vorliegenden Transkripten abgeleitet, ohne sich auf den vorformulierten theoretischen Rahmen oder das Rogers-Modell zu beziehen. Dies ermöglicht die zusätzliche Entdeckung neuer Aspekte, die nicht bereits Gegenstand der Theorie nach Rogers sind.

Das Stufenmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring diene als Grundlage, um das Material durch Zusammenfassung zu reduzieren, ein endgültiges Code-Kategoriensystem fertigzustellen und eine abschließende Interpretation der reduzierten Aussagen im Kontext der ursprünglichen Forschungsfrage systematisch zu ermöglichen (Mayring, 2015):

- (1) Bestimmung der Analyseeinheiten
- (2) Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen
- (3) Generalisierung
- (4) 1. Reduktion: Selektion und Streichung bedeutungsgleicher Paraphrasen
- (5) 2. Reduktion: Bündelung, Konstruktion und Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau
- (6) Zusammenstellung der Aussagen zu einem Code-Kategoriensystem
- (7) Wiederholte Überprüfungen des gemischt induktiv-deduktiven Code-Kategoriensystems

Die computergestützte Datenanalyse wurde mit Hilfe von MAXQDA Analytics Pro durchgeführt (FCA). Anschließend wurden die Reduktions- und Abstraktionsschritte in Microsoft Excel durchgeführt (FCA). Als weiteres Gütekriterium der Analysemethode neben der Validität wurde die (Intercode-)Reliabilität und damit die Objektivität durch den Vergleich von Code-Kategorien sowie Codes, die einem vollständigen identischen Transkript von zwei verschiedenen Kodierenden zugewiesen wurden, wiederholt bewertet und schrittweise angepasst, um einen hohen Grad an Übereinstimmung zwischen den Kodierenden und damit Reproduzierbarkeit zu erreichen (FCA, AB). Die Ergebnisse wurden regelmäßig in der Gruppe diskutiert, um Intersubjektivität zu gewährleisten (FCA, AV, CD und AB).

Im Folgenden angeführte Ankerbeispiele werden ergänzend zu den Ergebnissen der Inhaltsanalyse herangezogen, um die Glaubwürdigkeit der Aussagen zu untermauern.

2.2.4 Ethikberatung und Datenschutz

Eine formale Ethikberatung durch die Ethikkommission der Charité war nicht erforderlich, da es sich bei dem Forschungsprojekt weder um eine klinische Studie an Menschen oder menschlichem Material noch um eine epidemiologische Studie mit personenbezogenen Daten handelt, sondern ausschließlich Experteninterviews durchgeführt wurden (Medizinische Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin Ethikkommission, 2019).

Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden vorab über die Ziele und den Ablauf der Studie sowie über die Maßnahmen zum Datenschutz informiert. Sie unterzeichneten eine Einverständniserklärung zur Teilnahme und wurden vor der Teilnahme zur Vertraulichkeit verpflichtet. Die Autorinnen und Autoren garantieren für die Auswertungen und für Veröffentlichungen die Anonymisierung aller notwendigen Angaben auf Basis der genannten Einverständniserklärung, so dass keine Rückschlüsse von Dritten darauf gezogen werden können, wer befragt wurde und für welche Organisation die Befragten arbeiten. Das Datenmanagement entsprach den datenschutzrechtlichen Anforderungen der Datenschutz-Grundverordnung.

3 Ergebnisse

In der im Rahmen dieser Promotion erschienenen Publikation wurden einige der wesentlichen Ergebnisse dargestellt (Afraz, Vogel et al., 2021). Dazu zählen Erkenntnisse rund um die folgenden Rogers-Themenkomplexe die Phasen des Innovationsentscheidungsprozesses, die wahrgenommenen Merkmale der Innovation, die Identitätsmerkmale, das Kommunikationsverhalten der Entscheidungsträger sowie die Rahmenbedingung der Situation.

Im Folgenden werden insbesondere ergänzende Ergebnisse der Studie näher beleuchtet, die nicht in die Publikation Afraz et al. 2021 eingegangen sind, allerdings ebenfalls Erkenntnisse aus der Promotionsarbeit darstellen. Sie vertiefen den Rogers-Themenkomplex der wahrgenommenen Merkmale des GTB mit Fokus auf die relativen Vorteile sowie die wahrgenommenen Risiken samt ihrem jeweiligen Einfluss auf die GTB-Diffusion und werden gestützt durch ausgesuchte Ankerbeispiele aus den Interviews. Aus Gründen der Anonymisierung und besseren Lesbarkeit wird im Ergebnisteil ab Kapitel 3.1 im Zusammenhang mit konkreten Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet.

Insgesamt wurden 19 Interviews durchgeführt. Tabelle 4 zeigt die Zusammensetzung des Samples sowie die Gesamtzahl der angefragten Interviewpartnerinnen und -partner.

Tabelle 4: Zusammensetzung des Samples. Aus Afraz et. al 2021 (Afraz, Vogel et al., 2021).

	Psychiatrie- Leitungs- personen (P)	Vertreterinnen und Vertreter des kaufm. Managements (C)	Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen (I)	Teilnahme- bereitschaft (durchgeführte Interviews)
Early Adopter	2	5	4	55 % (6)
Late Adopter	3	1	5	56 % (5)
Failed Adopter	4	3	2	89 % (8)
Observer	4	0	0	0 % (0)
Durchgeführte Interviews	62 % (8)	67 % (6)	45 % (5)	58 % (19)

Insgesamt wurden in der Analyse des Interviewmaterials 2.097 relevante Aussagen ermittelt und 164 Codes zugeordnet (Tabelle 5).

Tabelle 5: Übersicht aller Code-Kategorien und der jeweiligen Code-Anzahl, die bei der Analyse der Interview-Transkripte identifiziert wurden. Aus Afraz et. al 2021 (Afraz, Vogel et al., 2021).

Code-Kategorie	Code-Anzahl
1 Ankerbeispiele^a	133
2 Stufen des Innovationsentscheidungsprozesses^{® a}	
2.1 Wissen ^{® a}	
2.1.1 Bewusstsein über die Innovation (Awareness-Knowledge) ^{® a}	10
2.1.2 Prinzipien-Wissen (Principles-Knowledge) ^{®/} Detail-Wissen ^{® b}	6
2.1.2.1 Vergleichbare Projekt-/ Personalerfahrungen ^b	72
2.3 Adoption ^a	
2.3.1 Weiterentwicklung (Re-Invention) ^{® b}	22
2.4 Entscheidung ^{® a}	
2.4.1 Breiter Konsens ^b	27
2.4.2 Adoption ^{®*} → siehe Landespolitischer Kontext ^b	→67
2.4.3 Warten und Adoption ^a	0
2.4.4 Ablehnung ^{® a}	15
2.4.4.1 Fehlende Hebelwirkung ^b	3
2.5 Bestätigung ^{®/} Evaluation der Innovation Konsequenzen ^a	38
2.5.1 Dauerhafte Adoption ^a	0
2.5.2 Verabschiedung und spätere Abschaffung ^a	0
3 Identitätsmerkmale der Entscheidungsträger^{® a}	
3.1 Umgang mit Ungewissheit und Risiken ^{® a}	7
3.2 Risikobereitschaft (Venturesomeness) ^{® a}	8
3.2.1 Skepsis/langes Zögern ^{® b}	11
3.2.2 Neugierde ^b	2
3.2.3 Durchhaltevermögen ^{®/} Engagement/ Begeisterung/ Motivation ^b	35
3.2.4 Ausdauer/ Geduld/ Akzeptanz gelegentlicher Rückschläge ^{® b}	14
3.3 Einfluss ^a	23
3.4 Meinungsführerschaft (Opinion Leadership) ^{®/} Durchsetzungsvermögen ^a	50
3.4.1 Weltoffenheit (Cosmopolitaness) ^{®/} Vernetzung ^a	34
3.5 Interesse an neuen Ideen ^{®/} Innovativität ^{® a}	10
3.6 Abstraktionsvermögen ^{® a}	8
3,7 Ängste/ Besorgnisse ^b	11
3.8 Berufliche Fähigkeiten ^b	27
3,9 Günstige Einstellung zur Wissenschaft ^{® b}	21
3.10 Persönliche Wertvorstellungen und persönliche Arbeitsweise ^b	0
3.10.1 Fortgeschrittene Arbeitsmethode/ Vorausschau im Allgemeinen ^b	5
3.10.1.1 Verhandlungs-Know-how/ Einfühlungsvermögen für Verhandlungspartner ^b	7

3.10.2 Traditionelle Arbeitsweise/ Mangel an Voraussicht im Allgemeinen ^b	9
3.11 Rationalität® ^b	18
3.12 Aktive Suche nach Informationen über Innovationen ^b	6
4 Wahrgenommene Merkmale des Diffusionsgegenstandes®^a	
4.1 Relativer Vorteil® ^a	
4.1.1 Wirtschaftliche Bedingungen: Vorteil/ Kostenstabilität/ Effizienz ^a	27
4.1.1.1 Positive Anreize ^b	19
4.1.2 Bessere Arbeitssituation ^b	14
4.1.3 Neu gewonnene Freiheit/ Flexibilität ^b	36
4.1.3.1 Bessere, individuelle Patientenversorgung ^b	45
4.1.3.1.1 Mehr ambulante statt stationäre Pflege ^b	39
4.2 Kompatibilität mit bestehenden Strukturen® ^a	9
4.2.1 Parallelstrukturen* →siehe Teilbarkeit/ Parallelstrukturen ^a	→34
4.2.2 Ähnliche bestehende Strukturen und Erfahrungen ^b	14
4.2.3 Infrastruktur (geografisch und in Bezug auf die psychiatrische Versorgung) ^a	42
4.3 Komplexität® ^a	18
4.4 Erprobbarkeit® ^a	0
4.4.1 Erprobbarkeit ^a	19
4.4.2 Reversibilität ^a	40
4.4.3 Teilbarkeit/ Parallelstrukturen ^a	34
4.5 Beobachtbarkeit/ Kommunizierbarkeit ® ^a	32
4.5.1 Beobachtbarkeit/ Kommunizierbarkeit in der nahen und fernen Umgebung ^a	31
4.5.2 → siehe Bestätigung®/ Evaluation von Innovationsfolgen ^a	→38
4.6 Risiken ^a	73
4.7 Aufwand inkl. Kosten ^b	57
4.7.1 IT-Controlling ^b	5
4.8 Ausweitung der Zuständigkeiten der Mitarbeitenden + Etablierung einer Kultur ^b	49
4.9 Innovation als Mittel zum Zweck ^b	4
4.10 Vertragsgestaltung/ Verhandlungsprozess/ Ablauf/ Dauer ^a	117
4.10.1 Rechtsformen* → siehe föderaler politischer Kontext ^b	→67
4.10.2 Transparenz/ Transparente Vergütungsstruktur/ Kontrollmechanismen ^a	38
5 Kommunikationsverhalten der Entscheidungsträger®^a	
5.1 Erster Schritt: Wer hat sich an wen gewandt und wann ^a	20
5.2 Zweiter Verhandlungsversuch ^b	17
5.3 Beteiligte Gruppen/ Kollektive Entscheidung verschiedener Akteurinnen und Akteure ^a	56
5.3.1 Landespolitik ^b → siehe Landespolitischer Kontext ^b	→44
5.3.2 Psychiatrieerfahrene Menschen ^b	7
5.4 Kompromiss ^b	12
5.5 Persönlicher Eindruck von den Verhandlungen + persönliche Interaktion ^a	92

5.6 Vertrauen/ Misstrauen/ Wertschätzung ^b	42
5.6.1 Kontrollmechanismen* →siehe Transparenz/Transparente Vergütungsstruktur/ Kontrollmechanismen ^a	→38
6 Bestehende Strukturen (Prior Conditions)® ^a	
6.1 Individuelle Interessen ^a	53
6.2 Wirtschaftliche Bedingungen/ Kosten/ Effizienz ^a	19
6.3 Mangelndes Interesse der Krankenkassen ^b	15
6.4 Strukturen und Heterogenität der Krankenkassen ^b	34
6.5 Politik ^b	
6.5.1 Bundespolitischer Kontext ^b	67
6.5.2 Landespolitischer Kontext ^b	44
6.6 Psychiatrie-Tourismus ^b	4
6.7 Psychische Gesundheitsversorgung ^b	
6.7.1 Zeitgeist der psychiatrischen Versorgung/ gesellschaftliche Normen ^a	21
6.7.1.1 Abseits der betreuenden Psychiatrie ^b	11
6.7.2 (Primäre) Prävention/Prophylaxe erforderlich ^b	4
6.7.3 Ambulante Behandlung erforderlich ^b	2
6.7.4 Fachkräftemangel als Herausforderung ^b	2
6.7.5 Flexibilisierung erforderlich / Sektorengrenzen vorhanden ^b	31
6.7.6 Regelmäßige Entlohnung der psychiatrischen Versorgung ^b	27
6.7.6.1 Falsche Anreize ^b	41
6.7.7 Suboptimale Versorgung/ Ineffizienz ^b	6
6.7.7.1 Ärztemangel in ländlichen Gebieten und bei niedergelassenen ÄrztInnen ^b	7
6.7.7.2 Medizinische Unzulänglichkeiten (insb. bei schwerkranken Menschen) / Auswahl von leichten und schweren Fällen ^b	12
6.8 Persönliche Werte in Bezug auf die psychische Gesundheitsversorgung ^a	53
6.9 Ärztliche Selbstverwaltung in Deutschland ^b	4
Legende:	
®: Code-Kategorie deduktiv abgeleitet aus der Innovationsdiffusionstheorie von Rogers	
a: Deduktiv abgeleitete Code-Kategorie	
b: Induktiv aus dem Interviewmaterial ermittelte Code-Kategorie	

3.1 Relative Vorteile und ihr Einfluss auf die GTB-Diffusion

3.1.1 Subkategorien des relativen Vorteils nach Rogers

Gemäß Rogers umfasst der relative Vorteil einer Innovation insbesondere folgende Subkategorien: Die ökonomische Profitabilität, niedrige Anschaffungs- bzw. Initialkosten, eine Verringerung von Unannehmlichkeiten, soziales Prestige, Zeitersparnis sowie eine

unmittelbare Belohnung. Wird die Gesamtheit des von den beteiligten Akteuren empfundenen relativen Vorteils der Innovation als groß wahrgenommen, steht dies in einem positiven Zusammenhang mit der Adoptionsrate (Rogers, 2003). Bezüglich der genannten Subkategorien zeichnen die Studienergebnisse zum relativen Vorteil insgesamt ein ambivalentes Bild, welches im Folgenden näher dargestellt wird.

Die ökonomische Profitabilität eines GTB ist insofern grundsätzlich nicht gegeben, da die Einführung eines solchen Modells, wie oben beschrieben, auch im ökonomisch günstigsten Fall mit keinen deutlichen Kosteneinsparungen bzw. dem Abwurf höherer Gewinne einhergeht. Das Budget ist grundsätzlich fix und setzt damit den Anreiz einer effizienten Behandlung, ist allerdings aus Sicht der Leistungserbringer im Vergleich zum Regelsystem monetär nicht wesentlich gewinnbringender. Dieses Geschäftsmodell kann insbesondere die Zurückhaltung privater Leistungserbringer erklären, welche aufgrund ihrer Trägerschaft per se darauf aus sind, mit der psychiatrischen Versorgung Gewinne zu erzielen. Kommunale Träger akzeptieren dagegen auch ausgeglichene wirtschaftliche Ergebnisse (Afraz, Vogel et al., 2021).

„Solange es versucht wird, mit einer entsprechenden Rendite in der Psychiatrie von zehn bis fünfzehn Prozent Geld zu verdienen, wird es nicht gelingen, das [Anmerkung der Autorin: das GTB-Modell] mit diesen Häusern zu vereinbaren.“ P019

Die Initialkosten, ein GTB vor Ort zu implementieren, sind sehr groß, sofern die Versorgung gemäß der GTB-Kernidee konsequent neukonzipiert wird. Auch der Aufwand seitens der Verhandlungspartner sowie der Aufwand der Klinikmitarbeitenden im Anschluss, die angestrebte neue Versorgung zu etablieren, wird als sehr groß eingeschätzt. Der initiale Aufwand nach Rogers stellt insgesamt eine bedeutende Hürde bei der Verbreitung des GTB dar. Der Aufwand ist im vorliegenden Fall sowohl materiell als auch immateriell, d.h. es fallen Kosten für bspw. bauliche Maßnahmen und Schulungen an; der Aufwand äußert sich allerdings ebenso in der Etablierung eines modernen Mindsets gegenüber moderner psychiatrischer Versorgung.

Eine Verringerung der Unannehmlichkeiten nach Rogers kann langfristig auf Seiten all derjenigen gesehen werden, die die Notwendigkeit spüren, psychiatrische Versorgung modernisieren und damit optimieren zu wollen, um dem Bedarf der Patienten gerechter zu werden und somit Patientenzufriedenheit zu steigern. Gleichzeitig setzt das GTB durch die Budgetierung sogar einen wünschenswerten finanziellen Anreiz, die Versorgung zu optimieren, indem sie effizienter und nachhaltiger gestaltet wird.

„(...) und typischer Weise ist es so, dass die beste Medizin auch die ökonomisch beste Medizin ist.“ P024

Eine Fallzahlausweitung würde nicht wie im Regelabrechnungssystem mit Gewinn, sondern im Globalbudget pro Kopf mit Verlusten einhergehen:

„Das ist aus meiner Sicht ein großer Anreiz, ein System aufzubauen, das den Menschen hilft und nicht dem Abrechnungssystem. Das ist, glaube ich, der entscheidende Ansatz.“ P021

Als prestigeträchtig nach Rogers empfanden die Vertragspartner insbesondere die frühe Implementierung eines GTB-Modells. Gleichzeitig ist die reine Kopie eines bereits bestehenden Modells mit deutlich weniger sozialem Prestige verbunden, was die „Re-Invention“ gemäß Rogers, d.h. eine individuelle Anpassung an beispielsweise regionale Gegebenheiten attraktiv erscheinen lässt. Auf diesem Weg genießen die Akteure, die ein GTB mit individueller Note und Besonderheiten vereinbart haben, nach außen ein höheres Ansehen, was wiederum als Triebfeder zur GTB-Implementierung dienen kann.

Eine Zeitersparnis nach Rogers kann im Sinne einer effizienteren Patientenbehandlung gesehen werden, die zu einer Fallzahlreduktion der erbrachten Leistungen führt. Des Weiteren ist eine Reduktion von Überstunden möglich, die wiederum die Arbeitszufriedenheit der Klinikmitarbeitenden positiv beeinflusst.

Die genannten positiven Aspekte des GTB und der damit ermöglichten Versorgungsform werden insgesamt als bedeutend eingeschätzt, werden allerdings für eine Region in der Regel erst mittel- und langfristig sichtbar. Eine unmittelbare Belohnung nach Rogers könne somit am Anfang lediglich in der Aussicht auf positive Langzeit-Auswirkungen durch ein GTB liegen. Diese vielversprechende Aussicht ist damit wiederum als verzögerter aber nichtsdestoweniger positiver Anreiz immaterieller Art zu werten.

„Ansonsten verstehe ich es überhaupt nicht, weil wir haben ja seit Beginn – das ist ja jetzt das elfte Jahr schon – ja kaum eine Steigerung. Nur die Grundlohnsummenanpassung, die kriegen wir ja, aber ansonsten ist ja unsere Steigerungsrate viel flacher verlaufen als in manchen anderen psychiatrischen Bereichen und insofern, das ist der Teil, den ich nicht so richtig verstehe, warum die nicht alle mit Jubel auf die Psychiatrien zukommen und sagen, ihr müsst jetzt Regionalbudget einführen [lacht].“ P009

Die relativen Vorteile scheinen insgesamt das Potenzial zu haben, Akteure vom GTB-Vertragsabschluss zu überzeugen und ein förderlicher Faktor für die Diffusion zu sein.

3.1.2 Antrieb zum Systemwechsel durch gesteigerte Versorgungsqualität

Die Interviewpartner waren sich bezüglich einer aus medizinisch-therapeutischer Sicht optimierten Patientenversorgung durch das GTB einig. Diese ist gekennzeichnet durch eine größere Flexibilität im Behandlungsspektrum mit u.a. neuen und bisher nicht angebotenen Leistungen, weniger Bürokratie und eine größere Nachhaltigkeit der patientenindividuellen Therapien, die sich eng an der Lebenswelt der Patienten orientieren und durch Behandlungskontinuität gekennzeichnet sind (Afraz, Vogel et al., 2021).

„Das ist das tolle am Regional-Budget, dass ich hier gucken kann: Was macht Sinn? Was ist jetzt gut für meine Patienten und für deren Versorgung?“ P004

Über die in der Publikation dargestellten Ergebnisse hinaus konnte in der Studie gezeigt werden, dass das Versorgungskonzept eines GTB bei vielen Kliniken insbesondere im gut vernetzten psychiatrischen Direktorenkreis auch außerhalb des Adopter-Kreises auf allgemeine Zustimmung stößt. Gleichwohl spiegelt die realisierte GTB-Anzahl diese Grundüberzeugung der Kliniken aufgrund von wahrgenommenen Hindernissen aktuell nicht wider:

„Aber es ist so schwer, es umzusetzen, weil es uns wirklich auch schwer gemacht wird, muss ich echt sagen.“ P029

Ein Großteil der Befragten hob den insbesondere für die Patienten erstrebenswerten Effekt hervor, dass durch die GTB-typische Versorgung die Ambulantisierung nah an der Lebenswelt der Patienten deutlich vorangetrieben werden kann. Diese Behandlungsweise nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ befürworteten die meisten Befragten in deutlicher Art und Weise, um dem Zeitgeist moderner psychiatrischer Patientenversorgung gerecht zu werden.

Eine Vielzahl der Patienten, die vorher im Regelabrechnungssystem u.a. aufgrund fehlender Alternativen vollstationär geführt wurden, können im GTB ambulant geführt werden, schildern Vertreter der Adopter-Regionen. Sie alle konnten aufgrund des Gesamtbudgets das Angebot ambulanter Leistungen inkl. bisher nicht im Regelsystem erbringbarer Leistungen vor Ort vielfältig erweitern. Diese Angebote wurden seitens der Patienten positiv angenommen und verstärkt genutzt, auch wenn einige der Befragten hieran ursprünglich Zweifel hatten, insbesondere bei therapieerfahrenen chronisch Erkrankten. Eine Reduktion stationärer Aufenthalte bzw. der vollstationären Verweildauer war die Folge.

„Und ich bin selbst total überrascht, dass wir jedes Jahr [Anmerkung der Autorin: mit der stationären Belegung] weiter runtergehen. Das ist wie ein Prozess: Wenn Sie den anstoßen, dann läuft der von selber. Sehr merkwürdig. Das war auch das, was die Kollegen erzählt hatten, was ich damals gar nicht so richtig glauben konnte.“ P004

Ein Krankenkassenvertreter einer Early-Adopter-Region wies in diesem Zusammenhang auf eine Patienten-Evaluation vor Ort hin, die eine Korrelation zwischen der durch das GTB im Vergleich zur klassischen stationären Versorgungsform gewonnenen Versorgungsqualität und der Vermeidung von Drehtüreffekten zeige.

Vereinzelt wurde das mitunter regional schwache Netz niedergelassener psychiatrischer sowie psychotherapeutischer Praxen als Herausforderung für eine umfassend gute Versorgung dargestellt. Durch ein GTB mit ambulantem Fokus biete sich die Chance, diesem regional unterschiedlich ausgeprägten Mangel ambulanter Versorgung zu begegnen. Daher wäre gemäß Aussage eines Controllers einer Adopterregion die Bereitschaft der Krankenkassen wünschenswert, strukturelle Defizite im niedergelassenen Bereich durch ein entsprechend höheres Budget für eine GTB-Klinik mit substituierenden ambulanten Angeboten auszugleichen. Gleichwohl könne eine Klinik mit GTB-Versorgung die vertragsärztlichen Defizite vor Ort nicht in Gänze kompensieren.

Einige Adopter beschreiben ihre große Zufriedenheit im neuen System bezüglich der durch das fest vereinbarte Budget wegfallenden Abrechnungsprüfungen seitens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Eine deutliche Reduktion des Misstrauensaufwandes führe zu einer spürbaren Bürokratieentlastung. Zeit- sowie Geldressourcen werden dadurch wieder frei für die direkte Patientenversorgung:

„In Chefarzt-Runden werde ich stets beneidet sozusagen [Anmerkung der Autorin: P009 lacht], weil ich mich nicht mit diesen ganzen schrecklichen Prüfgeschichten des MDK auseinandersetzen muss und weil ich hier einfach eine sehr freie Arbeit habe.“ P004

Da in keiner der Anwenderregionen der Vertrag über ein GTB nach der anfänglichen Modellimplementierung durch Vertragskündigung oder Nichtverlängerung eingestellt wurde, stützt auch dieser Umstand die grundsätzliche Zufriedenheit der an einem GTB beteiligten Akteure.

„Also alle die Vierundsechzig-B machen, jedenfalls alle die ich kenne, keiner von denen will zurück.“ P012

Zusammenfassend besteht unter den Adoptern bzw. Regionen mit gescheiterten GTB-Verhandlungen Konsens darüber, dass die individuelle Gestaltungsfreiheit der Versorgung passend zur Region als Vorteil gegenüber der Regelversorgung wertgeschätzt wird. Umso größer fällt das allgemein unter den Befragten der Kliniken

herrschende Unverständnis aus, warum nicht mehr GTB-Verträge mit den Leistungsträgern erfolgreich geschlossen werden konnten.

3.1.3 Hometreatment im GTB als geeignete Alternative zu StäB

Die meisten Befragten, die sich näher zur Thematik aufsuchender häuslicher Behandlung geäußert haben, bewerten dieses im Folgenden als Hometreatment bezeichnete Behandlungssetting als bereichernde Möglichkeit, das Versorgungsspektrum einer Klinik zu erweitern. Hometreatment erscheint unter den Befragten im Vergleich zu stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung (StäB) nach § 115d SGB V bevorzugt zu werden.

Insbesondere in ländlichen Gebieten wird Hometreatment jedoch vereinzelt von entsprechend dort lokalisierten Akteuren kritisch gesehen – weniger aus medizinischen Gründen, sondern da es vor Ort als schwer umsetzbar eingeschätzt wird. Dies liege unter anderem am Ungleichgewicht zwischen Kosten und Nutzen aufgrund der mitunter langen Anfahrtszeiten im ländlichen Raum. Diesen erhöhten Zeitaufwand könne nur eine entsprechend höhere Anzahl Mitarbeitender kompensieren. Daher ist die Hometreatment-Möglichkeit zwar in vielen, aber nicht in allen Modellvorhaben nach § 64b SGB V fest verankert.

Gegenüber der Einführung der StäB habe das Hometreatment im Rahmen eines GTB Vorteile. Es ermögliche je nach regionaler Ausgestaltung die aus medizinischer Sicht notwendige Flexibilität in der aufsuchenden Tätigkeit von Klinikmitarbeitenden. So könne Hometreatment in manchen Fällen bis zu täglich erbracht werden, die Häufigkeit kann aber patientenbedarfsgerecht sowie nach klinikeigener Ressourcenplanung individuell und flexibel angepasst werden. Grundsätzlich biete StäB zwar einen guten, da ähnlichen inhaltlichen Ansatz zum Hometreatment; so handele es sich durchaus um „*ein gut gemeintes Gesetz*“ (P030). Allerdings bewege sich die Erbringbarkeit dieser StäB-Leistungen in als sehr eng empfundenen und starren Grenzen. Sie unterliegen durch die entsprechenden Selbstverwaltungsorganisationen streng verhandelten Vereinbarungen bezüglich u.a. der Leistungsbeschreibung und den Anforderungen an die Dokumentation. Die persönliche positive Erfahrung zum Hometreatment im GTB im direkten Vergleich zu StäB schildert ein Psychiater einer Adopter-Region wie folgt:

„Also so, dass das ganz flexibel läuft, je nach Überschrift. Und das geht halt in 64b richtig gut und auch viel besser ja als jetzt in stationsäquivalenter Behandlung. Denn StäB – damit man diese Pauschalen da abrechnen kann, muss man die [Anmerkung der Autorin: die

Patienten zuhause] ja wirklich jeden Tag besuchen. Und da wird auch wieder so was Starres ins System eingepflegt, wo doch das, was das System bräuchte, eigentlich die Flexibilität ist.“ P012

Gleichzeitig wirke eine breite Umsetzung der StäB-Leistungen in praxi mitunter unerwünscht.

„Dann habe ich eher den Eindruck, dass wird alles so hochschwellig mit hunderttausend Eingangsvoraussetzungen versehen, dass es letztendlich nicht stattfinden wird.“ P009

Einige Befragte teilen die Wahrnehmung, dass die verhandelten hohen formalen Hürden eine breite Umsetzung zu vereiteln scheinen, was wiederum das Vertrauen in die Leistungsträger sowie die Selbstverwaltung zu schwächen scheint:

„Also wir sind ja im Moment auch in der Verhandlung wegen der stationsäquivalenten Behandlung, und das ist so hirnrissig, also da merkt man jetzt schon, wie viel Energie dareingesetzt wird, dass diese gesetzlich vorgeschriebene Möglichkeit nicht flächendeckend in die Umsetzung kommen wird. Und das ist schon ein bisschen ähnlich, dass es ein hohes Misstrauen der Kostenträger gibt, dass es hohe Anforderungen gibt. Wir haben mittlerweile mehrere Fragenkataloge der Kostenträger ausgefüllt, Konzepte geschrieben, Checklisten und so weiter und so fort. Und immer noch sind die nicht zufrieden, und immer noch haben wir keinen Preis verhandelt. Und wenn man das wirklich alles so der Selbstverwaltung überlässt, dann scheint das irgendwie nicht so richtig gut zu klappen.“ P029

Im Übrigen nimmt ein Befragter den additiven Charakter von StäB-Leistungen bereits durch die Begrifflichkeit „stationsäquivalent“ anstatt „stationersetzend“ wahr. Die primäre Absicht sei es nicht gewesen, mit ihnen stationäre Verweildauern zu reduzieren; StäB sei im Kern als „*zusätzliches Geschäftsfeld*“ (P037) gedacht, was die seitens der GKV eng verhandelten Grenzen erkläre, um zusätzliche Kostenzuwächse zu bremsen. So sei das Regelabrechnungssystem per se bereits anfällig für Kostenzuwächse, da es durch entsprechende finanzielle Anreize grundsätzlich von Expansion geprägt ist.

Dagegen forcieren der Grundgedanke eines GTB gerade kein zusätzliches Geschäftsfeld, sondern bedürfnisgerechte und damit effiziente Versorgung, die im Stande ist, Kontakte mit Behandelnden auf ein sinnvolles und notwendiges Maß zu reduzieren:

„Da muss man sich erstmal umgewöhnen. Wenn man in ein Regional-Budget geht, geht es nicht darum, immer mehr zu machen, noch immer neue Bereiche aufzutun, noch mehr ambulante Patienten zu versorgen, sondern es geht darum, die Patienten, die da sind, möglichst gut zu versorgen. Und das ist ein anderes Denken.“ P004

Zusammenfassend konnte die gesetzliche Einführung von StäB-Leistungen in das Regelsystem der Psychiatrieabrechnung, was mitunter als „*Gemischtwarenladen*“ (P037) empfunden wird, die Versorgungslücke im Regelsystem nicht wie beabsichtigt schließen. Die Ergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass Hometreatment mittels GTB-

Vergütung eine geeignetere Alternative zu StäB-Leistungen darstellt, um eine zufriedenstellende da bedürfnisgerechte und flexible aufsuchende Behandlung bei Patienten gewährleisten zu können.

3.1.4 Einfluss der Kostenentwicklung im GTB auf die GTB-Diffusion

Die ökonomische Bewertung fiel insbesondere bei den Controllern ambivalent aus. Das berichtete Spektrum reicht von potenziellen Kosteneinsparungen für die GKV durch Steigerung der Effizienz und Nachhaltigkeit der Behandlung über reine Kostenstabilität durch bloße Ressourcenverlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung bis hin zur Abmilderung weiter steigender zukünftiger Kosten durch ein GTB.

Im Folgenden werden weitere Erkenntnisse aus der Studie zur Kostenentwicklung im GTB dargestellt, die über den Ergebnisteil der Publikation Afraz et al. 2021 hinausgehen.

Die Befragten sind sich trotz des beschriebenen Spektrums in folgender Hinsicht einig, dass ein GTB im Vergleich zum Regelabrechnungssystem im ungünstigsten Fall nicht kostenintensiver sein würde, sodass die ökonomische Bewertung selbst bei konservativer Betrachtung kein Hindernis für einen GTB-Vertragsabschluss bedeuten könne. Selbst bei dieser konservativen Betrachtung des ökonomisch ungünstigsten Falles diene das GTB als geeignetes „Mittel zum Zweck“ (P010) für die Finanzier- und somit Realisierbarkeit des aus medizinischer Sicht gewünschten Versorgungsmodells, um die unerwünschten finanziellen Zwänge des Regelabrechnungssystems zu überwinden:

„Nein, es hat eigentlich keinen Vorteil [Anmerkung der Autorin: aus kaufmännischer Sicht], nein. Es hat eigentlich keinen Vorteil, außer dass es eine Systemfrage ist.“ P021

„Es war für mich faszinierend, dass wir mit diesem Finanzierungssystem aus bestimmten Zwängen herausgekommen sind. (...) Wir waren plötzlich befreit von diesen wirtschaftlichen Zwängen und konnten wirklich nur noch orientiert an den Bedürfnissen der einzelnen Patienten, sehr individuell das Behandlungssetting stricken. Ohne dass wir einen finanziellen Nachteil hatten.“ P009

Einerseits trifft die mit einem GTB im ökonomisch ungünstigsten Fall erreichte Abmilderung weiter steigender zukünftiger Kosten, d.h. im Wesentlichen Ausgabenstabilität mit ggf. lediglich moderaten Kostensteigerungen, ein ökonomisches Hauptinteresse der Leistungsträger:

„Es ist auf jeden Fall so, dass die Motivation für Kassen dahinter ist: Ausgabenstabilität. Das ist kalkulierbar, das heißt Planungssicherheit.“ P021

Andererseits zeige die Erfahrung von Befragten allerdings die allgemeine Herausforderung, Krankenkassen vom Abschluss eines GTB-Vertrages aufgrund der mitunter verbreiteten jedoch fälschlichen Auffassung zu überzeugen, dass die GTB-Versorgung durch die Ambulantisierung von Leistungen mit einer deutlichen Kostensenkung einhergehen könne. Es besteht allerdings Konsens unter den Befragten darüber, dass – im ökonomisch günstigsten Fall – von einer Kostensenkung der Versorgung durch ein GTB nicht in einem deutlichen Ausmaß auszugehen sei. Diese Logik sei insbesondere unter Krankenkassenvertretern oftmals bis heute schwer zu durchbrechen.

Darüber hinaus wurde die Befürchtung adressiert, dass Krankenkassen den Leistungserbringern nach einer GTB-Implementierung vor dem Hintergrund einer sich selbst im ökonomisch ungünstigsten Fall zeigenden Abmilderung steigender Versorgungskosten vorwerfen könnten, dass ihre Regelversorgung vor einem GTB-Umstieg unverhältnismäßig teuer war. Dieser schwerwiegende Vorwurf könne auch gegenüber Leistungsträgern ohne GTB laut werden, dass ihre Regelversorgung im Vergleich zu vergleichbaren Regionen, die ein GTB implementiert haben, unverhältnismäßig teuer sei:

„Ein Effekt der Regionalbudgets (...) ist, dass es zu einer Verringerung der stationären Bettenkapazitäten kommt, und das kann man – und das tun Krankenkassen auch – als Vorwurf instrumentalisieren gegenüber denjenigen, die nicht in solchen Regionalen Budgets unterwegs sind, in dem Sinne, dass man sagt, ihr habt hier viel zu viele Betten, und eigentlich ist ein Großteil dessen, was ihr an stationärer Leistungserbringung hier macht, strenggenommen Fehlbelegung.“ P022

3.2 Wahrgenommene Risiken und ihr Einfluss auf die GTB-Diffusion

Als wichtige wahrgenommene Risiken konnten die unzureichende Teilbarkeit und Reversibilität, jeweils im Sinne einer Erprobbarkeit des GTB, identifiziert werden (Afrac, Vogel et al., 2021). Im Folgenden wird auf ihren Einfluss auf die GTB-Diffusion detaillierter eingegangen und ebenso auf einige ökonomische Aspekte in diesem Zusammenhang.

3.2.1. Einfluss der Teilbarkeit

Im Rahmen des GTB kann eine Erprobung beispielsweise auf einer begrenzten Basis geschehen, indem ein GTB-Vertrag nicht alle Krankenkassen umfasst. Für die GTB-Versorgung steht in diesem Fall nur ein Teilbudget zur Verfügung, sodass sie im Parallelbetrieb zum Regelversorgungssystem läuft, anstatt dieses vollständig abzulösen.

Diese Möglichkeit wird im Folgenden als Teilbarkeit bezeichnet und stellt ebenso wie die Reversibilität (s. Kapitel 3.2.2.) einen Teilaspekt der Erprobbarkeit dar.

Die Erprobbarkeit des GTB wurde von allen Akteursgruppen als schlecht bewertet, obwohl die gesetzliche Grundlage gerade als Chance zur Erprobung neuer Ideen dienen soll. Im Detail ergaben sich hinsichtlich der Teilbarkeit kontroverse Meinungen zwischen den Akteuren mit einem umfassenden GTB und denjenigen mit einem Teilbudget (Afrac, Vogel et al., 2021). Einzelne Befragte aus Adopter-Regionen sehen für ein erfolgreiches GTB im Sinne einer „Ganz-oder-gar-nicht-Lösung“ die notwendige Bedingung, dass alle Krankenkassen partizipieren müssten.

Je länger ein umfassendes GTB mit allen Krankenkassenpatienten in einer Region erfolgreich besteht, desto weniger sehen die entsprechenden Befragten der Region die organisatorische Machbarkeit eines Parallelbetriebs mit uneinheitlichem Vergütungsansatz.

Gleichwohl sehen vereinzelte Befragte vor allem die Chancen in entsprechenden GTB-Verträgen mit wenigen Krankenkassen und folglich im initialen Parallelbetrieb eines zunächst nur bedingten „Global“-Budgets mit der Regelversorgung. Nach ihrer eigenen Erfahrung ist es machbar, ein Budget mit einer geringeren Anzahl an Krankenkassen erfolgreich zu vereinbaren und die Versorgung im Parallelbetrieb entsprechend zu gestalten, auch wenn alle ein Modell mit allen Krankenkassen grundsätzlich präferiert hätten. Im Übrigen sei in diesem Parallelmodell sogar eine moderate Weiterentwicklung der Regelversorgung in die gewünschte Versorgungsrichtung möglich. Da die Teilnehmerzahl am Verhandlungskonstrukt deutlich geringer gewesen ist, waren die Vertragsverhandlungen weniger komplex. Ein initialer Vertragsabschluss wird somit als realistischer eingeschätzt.

„(...) und dann hat eine Insellösung sogar einen gewissen Vorteil, sie bringt nicht das Gesamtsystem von vornherein ins Wanken, sondern sie lässt sich realisieren.“ P037

Folglich können nach einem erfolgreichen Vertragsabschluss mit wenigen Partnern die vereinbarten Teilbudgets neben der Regelversorgung angepasst bzw. optimiert werden und schließlich erste positive Bewertungsergebnisse hervorbringen, die mit größerer Wahrscheinlichkeit das Interesse weiterer Beteiligter wecken.

Im Übrigen hat sich, obwohl anfangs als große Herausforderung befürchtet, sogar die Kommunikation sowohl gegenüber Klinikmitarbeitenden als auch gegenüber Patienten über eine Parallelversorgung mit voneinander abweichenden Leistungen in

entsprechenden GTB-Regionen als machbar erwiesen. GTB-Akteure mit umfassender Krankenkassenteilnahme, die nicht darauf angewiesen waren diesem Problem selbst zu begegnen, schätzten diesen Aspekt zum Teil als unüberwindbare Herausforderung ein.

3.2.2 Einfluss der Reversibilität

Der Mangel an Reversibilität als weiterer Teilaspekt der Erprobbarkeit wurde als eines der von den Krankenhäusern wahrgenommenen Hauptrisiken identifiziert (Afraz, Vogel et al., 2021).

„Also wenn man das konsequent macht, dann ist irgendwann der Punkt überschritten, wo man das zurückdrehen kann.“ P020

So erscheint der großen Mehrheit der Befragten eine konsequente Umstrukturierung bis hin zur Neukonzeption der Versorgung im Sinne des GTB in letzter Konsequenz als unumkehrbar, da sie zwangsläufig mit vielschichtigen und gravierenden Aufwänden bzw. Veränderungen materieller sowie immaterieller Art in einer Klinik, wie oben bereits angerissen, einhergeht. Diesbezüglich besteht zwischen Psychiatern und Controllern Einigkeit. Gleichwohl muss die Einführung eines GTB aufgrund der unausweichlichen Befristung der Verträge – als Modellvorhaben per definitionem – zwangsläufig reversibel sein. In diesem Spannungsfeld und der daraus resultierenden Unsicherheit müssen die Akteure ihre Versorgung vor Ort gestalten.

Auf der einen Seite appelliert das GTB mit der versorgerischen Kernidee, Versorgung hin zu mehr Ambulanz zu verlagern, an eine veränderte innere Einstellung zur psychiatrischen Behandlung bei allen Klinikmitarbeitenden, dass weniger stationäre Betten ausreichen können. So stellt ein Psychiater eine Adopter-Region über sein eigenes Umdenken fest:

„Also insofern hat sich da auch in unserem Bewusstsein was verändert über diese elf Jahre. Ich weiß heute, dass ich eigentlich mit fünfzig Betten ungefähr auskomme. Und damals hätte ich behauptet, wir brauchen hundert! Also das, also da hat sich schon was entwickelt, auch in den Köpfen – auch in meinem Kopf über die Jahre.“ P009

Eine entsprechende tiefgreifende Umstellung bedürfe insbesondere initial Zeit, Anstrengung und einem hohen Maß an Engagement seitens der Mitarbeitenden, die – so beschrieb es ein Großteil der Befragten – die neue Versorgungsform begrüßen und mehrheitlich gerne im neuen System mitwirken, was einen erzwungenen Systemwechsel zurück zur Regelversorgung umso schmerzlicher gestalten würde. Ein Psychiater einer

Early-Adopter-Region beschreibt diesen unumkehrbaren Prozess nach einer GTB-Einführung wie folgt:

„Da passiert was, was man nicht zurückdrehen kann. Also, da werden menschliche Erfahrungen geteilt. Und das ist ziemlich – das ist wahrscheinlich ziemlich, na ja das ist wahrscheinlich ziemlich mächtig.“ P012

Auf der anderen Seite sind die notwendigen finanziellen Investitionen u.a. in bauliche Maßnahmen, Schulungen und einen Fuhrpark für die häusliche Pflege initial sehr hoch. Für Krankenhäuser wäre daher eine unfreiwillige Rückkehr und Rückentwicklung in das alte System bei Nichtverlängerung des Vertrages oder einer vorzeitigen Beendigung durch einen Vertragspartner mit erheblichem betriebswirtschaftlichem Schaden verbunden. Diese Sorge vor finanziellen Rückschlägen verhindere eine konsequente Umsetzung des GTB, beispielsweise in Form eines rigorosen Bettenabbaus.

„Es ist ganz klar, wenn ich jetzt in Richtung Regionalbudget bin, kann ich nicht nach acht Jahren die Uhr auf Regelbudget zurückstellen. Ich bin ja in eine ganz neue Versorgungsform gegangen. Ich habe Stützpunkte gebildet, ich habe Personal umgeschult, ich habe einen Fuhrpark aufgebaut. Ich habe ambulantisierend behandelt, ich habe ein Hometreatment gemacht. Das wollen wir dann nach acht Jahren alles wieder ins Regelsystem [Anmerkung der Autorin: überführen] und jetzt nehmen wir euch wieder stationär auf und parallel im besten Fall haben wir ja noch ein paar Betten abgebaut bei der Aktion oder zumindest keine mehr aufgebaut, nicht. Wie soll das gehen?“ P030

3.2.3. Einfluss des ökonomischen Risikos

Im Regelabrechnungssystem korreliert ein Bettenabbau, der wie oben beschrieben typischerweise mit einer GTB-Implementierung einhergeht, grundsätzlich mit einer reduzierten Finanzierung durch das jeweilige Bundesland. Aus ökonomischer Sicht ist die Psychiatrie allerdings ein wesentlicher Faktor der Krankenhausgesamtfinanzierung, die neben den Kosten der medizinischen Behandlung auch einen Teil der Investitionskosten decken muss. Das Gleichgewicht zwischen Abteilungen mit unterschiedlichen Gewinnmargen müsse hergestellt werden.

„Psychiatrie, darf ich Ihnen mal sagen, hat eine der höchsten Deckungsbeiträge in jeder normalen Klinik. Das heißt, erzielt den größten Gewinn.“ P021

Jede Änderung des Finanzsystems fern der gelebten Praxis führe somit zu finanziellen Unsicherheiten, so ein Controller:

„Und ich glaube das ist das, also rein kaufmännisch ist es eigentlich eher Selbstmord, ein etabliertes System, das sich selbst rechnet, so zu verändern, dass man kaufmännisch unsicherere Rahmenbedingen hat.“ P021

Im Übrigen wurde auch das finanzielle Risiko eines unzureichend ausgehandelten Budgets aufgrund unkalkulierbarer Ausgabenentwicklungen bei zähen Budgetnachverhandlungen gelegentlich genannt. So gibt es für unkalkulierbare Kostenentwicklungen derzeit keine vereinbarte Berechnungslogik. Im Gegensatz zum regulären System wäre es im GTB viel schwieriger nach einer initialen Budgetfestsetzung nachzuweisen, dass eine Budgetanpassung notwendig ist.

4 Diskussion

4.1 Kurzzusammenfassung der Ergebnisse

Mit der Analyse konnten diverse Faktoren ermittelt werden, die die stagnierende Verbreitung des innovativen Finanzierungsmodells GTB erklären. Diese sind vor allem mangelnde Erprobbarkeit, fehlende Reversibilität im Falle einer Aufkündigung bzw. Nichtfortführung des GTB, schlechte Kompatibilität mit bestehenden Behandlungs- und Vergütungsstrukturen sowie die damit verbundenen erhebliche finanzielle Risiken. Der Prozess der Aushandlung und Etablierung des Modells ist zudem aufgrund einer Multiakteurskonstellation sehr komplex, mühevoll und zeitaufwendig. Es fehlen personelle Ressourcen mit Erfahrung bei der Ausgestaltung innovativer Konzepte und der Begleitung ihrer Umsetzung.

Erleichtert wurde die Diffusion bisher im Umfeld von besonders starken Einzelakteurinnen und -akteuren mit besonderer Risikobereitschaft, Meinungsführerschaft und informeller Vernetzung. Mittel- bis langfristig sichtbare Vorteile der durch ein GTB ermöglichten Versorgungsausgestaltung und -qualität dienten als Antrieb zum Vergütungssystemwechsel. Dazu gehört u.a. die Möglichkeit, ein insbesondere im Vergleich zu StäB-Leistungen zufriedenstellendes Hometreatment erbringen zu können. Als günstige Rahmenbedingungen wurden die Monopolstellung des Krankenhauses, eine klar definierte Versorgungsregion und eine grundsätzlich nicht gewinnorientierte Organisationsform, eine Non-Profit-Governance des Leistungsträgers identifiziert.

4.2 Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie wurden in der Publikation Afraz et al. 2021 ausführlich diskutiert (Afrac, Vogel et al., 2021). Darüber soll an dieser Stelle nur ein kurzer Überblick gegeben werden. Die Diskussion wird im Folgenden durch weitere Aspekte sowie neuere Erkenntnisse ergänzt, die nicht in die Publikation eingegangen sind.

Die langsame Verbreitung von Innovationen im Gesundheitswesen ist in vielen Gesundheitssystemen nach wie vor eine große Herausforderung (Berwick, 2003; Dearing & Cox, 2018). Rogers' Modell liefert diesbezüglich gute Erklärungsansätze über den Einfluss der relevanten Merkmale wie beispielsweise relative Vorteile, Beobachtbarkeit,

Erprobbarkeit, Teilbarkeit sowie Reversibilität von Innovationen. Die ausgeprägte Komplexität des GTB allgemein und dessen Umsetzung konkret könnte ein Grund für die bislang geringe Verbreitung sein. Zwar wird in dieser Studie eine Teilbarkeit, um die Komplexität durch die Multiakteurskonstellation zu reduzieren, von den meisten Befragten als unzureichend bewertet. Allerdings zeigen die konkreten Erfahrungen aus erster Hand von (bisher wenigen) Regionen mit einem Teilbudget, wie in dieser Studie sowie anderweitig von betroffenen Kliniken berichtet bzw. veröffentlicht, dass eine teilweise Umsetzung mit weniger Beteiligten durchaus möglich und sogar vorteilhaft ist. Auch mit einer zunächst teilweisen Umsetzung können die gewünschten positiven Effekte für die Versorgung erzielt werden (Budnick, Kuhnert et al., 2021; Hardt, 2018).

Grundsätzlich muss sich die Innovation des GTB in einem gesundheitspolitischen Umfeld mit starken Trägheitskräften im Regelvergütungssystem bewähren. Dieses ist nicht nur durch institutionelle Komplexität und vorherrschende Tendenzen zur Erhaltung des Status quo gekennzeichnet, sondern zugleich durch Pfadabhängigkeiten, die disruptive Innovationen erheblich erschweren bis unmöglich machen (Auschra & Sydow, 2020; Sydow, Schreyögg et al., 2009). Darüber hinaus liegt der Anreiz im gegenwärtigen psychiatrischen Versorgungssystem weitgehend im Ausbau der vergleichsweise gut vergüteten stationären Versorgung. Die inzwischen in Kraft getretene Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie PPP-RL (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021) setzt jedoch mit ihren umfassenden, mitunter als überbordend empfundenen, zusätzlichen Dokumentationserfordernissen und Nachweispflichten der im stationären Sektor erbrachten Leistungen die betroffenen Akteursgruppen im Regelvergütungssystem stark unter Druck (Kieser, 2020). Möglicherweise entstehen hierdurch neue Anreize, weitere GTBs zu vereinbaren, um eine damit verbundene Reduktion des rechtfertigenden Dokumentationsaufwandes zu erreichen sowie Restriktionen der angebotenen Leistungen für deutlich mehr Flexibilisierung zu entgehen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie, dass gravierende Entwicklungen im Regelsystem Kollateralwirkungen auf die GTB-Diffusion ausüben können.

Für eine GTB-Umsetzung liegen umfangreiche und detaillierte Orientierungshilfen zu den Aspekten des Leistungsangebots sowie möglicher finanzieller Vertragsgestaltungen, wie anfangs bereits beschrieben, öffentlich zugänglich vor (Deister & Wilms, 2014). Zu den als positiv bewerteten Leistungsangeboten zählt laut der Ergebnisse dieser Studie

beispielsweise das Hometreatment. Analog zu diesen Ergebnissen zeigen auch Schwarz et al. 2020, dass Hometreatment innerhalb von GTB-Modellvorhaben eine von den Behandlern als alltagsintegrativ wahrgenommene Versorgung ermöglicht, die den Patientenbedürfnissen und regionalen Besonderheiten entgegenkommt (Schwarz, Zeipert et al., 2020). Des Weiteren unterstützen Studienergebnisse von Schwarz et al. 2021 an psychiatrischen Kliniken im Raum Berlin/ Brandenburg die Vermutung, dass Hometreatment mittels GTB-Vergütung eine zufriedenstellende aufsuchende Patientenbehandlung und somit eine geeignete Alternative zu StäB-Leistungen darstellen kann (Schwarz, Bechdorf et al., 2021). Die Möglichkeit, ein adäquates Hometreatment mittels GTB anzubieten, kann somit insbesondere aus Sicht der Behandler als förderlicher Faktor für die Diffusion des GTB interpretiert werden.

Aufgrund der geringen Zahl verhandlungsbereiter Krankenkassen ist jedoch zu vermuten, dass das Wissen um den von den Psychiaterinnen und Psychiatern wahrgenommenen Nutzen die Krankenkassen nicht ausreichend erreicht. Dies könnte wiederum als Kommunikationsproblem interpretiert werden. Alternativ wurde der Nutzen aus Sicht der Krankenkassen möglicherweise als weniger überzeugend bewertet, weil die kurzfristigen ökonomischen Risiken eines GTB gegenüber dem langfristigen ökonomischen Effekt der integrierten Versorgung dominieren. Unsere Analyse legte hier außerdem eine Diskrepanz bezüglich der Beurteilung der Bedeutung vorliegender Evidenz zwischen den Akteursgruppen offen. Während Psychiatrie-Leitungspersonen die vielfältige Evidenz für die klinischen und ökonomischen Vorteile des GTB wahrnahmen und für ihre Entscheidungen anerkannten, bewerteten Leistungsträger dieselbe Evidenz teilweise kritischer und bemängelten eine unzureichende Übertragbarkeit dieser ausschließlich regionalen Studienergebnisse auf eine gesamtdeutsche Versorgungssituation. Die zunächst kritische Perspektive, insbesondere der großen Krankenkassen, auf eine Skalierung des GTB ist dabei nachvollziehbar, sind sie doch grundsätzlich zu einer Versorgungssicherung der Gesamtheit ihrer Versicherten über alle Regionen Deutschlands hinweg verpflichtet. Nach Abschluss unserer Studie wurden die Zwischenergebnisse der bundesweiten Evaluationsstudie EVA64 gemäß § 65 SGB V publiziert, welche die Ergebnisse der jeweils regional begrenzten Studien bestätigen (eine ausführlichere Darstellung der Ergebnisse erfolgt unter Kapitel 4.3) (Baum, Schoffer et al., 2020; GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung et al., 2019; Yuriy Ignatyev, Mundt et al., 2019; Y. Ignatyev, Timm et al., 2017; Neumann, Baum

et al., 2021; Neumann, Swart et al., 2018; Petzold, Neumann et al., 2016). Zwar sind die Prüfung und Auswertung kassenübergreifender Daten mit großen methodischen sowie technischen Herausforderungen und sich daraus ergebenden Limitationen verbunden. Dies liegt u.a. an der heterogenen deutschen Kassenlandschaft sowie an länderspezifisch unterschiedlichen Vergütungsregelungen (Feißel, Arnold et al., 2016; March, Zimmermann et al., 2020). Zu diesen Limitationen gehört des Weiteren die nur sehr eingeschränkte Möglichkeit, gewisse Endpunkte wie die Leitlinienadhärenz oder Krankheitsprogression anhand von Routinedaten zu bewerten. Aufgrund dieser Limitationen stehen daher grundsätzlich noch diverse Anpassungen der Methodik aus (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung et al., 2019). Ungeachtet dieser bestehenden Limitationen werden allerdings diese überregionalen Ergebnisse über alle Modellregionen hinaus die Krankenkassen, insbesondere die einflussreichen da großen Vertreter, möglicherweise von ihrer initial kritischen Haltung in naher Zukunft abrücken lassen und neben primär regional orientierten Analysen (Assheuer, Beine et al., 2021; Budnick, Kuhnert et al., 2021; Schwarz, Duve et al., 2020) einen An Schub zur weiteren Diffusion des GTB erzeugen.

Die Diffusion selbst wird von Rogers als ein sehr sozialer Prozess beschrieben, bei dem den zwischenmenschlichen Kommunikationsbeziehungen, der Interkonnektivität, eine hohe Bedeutung zukommt. Dabei hat die subjektive Bewertung der Innovation durch die Vorreiter, sogenannte „Near Peers“, einen wesentlichen innovationsfördernden Effekt (Kelly, St Lawrence et al., 1991). Hinweise auf ein derartiges Near-Peer-Phänomen könnte die Region Schleswig-Holstein geben, in der ein großer Teil der Versorgungsbezirke ein GTB mit fortgeschrittener Umsetzung, ausgeprägter integrierter Versorgung, mehr ambulanter Behandlung und stärkerer Unterstützung durch die Landespolitik aufweist (von Peter, Schwarz et al., 2021).

Die vorliegende Studie zeigt, dass Kommunikation grundsätzlich effektiv ist, wenn sie innerhalb gleicher Akteurskreisen stattfindet (Psychiater mit Psychiatern, Betriebswirte mit Betriebswirten), aber problematisch, wenn unterschiedliche Kreise miteinander kommunizieren (Psychiater mit Betriebswirten, Krankenhaus mit Krankenkassen). Da geeignete berufsgruppenübergreifende Vernetzungen bzw. Plattformen nicht regelhaft bestehen, werden Informationen, die für die jeweiligen Entscheidungsträger spezifisch wichtig sind, nicht durchlässig genug kommuniziert. Dieses Phänomen konnte auch im

Zusammenhang mit der Etablierung anderer innovativer Versorgungsformen im Gesundheitswesen beobachtet werden (Auschra, Deisner et al., 2018).

Die Anzahl der an einer Innovationsentscheidung beteiligten Akteursgruppen ist negativ mit der Diffusionsrate und der Diffusionsgeschwindigkeit korreliert. Bei GTB-Verhandlungen liegt allerdings zwangsläufig eine Multiakteurskonstellation vor. Da ein erfolgreicher Vertragsabschluss nur möglich ist, wenn ein vollständiger Konsens zwischen sehr unterschiedlichen Akteursgruppen mit zum Teil deutlich divergierenden Interessen erzielt wird, sind Vertragsverhandlungen in der Regel komplex, mühevoll, mitunter aufreibend und dauerten daher in den Fällen der vorliegenden Studie zum Teil Jahre. Welche Bedeutung im Fall des GTB die Akteurskonstellation mit zahlreichen kleinen Krankenkassen gegenüber der mit weniger zahlreichen großen Krankenkassen hat, konnte im Rahmen der vorliegenden Studie nicht vollumfänglich geklärt werden. Einerseits nimmt die Anzahl divergierender Interessen bei Verhandlung mit vielen kleinen Krankenkassen unweigerlich zu, andererseits wurde der häufig noch vorhandene lokale Bezug kleinerer Kassen und ihre Vernetzung mit regionalen Leistungsanbietern als positiv angesehen. Die großen, national agierenden Krankenkassen scheinen dagegen durch ausgeprägte Meinungsführerschaft, personelle Ressourcen sowie Marktmacht einen stärkeren Einfluss auf die Verbreitung von Innovationen im Gesundheitswesen zu haben; der lokale Bezug und die Kenntnis lokaler Akteurinnen und Akteure fehlt ihnen jedoch zumeist.

4.3 Einbettung der Ergebnisse in den bisherigen Forschungsstand

Die vorliegende qualitative Studie ist die Erste, die das Innovationsdiffusionsmodell von Rogers auf das GTB anwendet und damit Erklärungsmuster für die mangelnde Verbreitung identifiziert. Idealerweise ergänzen die Erkenntnisse dieser Studie um Hindernisse und förderliche Faktoren für die GTB-Diffusion die jüngsten bundesweiten quantitativen Evaluierungen wirtschaftlicher und patientenbezogener Endpunkte sowie Studien auf der Fallebene. Damit ergibt sich ein über unterschiedliche methodische Zugänge zusammengesetztes Gesamtbild der integrierten Versorgung in einem GTB.

Die oben bereits angeführte umfangreiche sowie überregionale Auswertung auf Basis von Routineleistungsdaten der GKV mittels der Evaluationsstudie EVA64 (Zwischenstand der Evaluationsergebnisse: April 2019; erwarteter Abschlussbericht: frühestens 2025) untersuchte die Effektivität, Kosten und somit Effizienz der bereits

implementierten Modelle im Vergleich zu Kontrollen von im Regelvergütungssystem versorgten Patientinnen und Patienten (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung et al., 2019). Analysiert wurden insbesondere patientenrelevante Endpunkte wie Krankheitsverlauf, Komorbidität, Mortalität, Leitlinienadhärenz bei der Therapie, Inanspruchnahme der stationären sowie ambulanten Versorgung, Wiedereinweisungsrate, Kontinuität der Therapeutenkontakte, Arzt- und Krankenhauswechsel. Auch ökonomisch relevante Endpunkte wie einerseits anfallende Behandlungskosten und andererseits Krankenstand und Überstundenanzahl der Krankenhausmitarbeitenden wurden untersucht. Die vorläufigen Zwischenergebnisse konnten unter anderem zeigen, dass sich die Anzahl der stationären Behandlungstage der Patientinnen und Patienten im innovativen Modell gegenüber den Kontrollgruppen signifikant verringerte und die Behandlungszeiten durch eine Umsteuerung in den teilstationären Bereich verschoben werden konnten. Dabei weisen Kliniken mit entsprechenden Vorläuferverträgen bereits initial ein niedrigeres Niveau an stationären Behandlungstagen auf. Hinweise gab es außerdem auf eine Verringerung der Arbeitsunfähigkeitszeiten der Patientinnen und Patienten. Aus ökonomischer Perspektive zeigen die vorliegenden statistisch signifikanten Effekte bezüglich der Behandlungskosten einen Trend zur Kosteneffektivität der Versorgung, wobei die Ergebnisse insgesamt, d.h. inklusive numerischer Effekte ein heterogenes Bild zeichnen (Baum, Schoffer et al., 2020; GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung et al., 2019; Yuriy Ignatyev, Mundt et al., 2019; Neumann, Baum et al., 2021; Neumann, Swart et al., 2018). Die beschriebenen Ergebnisse sind mit den Aussagen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner dieser Studie zum Innovationsgegenstand kongruent. Dies schließt sogar das insgesamt heterogene Ergebnis bezüglich der Einschätzung, wie sich die Versorgungskosten mit einem GTB entwickeln, mit ein.

In einem weiteren, kürzlich abgeschlossenen Projekt, der EvaMod64b-Studie, wurden die Erfahrungen und Bewertungen der GTB in ausgewählten Versorgungsregionen aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten, Angehörigen sowie Leistungserbringer, insbesondere auch der Pflegepersonen anhand eines Mixed Methods-Designs für möglichst unterschiedliche Erfahrungsaspekte untersucht. Der Fokus dieser Prozessevaluation lag auf den Implementierungserfahrungen, also dem Transformationsprozess, nachdem eine positive Adoptionsentscheidung getroffen

wurde. Die Ergebnisse zeigten, dass die Umstellung der Finanzierungsform auf ein GTB als ein wesentlicher Impuls und Treiber für die Weiterentwicklung psychiatrisch-stationärer Leistungen hin zu einer flexibleren, integrierten, ambulanten und regional angepassten Behandlung angesehen werden kann. Das Budget wirkt dem finanziellen Anreiz der Krankenhäuser zur Vollbelegung ressourcenintensiver stationärer Behandlungsplätze entgegen. Gleichzeitig setzt das Budget einen aus Versorgungsgesichtspunkten gewünschten Anreiz, präventiv und langfristig ressourcenschonend zu handeln sowie niedrigschwellige, ambulante und aufsuchende Angebote zu etablieren. Diese Veränderungen in der Krankenhausfinanzierung sowie der Leistungserbringung führen zu komplexen Auswirkungen auf alle Beteiligten, die möglicherweise nicht vollumfänglich durch die vorliegenden klinischen Ergebnisse erfasst werden konnten. Die wichtigsten Auswirkungen des GTB sind die Verbesserung der individuellen Bedarfsorientierung, der Beziehungskontinuität und der Alltagsorientierung der Behandlung (Johne, von Peter et al., 2018; Schwarz, Galbusera et al., 2020). Die Integration der Klinikmitarbeitenden durch Schulungsprogramme, die Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse der Berufsgruppen sowie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen wurden als Teil eines systematischen Change-Managements als wichtiger Baustein erfolgreicher Implementierung identifiziert (Indefrey, Braun et al., 2020; von Peter, Ignatyev et al., 2018; von Peter, Ignatyev et al., 2019; von Peter, Schwarz et al., 2021).

Die dritte Perspektive, den Nutzen, die Kosten und die Effizienz der GTBs auf patientenrelevante Outcomes aus Sicht von Patientinnen und Patienten, Angehörigen sowie Leistungserbringern wird aktuell in einer prospektiven multizentrischen Beobachtungsstudie PsychCare im Vergleich zur Regelversorgung untersucht, die durch den Innovationsfonds gefördert wird. In einem der Studienteile wurde an neun Modell- und sieben Kontrollkliniken die Unterscheidungsfähigkeit von elf Merkmalen der integrierten Versorgung in einem GTB analysiert (Flexibilität im Settingwechsel, settingübergreifende therapeutische Gruppen, Zuhausebehandlung, systematischer Einbezug von Bezugspersonen, Erreichbarkeit von Leistungen, sektorenübergreifende Kooperation und Erweiterung professioneller Expertise) (Schwarz, Ignatyev et al., 2021). Ein weiterer Studienteil untersucht in Follow-up-Erhebungen nach neun und 15 Monaten in zehn Modell- und acht Kontrollkliniken die Effektivität der integrierten Versorgung unter GTB-Bedingungen auf Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit bei stationär und

ambulant behandelten Patienten. Quantitative und qualitative Ergebnisse liegen hier noch nicht vor, jedoch werden damit zukünftig die vorhandenen hauptsächlich regionalen Evaluationen aus früheren Jahren durch kontrollierte und überregional übertragbare Ergebnisse ergänzt (Soltmann, Neumann et al., 2021).

Auf Basis der soeben aufgeführten, bis dato vorliegenden Evaluationsergebnisse werden bereits offen Forderungen an die Politik formuliert, in naher Zukunft entsprechende Weichen für eine Überführung entsprechender Modellvorhaben in die Regelversorgung zu stellen (Lehmann, 2021). Dies deckt sich mit der in den Interviews der vorliegenden Studie sowohl von Adoptern als auch von gescheiterten Adoptern formulierten Anforderlichkeit nach einer konsequenten Reform der rechtlichen Rahmenbedingungen, um die Diffusion des GTB substantiell zu stärken.

Die in der vorliegenden Studie identifizierten Barrieren und förderlichen Einflüsse konnten auch bei der Etablierung weiterer innovativer Versorgungsformen im Gesundheitswesen beobachtet werden. In einer Studie zur Untersuchung innovativer Versorgungsmodelle zur Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum wurden insbesondere analoge Barrieren identifiziert. So stellte sich das komplexe Management der Multiakteurskonstellation, fehlende Ressourcenausstattung zur Entwicklung innovativer Modelle – nicht nur ökonomischer Art –, die Komplexität der zu implementierenden Modelle sowie das Fehlen einer gemeinsamen Kommunikationskultur und -sprache bei den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren als bedeutsame Barriere dar (Auschra, Deisner et al., 2018).

4.4 Stärken und Schwächen der Studie

Der qualitative Forschungszugang der Studie erwies sich für den vorliegenden Forschungsgegenstand als gut geeignet, da durch den methodischen Ansatz und insbesondere anhand der dafür geführten Experteninterviews der Zugang zu einem breiten Spektrum bisher nicht dokumentierter Erkenntnisse im Themengebiet ermöglicht wurde. Die Auskunftsfähigkeit sowie Auskunftswilligkeit der befragten Expertinnen und Experten erschien einerseits aufgrund der zugesicherten Pseudonymisierung und andererseits aufgrund des gegenseitigen Interesses der jeweiligen Erfahrungen der Interviewten an der Frage, warum GTB-Verhandlungen geglückt oder gescheitert sind, sehr hoch. Die interne Validität und Reliabilität der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring wurden im Auswertungsprozess durch gegenseitige Unterstützung

innerhalb des Publikationsautorenteam bei der Leitfadenerstellung, der Durchführung eines Pilotinterviews vorab und der Kodierung gewährleistet (Afraz, Vogel et al., 2021).

Innerhalb des gewählten qualitativen Forschungszugangs konnte aufgrund der inhaltlichen Eignung, das Rogers-Innovationsmodells auf den Innovationsgegenstand anzuwenden, auf die Entwicklung eines grundlegend neuen Modells verzichtet werden. Zwar stellt beispielsweise auch die etablierte Methode der Grounded Theory ein weit verbreitetes und grundsätzlich überzeugendes Instrument zur induktiven Theoriebildung anhand qualitativer Daten dar. Allerdings bestätigte sich die Annahme, dass die anhand des allgemein im Themenbereich bewährten Rogers-Modell verfassten Fragen insgesamt umfassende Rückschlüsse auf die diffusionsbeeinflussenden Parameter zuließen, auf welche die übergeordnete Fragestellung abzielte. Komplettiert wurde das Gesamtbild darüber hinaus mit der Ergänzung offener Fragen, die den Interviewten die niedrigschwellige Möglichkeit gaben, nicht explizit adressierte Aspekte und Gedanken zum Forschungsgegenstand zu teilen. Daher wurde auf die Anwendung der Grounded Theory verzichtet, und das gewählte Konstrukt erwies sich insbesondere durch die plausiblen Ergebnisse als intern sowie extern valide.

Innerhalb der rekrutierten Gruppen von erfolgreichen und gescheiterten Adoptern aus ländlichen, städtischen und großstädtischen Gebieten konnte eine Sättigung der Informationen erreicht werden, so dass die angepasste Interviewanzahl pro Gruppe nicht als Nachteil erscheint. Da einige der Expertinnen und Experten auch auf politischer Ebene tätig waren, wurde diese Perspektive zusätzlich erfasst.

Die Gruppe, die sich im Nachhinein als problematisch zu rekrutieren erwies, waren die abwartenden Beobachter sowie Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Dies stellt eine wesentliche Einschränkung der Studie dar. Während der Rekrutierungsphase zunächst als Beobachter klassifizierte Interviewpartnerinnen und -partner erwiesen sich im jeweiligen Interview als gescheiterte Adopter, die das Modell gerne implementiert hätten bzw. weiterhin implementieren würden. Wir nutzten zur Rekrutierung ein Schneeballsystem, das dazu beitragen sollte, einen vollständigen Satz beteiligter Akteurinnen und Akteure pro Region zu erhalten. Der Nachteil an diesem Vorgehen ist, dass ein Kreis von grundsätzlich Interessierten nicht verlassen werden konnte. Da dies nicht durch zusätzliche Rekrutierungsbemühungen kompensiert werden konnte, bleibt eine kritische Perspektive auf das GTB potenziell unterrepräsentiert.

Weiterhin konnten im Rahmen der Studie keine Interviewpartnerinnen und -partner aus dem Bundesland Bayern gewonnen werden. Bayern, welches in der psychiatrischen Versorgungsstruktur durch große Bezirkskrankenhäuser geprägt ist, eignet sich möglicherweise aus regionsspezifischen Gründen nicht zur Implementierung eines GTB. Mögliche für die Region typische Hemmnisse bleiben daher auch potenziell unerkannt. Die Ergebnisse sind somit nicht auf alle Versorgungsregionen in Deutschland gleichermaßen zu übertragen.

Informelle Gespräche außerhalb der Studie deuten auf umfangreichere und substanziellere Kritik der abwartenden Beobachter am GTB-Konstrukt hin. So ist denkbar, dass gerade in größeren Versorgungsregionen ein Leistungserbringer mit GTB aufgrund seiner Monopolstellung und eventuell monozentrischen Lokalisierung des Versorgungsangebots Randgebiete seiner Region nicht ausreichend versorgen kann, was zu Verschiebungen der Patientenströme in andere Versorgungsbereiche führt. Des Weiteren ist sowohl für private als auch gemeinnützige Träger keine Risikodeckung durch die öffentliche Hand, weder durch die Kommune noch den Landkreis, zu erwarten, das volle Risiko möglicher ökonomischer Nachteile eines GTB folglich allein zu tragen. Dieses potenzielle ökonomische Risiko wiegt vor dem Hintergrund der allgemein von Krankenhäusern beklagten mangelhaften Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer (DKG, 2021) umso schwerer.

Die bisher kontrahierten GTB sind mit einer Steuerung der Versorgung durch einen nahezu monopolistischen Leistungsanbieter verbunden. Regionen, die ggf. infolge der historischen Entwicklung der regionalen psychiatrischen Versorgung nicht monopolistisch versorgt sind, sondern durch ein Netzwerk kleinerer Leistungsanbieter können eine notwendige gemeinsame übergeordnete Ebene der Versorgungssteuerung nicht etablieren. Die regionale psychiatrische Versorgung in einem Netzwerk oder Verbund erlaubt eventuell eine der integrierten Versorgung im GTB vergleichbare flexible und integrierte Versorgung trotz Bedingungen der Regelvergütung.

Des Weiteren ist eine fehlende Krisenresistenz bei einer drastisch reduzierten Bettenanzahl, wie sie nach Jahren in fast allen GTB-Regionen besteht, denkbar und plausibel.

Zusammengenommen dienen diese genannten Aspekte als Beispiel dafür, dass die Gründe für eine mögliche Entscheidung gegen ein GTB vielfältig sein können; obgleich

der grundsätzlichen Eignung des gewählten Forschungsansatzes konnten sie in dieser Studie aufgrund der Rekrutierungsherausforderung nicht vollumfänglich erfasst werden. Es erscheint jedoch plausibel und bestätigt sich durch Hinweise der befragten erfolgreichen sowie gescheiterten Adopter, dass das Geschäftsmodell primär gewinnorientierter Krankenhausträger mit dem im GTB verankerten integrierten Versorgungsmodell weniger vereinbar ist, obwohl deren Teilnahme am GTB durch die gesetzliche Grundlage ausdrücklich gefördert werden soll.

4.5 Implikationen für die Praxis und zukünftige Forschung

Die Untersuchung des innovativen integrierten Versorgungsmodells auf der Grundlage eines GTB unter Anwendung der Rogers-Theorie der Innovationsdiffusion bietet konkrete Lösungsansätze für die Praxis, wie die GTB-Diffusion potenziell gefördert werden kann.

Zum einen deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die breite Kommunikation über die detaillierte Darstellung der Innovationsmerkmale zwischen den verschiedenen Interessengruppen und teilweise auch innerhalb der Interessengruppen Verbesserungspotenzial aufweist. Potenziell neue Anwender können mittels Ausarbeitung von Kommunikationskonzepten beispielsweise nach dem Vorbild gewisser Regionen mit Modellvorhaben (St. Marien-Hospital Hamm, 2018) gezielt angesprochen werden. Ein solches Kommunikationskonzept sollte insbesondere die relativen Vorteile der Innovation sowie detailliertes Wissen zur Umsetzung enthalten. Gegenstand weiterführender Forschung diesbezüglich könnte der Einfluss unterschiedlich optimierter Kommunikationsansätze auf die jeweilige Anzahl erfolgreicher Vertragsabschlüsse in definierten Regionen sein.

Zum anderen könnte die Auflösung der Multiakteurskonstellation durch initiale Verringerung der Anzahl der zunächst am Entscheidungsprozess beteiligten Akteurinnen und Akteure die Diffusion beschleunigen. So kann die hemmende Komplexität der Innovation durch ihre „Teilung“ in ein Vertragskonstrukt mit zunächst wenigen Beteiligten reduziert werden, da einfachere Varianten theoretisch die Erprobbarkeit und Reversibilität erleichtern. Anschließend können somit potenzielle neue Anwender angezogen werden. Es sollten daher weitere und langfristige Erfahrungen der Versorgungsregionen mit einem Teilbudget abgewartet werden, um in zukünftigen Untersuchungen zu verifizieren und ggf. zu quantifizieren, inwiefern und wie schnell initiale Teilbudgets zu Globalbudgets heranwachsen.

Darüber hinaus sollte ein Anspruch interessierter Akteurinnen und Akteure, GTB-Verhandlungen initiieren und ggf. mittels Schiedsamtseinbeziehung abschließen zu können, gesetzlich festgehalten und ihre Position somit gestärkt werden. Langwierige Versuche, einen Vertragsabschluss herbeizuführen, würden dadurch nicht länger am Veto einzelner Akteursgruppen scheitern. Dafür ist eine im Sinne der ursprünglichen Gesetzesbegründung konsequente Reform der rechtlichen Rahmenbedingungen erforderlich, um den anfangs durch den Gesetzgeber formulierten Zielen des § 64b SGB V gerecht werden zu können (Deutscher Bundestag, 2012).

Da Gesundheitsökonominnen bei der Finanzierung medizinischer Leistungen regionale Budgets in Form von Capitationsmodellen anstatt der Vergütung auf Basis von einzelnen Fällen grundsätzlich präferieren (Korzilius, 2020), ist davon auszugehen, dass das allgemeine Interesse an Vereinbarungen regionaler Budgets sowohl seitens des Gesetzgebers als auch seitens der Leistungserbringer sowie -träger voraussichtlich weiterhin aktuell bleiben wird. Diese Hypothese wird gestützt durch die erste gesetzliche Weiterentwicklung des § 64b SGB V im Jahr 2020, die nun eine von acht auf 15 Jahre verlängerte Vertragslaufzeit eines Modellvorhabens zulässt. Offenkundig signalisiert der Gesetzgeber damit sein anhaltendes und somit ernsthaftes Interesse an der Realisierung von alternativen Finanzierungsformen psychiatrischer Versorgung in Form von § 64b-Modellvorhaben. Der Einfluss dieser Weiterentwicklung auf die intendierte Steigerung weiterer vereinbarter Modellvorhaben könnte bereits in naher Zukunft wissenschaftlich untersucht werden.

Gezielte Investitionen in die Bemühungen der Early Adopter, das Sichtbarmachen ihrer Aktivitäten und das Schaffen von Freiräumen für Veränderungen sind sinnvolle Fördermaßnahmen seitens der Politik oder auch der Selbstverwaltung (Berwick, 2003). Darüber hinaus benötigen alle zu beteiligenden Adopter ausreichende Ressourcen für ihre zu bewältigenden Aufgaben im Diffusionsprozess (Berwick, 2003). Zu beachten ist jedoch, dass sich diese und andere Empfehlungen auf Innovationsförderung in abgegrenzten Organisationen beziehen (Bradley, Webster et al., 2004) und daher möglicherweise nur bedingt auf Innovationen auf Makroebene übertragbar sind, wo das GTB als Modell anzusiedeln ist.

Einen weiteren für die Zukunft hoch relevanten Aspekt, der mit der Einführung des GTB eng verknüpft ist, stellt das Thema Arbeitsplatzattraktivität in Verbindung mit Fachkräftemangel insbesondere im Bereich der Pflege dar. Nebenergebnisse unseres

Forschungsprojektes haben gezeigt, dass durch die integrierte Versorgungsform im GTB die Attraktivität des Arbeitsplatzes für Klinikmitarbeitende stieg. Mitarbeitende erreichten eine höhere Arbeitszufriedenheit bedingt durch Jobenrichment und Empowerment. Folglich wurden diese Merkmale als geeignetes Mittel angesehen, um auf dem konkurrierenden Arbeitsmarkt Fachkräfte langfristig zu binden und den schwerwiegenden Herausforderungen des weiter zunehmenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen zu begegnen (Afraz, Dreher et al., 2020). Weitere wissenschaftliche Untersuchungen könnten eine Quantifizierung der Arbeitsplatzattraktivität in einer GTB-Versorgungsregion im direkten Vergleich zu klassischen Versorgungsregionen ermöglichen.

Über die konkreten Erkenntnisse zur GTB-Diffusion für die Praxis hinausgehend, besitzt der in der vorliegenden Studie entwickelte qualitative Forschungsansatz unter Anwendung des Rogers-Modells das Potenzial, weitere Innovationen im Gesundheitswesen bezüglich ihrer förderlichen und hemmenden Diffusionsfaktoren zu charakterisieren. Entsprechende Untersuchungsergebnisse zu vergleichbaren Innovationen könnten ergänzende Rückschlüsse auf die Diffusion des GTB zulassen und weitere Hypothesen generieren, die im Anschluss wissenschaftlich gezielt aufgearbeitet werden können.

Ein aktuelles Beispiel für ein geeignetes innovatives Modellvorhaben im deutschen Gesundheitswesen, an welchem prüfbar wäre, ob die in der vorliegenden Studie erbrachten Ergebnisse auf weitere Innovationen im Gesundheitswesen übertragbar sind, stellt das im Jahr 2020 eingeführte Modellvorhaben zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen in Apotheken nach internationalem Vorbild dar. Im Rahmen des Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (kurz: Masernschutzgesetz) wurde erstmals die Realisierung von regionalen Modellprojekten zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen durch speziell geschulte Apothekerinnen und Apotheker in öffentlichen Apotheken ermöglicht, um den jährlich niedrigen Impfquoten durch niedrigschwellige Zugang zu begegnen. Seit März 2020 haben Apothekerverbände wie der Deutsche Apothekerverband (DAV) sowie die Landesapothekerverbände die Möglichkeit nach § 132j SGB V, gemeinsam mit Krankenkassen und ihren Verbänden entsprechende Verträge zu schließen. Elf Verträge mit Landesapothekerverbänden bzw. -vereinen sind laut Bundesvereinigung Deutscher

Apothekerverbände e. V. (ABDA) zum Stand Januar 2022 bereits zustande gekommen (ABDA, 2022).

Aufgrund von ähnlichen Charakteristiken des Gripeschutzimpfung-Modellvorhabens zum Modellvorhaben GTB bietet sich das Rogers-Modell als Instrument an, um auch diese neue Innovation im deutschen Gesundheitswesen zu analysieren und ihre Diffusion anschließend mit der Diffusion des GTB zu vergleichen. Beide Innovationen eint zunächst das gemeinsame übergeordnete Ziel, Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verbessern. Im Detail bestehen weitere Ähnlichkeiten in ihrer gesetzlich verankerten Grundlage, die jeweils die Vereinbarung regionaler und zeitlich befristeter Verträge als Modellvorhaben zwischen entsprechend analogen Vertragspartnern vorsieht. Des Weiteren ist es in beiden Fällen bisher gleichermaßen nicht gelungen, in jedem Bundesland ein Modellvorhaben zu vereinbaren. Verträge gibt es bisher nur mit bestimmten Krankenkassen, was eine Teilbarkeit nach Rogers ermöglicht, welche im Falle des GTB als wesentlicher Faktor für die Diffusion identifiziert wurde. Beide Innovationen bewegen sich darüber hinaus in einem gesundheitspolitischen Umfeld, das von starken Trägheitskräften geprägt ist, die sich u.a. in kontinuierlicher Kritik einflussreicher Verbände der Ärzteschaft an impfenden Apothekerinnen und Apothekern widerspiegelt (Deutsches Ärzteblatt, 2019, 2020, 2021, 2022). Beide Innovationen sind schließlich nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu begleiten und auszuwerten, um zukünftig darüber entscheiden zu können, ob sie zu Regelleistungen werden. Sie eint außerdem eine erste gesetzliche Nachsteuerung. So hat der Gesetzgeber mit dem Infektionsschutzgesetz vom 10. Dezember 2021, impfende Apothekerinnen und Apotheker in Deutschland erneut gestärkt, indem sie zukünftig auch zur Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 berechtigt sind. Ab 8. Februar 2022 konnten Apotheken ergänzend zur Grippe-Impfung mit der SARS-CoV-2-Impfung beginnen, sodass weitere Ergebnisse zur Beteiligung und Akzeptanz seitens der Patienten sowie weiterer Akteure im Gesundheitswesen insbesondere der Ärzteschaft abzuwarten bleiben.

Über den Vergleich des GTB mit weiteren Innovationen hinaus, die im Rahmen gesetzlich verankerter Modellvorhaben in Deutschland eingeführt wurden, bietet sich außerdem eine vergleichende Untersuchung von innovativen Versorgungsformen mit unterschiedlichen Förderungsansätzen an, beispielsweise mit Versorgungsprojekten, die durch vom G-BA vergebene Mittel aus dem Innovationsfonds gefördert und realisiert

werden. Ein solcher Vergleich könnte perspektivisch Antworten auf die Frage geben, inwiefern die Art des Förderungsansatzes einen Einfluss auf die Übernahme-Quote in die Regelversorgung hat. Eine solche vergleichende wissenschaftliche Betrachtung sollte idealerweise nach finalem Abschluss der nach § 65 SGB V vorgesehenen Evaluation der § 64b SGB V-Modellvorhaben und nach dem G-BA-Beschluss des zu vergleichenden abgeschlossenen Innovationsfondprojekts geschehen. Beide Dokumente werden abschließende evidenzbasierte Empfehlungen zur möglichen Überführung in die Regelversorgung enthalten, die wiederum weitere Anhaltspunkte auf die zukünftige Entwicklung ihres Diffusionsverlaufs jeweiligen geben können.

5 Schlussfolgerungen

Die Analyse der hinderlichen sowie förderlichen Aspekte zur weiteren GTB-Diffusion zur Ermöglichung integrierter Versorgung in der Psychiatrie in Deutschland hat diverse Aspekte sichtbar gemacht, die für eine Beschleunigung der weiteren Implementierung derartiger Modellvorhaben relevant sein können. Zum einen liegt nahe, dass sich durch die Teilung der als sehr komplex wahrgenommenen Innovation in einzelne Teilschritte eine Reduktion der Komplexität erreichen lässt und somit eine Erprobung erleichtert werden kann. Hierdurch kann auch die Anzahl der beteiligten Akteurinnen und Akteure verringert und gleichzeitig die hemmende Multiakteurskonstellation aufgelöst werden. Es erscheint initial sowie langfristig sinnvoll, die anfängliche Zahl der an der Entscheidung zur Einführung der Innovation in einer Versorgungsregion beteiligten Personen bzw. Vertragsparteien bewusst zu verringern. Auf diese Weise werden Vertragsabschlüsse wahrscheinlicher und die Teilnahme weiterer Vertragspartner nach initialem Abschluss begünstigt. Zum anderen zählt die berufsgruppenübergreifende Kommunikation über Eigenschaften des Innovationsgegenstandes zu den weiteren förderlichen Aspekten, auf die in Zukunft fokussiert werden könnte. Um die Überführung von Modellvorhaben nach § 64b SGB V mit GTB-Finanzierungsstruktur und flexiblem integriertem Behandlungskonzeptes in die Regelversorgung zu realisieren, ist der Gesetzgeber gefragt, entsprechende Weichen für die psychiatrische Versorgung der Zukunft zu stellen.

Literaturverzeichnis

- ABDA. (2022). *Übersicht der Modellvorhaben nach § 132j SGB V* Abgerufen von https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Impfungen/Pilotprojekt_Grippeschutzimpfungen/2022-01-Modellvorhaben-Grippeschutzimpfungen-in-Apotheken-Uebersicht-Regionen.pdf. Zuletzt abgerufen am 04.03.2022 14 Uhr.
- Afraz, F. C., Dreher, C., & Berghöfer, A. (2020). Attraktive Arbeit in Zeiten des Fachkräftemangels? Sektorenübergreifende psychiatrische Versorgung im Regionalbudget. In V. E. Amelung, S. Eble, R. Sjuts, T. Ballast, H. Hildebrandt, F. Knieps, R. Lägel, & P. Ex (Eds.), *Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen* (pp. 241-246). Berlin: Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft (MWV).
- Afraz, F. C., Vogel, A., Dreher, C., & Berghöfer, A. (2021). Promoting integrated care through a global treatment budget. A qualitative study in german mental health care using Rogers' diffusion of innovation theory. *Int J Integr Care*, 21(4), 27,21-12. doi:10.5334/ijic.5940
- Amelung, V., Hildebrandt, H., & Wolf, S. (2012). Integrated care in Germany-a stony but necessary road! *Int J Integr Care*, 12(1), e16.
- Assheuer, M., Beine, K., Mehl, C., Kellner, M., Agelink, M., Sieberer, M., de Cruppe, W., & Geraedts, M. (2021). Umsetzung von Behandlungskontinuität im Versorgungsalltag - ein Vergleich zwischen zwei psychiatrischen Kliniken. *Psychiatr Prax*, 48(3), 143-148. doi:10.1055/a-1274-3792
- Auschra, C., Deisner, J., Berghöfer, A., & Sydow, J. (2018). *Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlich geprägten Regionen: Neue Organisationsmodelle und Maßnahmen*. Abgerufen von Berlin: https://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2019/05/Projektbericht_Sicherstellung-Gesundheitsversorgung-Land_Nov.pdf. Zuletzt abgerufen am 04.03.2022 14 Uhr.
- Auschra, C., & Sydow, J. (2020). Path dependence and integrated care. In V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte, & E. Suter (Eds.), *Handbook Integrated Care*. Berlin: Springer.
- Baum, F., Schoffer, O., Neumann, A., Seifert, M., Kliemt, R., March, S., Swart, E., Häckl, D., Pfennig, A., & Schmitt, J. (2020). Effectiveness of Global Treatment Budgets for Patients With Mental Disorders-Claims Data Based Meta-Analysis of 13 Controlled Studies From Germany. *Front Psychiatry*, 11, 131. doi:10.3389/fpsy.2020.00131
- Bergek, A., Hekkert, M., Jacobsson, S., Markard, J., Sanden, B., & Truffer, B. (2015). Technological innovation systems in contexts: Conceptualizing contextual structures and interaction dynamics. *Environmental Innovation and Societal Transitions*, 16, 51-64. doi:10.1016/j.eist.2015.07.003

- Berghöfer, A., Afraz, F. C., & Dreher, C. (2020). Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen. Technologien, Produkte und Dienstleistungen voranbringen. In M. A. Pfannstiel, K. Kassel, & C. Rasche (Eds.), *Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen. Technologien, Produkte und Dienstleistungen voranbringen* (pp. 291-320). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Berghöfer, A., Göckler, D. G., Sydow, J., Auschra, C., Wessel, L., & Gersch, M. (2020). The German health care Innovation Fund – An incentive for innovations to promote the integration of health care. *J Health Organization Management*, 34(8), 915-923. doi:10.1108/JHOM-05-2020-0180
- Berghöfer, A., Hubmann, S., Birker, T., Hejnal, T., & Fischer, F. (2016). Evaluation of quality indicators of integrated care in a regional psychiatry budget – a pre-post comparison by secondary data analysis. *Int J Integrated Care*, 16(4), 17. doi:10.5334/ijic.2479
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *JAMA*, 289(15), 1969-1975. doi:10.1001/jama.289.15.1969
- Bradley, E. H., Webster, T. R., Baker, D., Schlesinger, M., Inouye, S. K., Barth, M. C., Lapane, K. L., Lipson, D., Stone, R., & Koren, M. J. (2004). Translating research into practice: speeding the adoption of innovative health care programs. *Issue Brief (Commonw Fund)*(724), 1-12.
- Brandhorst, A., Hildebrandt, H., & Luthé, E.-W. (Eds.). (2017). *Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*. Wiesbaden: Springer VS.
- Brückner, B. (2012). Zur Ambivalenz zwischen Sozial- und Gemeindepsychiatrie. *sozialpsychiatrische informationen*, 42(4), 11-12.
- Budnick, A., Kuhnert, R., Schmidt, H., Wienprecht, L., Kuhlmeier, A., & Blüher, S. (2021). Sekundärdatenanalyse initial vollstationär behandelter Patienten mit Schizophrenie in einem Berliner Modellprojekt (nach section sign 64b SGB V). *Gesundheitswesen*. doi:10.1055/a-1305-9991
- Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland. (2019). *Zwischenbericht über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung*. Abgerufen von Berlin: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/085/1908500.pdf>. Zuletzt abgerufen am 04.03.2022 14 Uhr.
- Busse, R., & Blümel, M. (2014). Germany: Health system review. *Health Syst Transit*, 16(2), 1-296.

- Dearing, J. W., & Cox, J. G. (2018). Diffusion Of Innovations Theory, Principles, And Practice. *Health Aff (Millwood)*, 37(2), 183-190. doi:10.1377/hlthaff.2017.1104
- Deister, A. (2011). Vom Fall zum Menschen--Erfahrungen aus einem Regionalen Psychiatrie-Budget. *Gesundheitswesen*, 73(2), 85-88. doi:10.1055/s-0030-1270493
- Deister, A. (2018). Psychiatrie der Zukunft – eine Zukunft für die Psychiatrie? *Psychiatr Prax*, 45(4), 175-177. doi:10.1055/a-0594-0358
- Deister, A. (2019). Die Region als Kooperationsrahmen in der psychiatrischen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 62(2), 150-155. doi:10.1007/s00103-018-2864-2
- Deister, A., & Weatherly, J. N. (2009). Psychiatrisches Regionalbudget Kreis Steinburg. In J. N. Weatherly & R. Lägel (Eds.), *Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik* (pp. 191-197). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Deister, A., & Wilms, B. (2014). *Regionale Verantwortung übernehmen. Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Deister, A., & Wilms, B. (2015). Neue Behandlungsstrukturen in der Psychiatrie - Chance für eine zukunftsfähige Versorgung. *Psychiatr Prax*, 42(1), 8-10. doi:10.1055/s-0034-1387487
- Deister, A., Zeichner, D., & Roick, C. (2004). Ein Regionales Budget für die Psychiatrie. Erste Erfahrungen aus einem Modellprojekt. *Psychoneuro*, 30(5), 285-288.
- Deister, A., Zeichner, D., Witt, T., & Forster, H. J. (2010). Veränderung der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget: Ergebnisse eines Modellprojektes in Schleswig-Holstein. *Psychiatr Prax*, 37(7), 335-342. doi:10.1055/s-0030-1248438
- Deutscher Bundestag. (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland*. Abgerufen von Bonn:
- Deutscher Bundestag. (2012). *Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG)*. Abgerufen von Bonn: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/089/1708986.pdf>. Zuletzt abgerufen am 04.03.2022 14 Uhr.
- Deutscher Bundestag. (2020). *Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)_Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)*. Abgerufen von Bonn:

<https://dserver.bundestag.de/btd/19/171/1917155.pdf>. Zuletzt abgerufen am 04.03.2022 14 Uhr.

Deutsches Ärzteblatt. (2019). *Experten gegen Impfungen in Apotheken*. Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/106941/Experten-gegen-Impfungen-in-Apotheken>. Zuletzt abgerufen am 04.03.2022 14 Uhr.

Deutsches Ärzteblatt. (2020). *Hausärzte lehnen Grippeimpfungen durch Apotheker ab*. Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/115139/Hausaerzte-lehnen-Grippeimpfungen-durch-Apotheker-ab>. Zuletzt abgerufen am 04.03.2022 14 Uhr.

Deutsches Ärzteblatt. (2021). *Modellversuch zu Grippeimpfungen in Apotheken startet, Kritik aus KV-System*. Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/127599/Modellversuch-zu-Grippeimpfungen-in-Apotheken-startet-Kritik-aus-KV-System>. Zuletzt abgerufen am 04.03.2022 14 Uhr.

Deutsches Ärzteblatt. (2022). *Hunderte Apotheken wollen mit Impfungen starten*. Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/131576/Hunderte-Apotheken-wollen-mit-Impfungen-starten>. Zuletzt abgerufen am 04.03.2022 14 Uhr.

DKG. (2021). *Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021*. Abgerufen von https://www.dkgev.de/:https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemittelungen/2022/2022-01-17_Anlage_Bestandsaufnahme_2021.pdf. Zuletzt abgerufen am 04.03.2022 14 Uhr.

Feißel, A., Arnold, K., Häckl, D., Kliemt, R., Küster, D., Milarczyk, J., Neumann, A., Pfennig, A., Schmitt, J., Swart, E., Weiß, J., & March, S. (2016). Herausforderungen beim Datenhandling am Beispiel einer routinedatenbasierten und kassenübergreifenden Studie zur wissenschaftlichen Evaluation von Modellvorhaben nach §64b SGB V (EVA64). *Gesundheitswesen*, 78(08/09), A186.

Fisher, M. P., & Elnitsky, C. (2012). Health and social services integration: a review of concepts and models. *Soc Work Public Health*, 27(5), 441-468. doi:10.1080/19371918.2010.525149

Geels, F. W., & Schot, J. (2007). Typology of sociotechnical transition pathways. *Research Policy*, 36(3), 399-417.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2021). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des SGB V*. Abgerufen

von Berlin: <https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtliche-veroeffentlichung?5>.
Zuletzt abgerufen am 04.03.2022 14 Uhr.

- GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, & Deutsche Krankenhausgesellschaft. (2019). *Gemeinsamer Bericht zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Abs 4 Satz 8 KHG*. Abgerufen von Berlin:
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2010). *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Greve, N. (2014). *Blick über den „Tellerrand“ – Erfahrungen mit Finanzierungen aus mehreren Bereichen der Sozialgesetzgebung*. Paper presented at the 6. Fachtagung Psychiatrie Regionale psychiatrische Hilfesysteme und Ökonomie, ver.di Bundesverwaltung.
- Greve, N. (2018). Annäherungen an eine gemeindepsychiatrische Basisversorgung. *Psychiatr Prax*, 45(6), 285-287. doi:10.1055/a-0652-9015
- Güntert, B. (2006). Change Management in der Integrierten Versorgung. In R. Busse, J. Schreyögg, & C. Gericke (Eds.), *Management im Gesundheitswesen* (pp. 433-442). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Hardt, O. (2018). *Umsetzung eines Modellprojekts nach §64b SGB V in einer psychiatrischen Abteilung in Berlin- ein Werkstattbericht*. Paper presented at the RPB Forum Gesundheitswirtschaft <https://docplayer.org/47002515-Umsetzung-eines-modellprojekts-nach-64b-sgb-v-in-einer-psychiatrischen-abteilung-in-berlin-ein-werkstattbericht.html>. Zuletzt abgerufen am 04.03.2022 14 Uhr.
- Hausen, A., & Glaeske, G. (2015). Die Bedeutung einer frühzeitigen begleitenden Evaluation für die Ableitung von Indikatoren zur Qualitätsmessung in der ambulanten psychiatrischen Integrierten Versorgung. *Gesundheitswesen*, 77(5), 336-339. doi:10.1055/s-0034-1377031
- Hekkert, M. P., Suurs, R. A. A., Negro, S. O., Kuhlmann, S., & Smits, R. E. H. M. (2007). Functions of innovation systems: A new approach for analysing technological change. *Technological Forecasting and Social Change*, 74(4), 413-432. doi:10.1016/j.techfore.2006.03.002
- Hubmann, S. (2016). *Evaluation des Regionalen Psychiatrie-Budgets im Landkreis Dithmarschen, Schleswig-Holstein*. (Dissertation zum Dr. med.), Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin.
- Ignatyev, Y., Mundt, A. P., von Peter, S., & Heinze, M. (2019). Hospital length of stay among older people treated with flexible and integrative psychiatric service models in Germany. *Int J Geriatr Psychiatry*, 34(11), 1557-1564. doi:10.1002/gps.5165

- Ignatyev, Y., Timm, J., Heinze, M., Indefrey, S., & von Peter, S. (2017). Development and Preliminary Validation of the Scale for Evaluation of Psychiatric Integrative and Continuous Care-Patient's Version. *Front Psychiatry, 8*, 162. doi:10.3389/fpsyt.2017.00162
- Indefrey, S., Braun, B., von Peter, S., Bechdorf, A., Birker, T., Duve, A., Hardt, O., Heiser, P., Hojes, K., Rehr, B., Scherk, H., Schulz-Du Bois, A., Wilms, B., & Heinze, M. (2020). Implementation of a Global Treatment Budget in Psychiatric Departments in Germany—Results and Critical Factors for Success From the Staff Perspective. *Frontiers in Psychiatry, 11*(610). doi:10.3389/fpsyt.2020.00610
- Johne, J., von Peter, S., Schwarz, J., Timm, J., Heinze, M., & Ignatyev, Y. (2018). Evaluation of new flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany- assessment and preliminary validation of specific program components. *BMC Psychiatry, 18*(1), 278. doi:10.1186/s12888-018-1861-1
- Kelly, J. A., St Lawrence, J. S., Diaz, Y. E., Stevenson, L. Y., Hauth, A. C., Brasfield, T. L., Kalichman, S. C., Smith, J. E., & Andrew, M. E. (1991). HIV risk behavior reduction following intervention with key opinion leaders of population: an experimental analysis. *Am J Public Health, 81*(2), 168-171. doi:10.2105/ajph.81.2.168
- Kieser, C. (2020). Die Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie (PPP-RL) ist eine Enttäuschung – Pro. *Psychiatr Praxis, 47*(2), 62-63.
- König, H. H., Heider, D., Rechlin, T., Hoffmann, P., Birker, T., Heinrich, S., Brettschneider, C., Hierholzer, C., Riedel-Heller, S. G., & Roick, C. (2013). Wie wirkt das Regionale Psychriatriebudget (RPB) in einer Region mit initial niedriger Bettenmessziffer? *Psychiatr Praxis, 40*(8), 430-438. doi:10.1055/s-0033-1343186
- König, H. H., Heinrich, S., Heider, D., Deister, A., Zeichner, D., Birker, T., Hierholzer, C., Angermeyer, M. C., & Roick, C. (2010). Das Regionale Psychriatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? *Psychiatr Praxis, 37*(1), 34-42. doi:10.1055/s-0029-1223418
- Korzilius, H. (2020). Finanzierung des Gesundheitswesens: Regionale Budgets fördern koordinierte Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt, 117*(11), A529-530.
- Kunze, H., & Priebe, S. (2006). Integrierte Versorgung -- Perspektiven für die Psychiatrie und Psychotherapie. *Psychiatr Praxis, 33*(2), 53-55. doi:10.1055/s-2005-915398
- Lehmann, G. (2021). Modellvorhaben§ 64 b SGB V. Reif für die Regelversorgung. *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (11)*, 990-995.
- March, S., Zimmermann, L., Kubat, D., Neumann, A., Schmitt, J., Baum, F., Schoffer, O., Arnold, K., Seifert, M., Kliemt, R., Häckl, D., Pfennig, A., & Swart, E. (2020).

Methodische Herausforderungen bei der Nutzung von Daten von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen - Ein Werkstattbericht aus der EVA64-Studie. *Gesundheitswesen*, 82(S 01), S4-S12. doi:10.1055/a-1036-6364

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. überarbeitete Aufl. ed.). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Medizinische Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin Ethikkommission. (2019). *Satzung der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin in der Fassung vom 22. März 2019*. Abgerufen von Berlin:
https://www.charite.de/fileadmin/user_upload/portal/charite/presse/publikationen/amtl-mitteilungsblatt/2019/AMB190327-230.pdf. Zuletzt abgerufen am 04.03.2022 14 Uhr.

Neumann, A., Baum, F., Seifert, M., Schoffer, O., Kliemt, R., March, S., Hackl, D., Swart, E., Pfennig, A., & Schmitt, J. (2021). Verringerung vollstationärer Behandlungstage in psychiatrischen Kliniken mit Modellvorhaben zur patientenzentrierten Versorgung mit globalem Budget (section sign 64b SGB V). *Psychiatr Prax*, 48(3), 127-134. doi:10.1055/a-1274-3731

Neumann, A., Swart, E., Häckl, D., Kliemt, R., March, S., Küster, D., Arnold, K., Petzold, T., Baum, F., Seifert, M., Weiss, J., Pfennig, A., & Schmitt, J. (2018). The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in Germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (EVA64). *BMC Psychiatry*, 18(1), 139. doi:10.1186/s12888-018-1721-z

Petersen, H. P., & Hejnal, T. (2010). Regionales Psychriatriebudget. Chancen und Möglichkeiten, die psychiatrische Regelversorgung gemeindenah und personenzentriert zu gestalten. *Psychiatr Pflege*, 16(1), 40-43.

Petzold, T., Neumann, A., Seifert, M., Küster, D., Pfennig, A., Weiss, J., Hackl, D., Swart, E., & Schmitt, J. (2016). Auswahl geeigneter Kontrollkliniken für die Durchführung der bundesweiten und einheitlichen Evaluation von Modellvorhaben nach § 64b SGB V. Analyse von Daten der Strukturierten Qualitätsberichte. *Gesundheitswesen*. doi:10.1055/s-0042-116436

Rogers, E. M. (1962). *Diffusion of Innovations*. London: Collier Macmillan Inc.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations, 5th Edition*. New York, NY: Free Press.

Roick, C., Deister, A., Zeichner, D., Birker, T., König, H. H., & Angermeyer, M. C. (2005). Das Regionale Psychriatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. *Psychiatr.Prax.*, 32(4), 177-184.

- Roick, C., Heinrich, S., Deister, A., Zeichner, D., Birker, T., Heider, D., Schomerus, G., Angermeyer, M. C., & König, H. H. (2008). Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. *Psychiatr Prax*, *35*(6), 279-285.
- Rutz, W. (2001). Mental health in Europe: problems, advances and challenges. *Acta Psychiatr.Scand.Suppl*, *104*(410), 15-20.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. Abgerufen von
- Schmid, P., Steinert, T., & Borbé, R. (2013). Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatr Prax*, *40*(8), 414-424. doi:10.1055/s-0033-1343192
- Schmidt-Michel, P. O., Kuhn, F., & Bergmann, F. (2008). Die Integrierte Versorgung per Gesetz ist für die Psychiatrie gescheitert. *Psychiatr.Prax.*, *35*(2), 57-59.
- Schröder, B., & Fleßa, S. (2017). Regionalbudgets in der Psychiatrie: Eine Alternative zu tagesgleichen Pflegesätzen und zum zukünftigen Finanzierungssystem? *Psychiatr Prax*, *44*(8), 446-452. doi:10.1055/s-0042-112299
- Schwarz, J., Bechdorf, A., Hirschmeier, C., Hochwarter, S., Holthoff-Detto, V., Muhlensiepen, F., Richter, C., Rout, S., Weinmann, S., Heinze, M., & von Peter, S. (2021). "Ich sehe es tatsächlich als Zwischenschritt" - eine qualitative Analyse der Implementierungsbedingungen und -hürden von Stationsäquivalenter Behandlung in Berlin und Brandenburg. *Psychiatr Prax*, *48*(4), 193-200. doi:10.1055/a-1274-3662
- Schwarz, J., Duve, A., Hoffmann, S., Heiser, P., Perez, G. R., Heinze, M., & von Peter, S. (2020). Erfahrungen der Stakeholder mit den Modellvorhaben nach section sign 64b SGB V in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - eine qualitative Studie. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, *48*(5), 358-368. doi:10.1024/1422-4917/a000716
- Schwarz, J., Galbusera, L., Bechdorf, A., Birker, T., Deister, A., Duve, A., Heiser, P., Hojes, K., Indefrey, S., Johne, J., Rehr, B., Rout, S., Scherk, H., Schulz-Du Bois, A., Wilms, B., Zedlick, D., Zeipert, M., Heinze, M., & von Peter, S. (2020). Changes in German Mental Health Care by Implementing a Global Treatment Budget-A Mixed-Method Process Evaluation Study. *Front Psychiatry*, *11*, 426. doi:10.3389/fpsy.2020.00426
- Schwarz, J., Ignatyev, Y., Baum, F., Neumann, A., Soltmann, B., Pfennig, A., Timm, J., Heinze, M., & von Peter, S. (2021). Settingübergreifende Behandlung in der Psychiatrie: Umsetzung spezifischer Versorgungsmerkmale an Kliniken der

Modell- und Regelversorgung (PsychCare-Studie). *Nervenarzt*.
doi:10.1007/s00115-021-01238-2

- Schwarz, J., Schmid, C., Neumann, A., Pfennig, A., Soltmann, B., Heinze, M., & von Peter, S. (2021). Implementierung eines globalen Behandlungsbudgets in der Psychiatrie - Welche Anreize, Voraussetzungen und Herausforderungen gibt es? *Psychiatr Prax*. doi:10.1055/a-1421-3283
- Schwarz, J., Zeipert, M., Ignatyev, Y., Indefrey, S., Rehr, B., Timm, J., Heinze, M., & Peter, S. V. (2020). Implementierungsstand und Erfahrungen der Stakeholder mit der Zuhause-Behandlung in psychiatrischen Modellvorhaben (nach §64b SGB V) – Eine Mixed-Methods Untersuchung. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 70(2), 65-71. doi:10.1055/a-0942-2163
- Soltmann, B., Neumann, A., March, S., Weinhold, I., Hackl, D., Kliemt, R., Baum, F., Romanos, M., Schwarz, J., von Peter, S., Ignatyev, Y., Arnold, K., Swart, E., Heinze, M., Schmitt, J., & Pfennig, A. (2021). Multiperspective and Multimethod Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Care Models in Germany: Study Protocol of a Prospective, Controlled Multicenter Observational Study (PsychCare). *Front Psychiatry*, 12, 659773. doi:10.3389/fpsy.2021.659773
- St. Marien-Hospital Hamm. (2018). *Anlage 7 zum Vertrag über ein Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64 b SGB V: Kommunikationskonzept zum Modellvorhaben*. Hamm.
- Sydow, J., Schreyögg, G., & Koch, J. (2009). Organizational Path Dependence: Opening the Black Box. *Academy of Management Review*, 34(4), 689-709. doi:10.5465/Amr.2009.44885978
- von Peter, S., Ignatyev, Y., Indefrey, S., Johne, J., Schwarz, J., Timm, J., & Heinze, M. (2018). Spezifische Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V. *Nervenarzt*, 89(5), 559-564. doi:10.1007/s00115-017-0459-z
- von Peter, S., Ignatyev, Y., Johne, J., Indefrey, S., Kankaya, O. A., Rehr, B., Zeipert, M., Bechdorf, A., Birkner, T., Deister, A., Duve, A., Rout, S., Scherk, H., Schulz-Dubois, A., Wilms, B., Zedlick, D., Grollich, P., Braun, B., Timm, J., & Heinze, M. (2019). Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany-A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. *Front Psychiatry*, 9, 785. doi:10.3389/fpsy.2018.00785
- von Peter, S., Schwarz, J., Bechdorf, A., Birker, T., Deister, A., Ignatyev, Y., Bois, A. S., Heinze, M., & Timm, J. (2021). Analyse von Implementierungsmerkmalen psychiatrischer Modellvorhaben (nach §64b SGB V) in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesgebiet. *Gesundheitswesen*, 83(1), 33-39. doi:10.1055/a-0945-9851

Weinmann, S., & Gaebel, W. (2005). Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. *Nervenarzt*, 76(7), 809-810, 812-806, 819-821. doi:10.1007/s00115-004-1851-z

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Farideh Carolin Afraz, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema:

Die Verbreitung von Globalbudgets in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland –
eine qualitative Studie mittels der Innovationsdiffusionstheorie nach Rogers.

The diffusion of global budgets in psychiatric care in Germany –
a qualitative study based on Rogers' innovation diffusion theory.

selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit der Erstbetreuerin, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

04.03.2022

Datum

Unterschrift

Anteilserklärung an den erfolgten Publikationen

Ich, Frau Farideh Carolin Afraz, habe folgenden Anteil an der Publikation

Afraz, F.C., Vogel, A., Dreher, C. and Berghöfer, A., 2021. Promoting Integrated Care through a Global Treatment Budget: A Qualitative Study in German Mental Health Care using Rogers' Diffusion of Innovation Theory. International Journal of Integrated Care, 21(4), p.27. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.5940>:

Ich habe an der Gesamtkonzeption der Studie neben Frau PD Berghöfer, Herrn Prof. Dreher und Herrn Aryn Vogel mitgewirkt. Ich habe den Interviewleitfaden entwickelt und im iterativen Prozess mit der Arbeitsgruppe (PD Berghöfer, Prof. Dreher, Aryn Vogel) finalisiert. Ich habe 12 der 19 Experteninterviews geführt (6 Interviews Aryn Vogel, 1 Interview Anne Berghöfer) und 1 Interview transkribiert. Die übrigen Interviews wurden durch einen Transkriptionsdienst (Bettina Husemann) transkribiert. Ich habe über das gesamte vorhandene Interviewmaterial die qualitative Inhaltsanalyse komplett und selbständig ausgeführt (Entwicklung der deduktiven und induktiven Kategorien, Textanalyse, Reduktion, Abstraktion und Interpretation). Ich habe die Publikation verfasst, gemeinsam mit den KoautorInnen revidiert und finalisiert und gemeinsam mit Frau PD Berghöfer die Revision nach Peer-Review erstellt. In der Publikation habe ich an der Abbildung 1 neben Frau PD Berghöfer mitgewirkt und sämtliche Tabellen, d.h. Tabelle 1 der Publikation sowie Tabelle 1 bis 3 des Supplementary Material erstellt.

Unterschrift, Datum und Stempel der erstbetreuenden Hochschullehrerin

Unterschrift der Doktorandin

Auszug aus der Journal Summary List

Journal Data Filtered By: **Selected JCR Year: 2020** Selected Editions: SCIE,SSCI
 Selected Categories: **"HEALTH POLICY and SERVICES"**
 Selected Category Scheme: WoS
Gesamtanzahl: 88 Journale

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
1	Implementation Science	14,750	7.327	0.020010
2	BMJ Quality & Safety	7,335	7.035	0.014360
3	HEALTH AFFAIRS	22,442	6.301	0.047250
4	VALUE IN HEALTH	12,642	5.725	0.017860
5	International Journal of Integrated Care	2,034	5.120	0.002800
6	International Journal of Health Policy and Management	2,118	5.007	0.005600
7	PHARMACOECONOMICS	6,543	4.981	0.009170
8	MILBANK QUARTERLY	4,632	4.911	0.005270
9	JOURNAL OF RURAL HEALTH	2,866	4.333	0.004050
10	QUALITY OF LIFE RESEARCH	19,584	4.147	0.017860
11	MEDICAL CARE RESEARCH AND REVIEW	2,973	3.929	0.003190
12	JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS	9,140	3.883	0.014840
12	Patient-Patient Centered Outcomes Research	1,738	3.883	0.003240
14	European Journal of Health Economics	3,178	3.689	0.005460
15	Digital Health	676	3.495	0.001640
16	HEALTH SERVICES RESEARCH	9,969	3.402	0.013340
17	Health Systems & Reform	493	3.391	0.002040
18	HEALTH EXPECTATIONS	4,873	3.377	0.008540
19	HEALTH POLICY AND PLANNING	6,543	3.344	0.010630
20	HEALTH CARE MANAGEMENT REVIEW	2,006	3.328	0.001780

1

Selected JCR Year: 2020; Selected Categories: "HEALTH POLICY and SERVICES"

Liste abgerufen am 04.03.2022 unter:

https://intranet.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/sonstige/medbib/Impact_Faktoren_2020/ISI-WEB-Liste-Kategorie-Health_Policy_and_Services.pdf

Druckexemplar der Publikation

Afraz, F.C., Vogel, A., Dreher, C. and Berghöfer, A., 2021. Promoting Integrated Care through a Global Treatment Budget: A Qualitative Study in German Mental Health Care using Rogers' Diffusion of Innovation Theory. *International Journal of Integrated Care*, 21(4), p.27. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.5940>



Promoting Integrated Care through a Global Treatment Budget

RESEARCH AND
THEORY

]u[ubiquity press

A Qualitative Study in German Mental Health Care using Rogers' Diffusion of Innovation Theory

FARIDEH CAROLIN AFRAZ

AMYN VOGEL

CARSTEN DREHER

ANNE BERGHÖFER

*Author affiliations can be found in the back matter of this article

ABSTRACT

Introduction: Since 2003, as a means of enabling integrated care the German mental health care system has offered the innovative option of agreeing a Global Treatment Budget (GTB, also known as a regional psychiatric budget or innovative flexible and integrative forms of treatment FIT) with health insurers and regional care providers across sectors. Despite promoting legal frameworks and positive evidence on improving quality of patient care, this model has not spread widely. The aim of this study is to identify inhibiting and facilitating factors for the innovation diffusion.

Theory and methods: We conducted expert interviews with 19 actors from nine German regions involved in GTBs, using a self-developed questionnaire based on Rogers' theory on innovation diffusion extended by the innovation system approach. Interviews were analysed applying qualitative content analysis. Code categories were built deductively operationalising Rogers' theory and inductively from the data generated.

Results: Observability of the innovation was perceived as good, but trialability, reversibility, compatibility with regular care structures as low, and thus the perceived risks of adoption as high. Complexity up to implementation is high, caused by numerous individuals and stakeholder groups involved. Diffusion took place in environments of strong individuals with venturesomeness, opinion leadership, and informal networking. As favourable framework conditions the monopoly and non-profit position of hospitals in well-defined care regions were identified.

Discussion and Conclusions: Diffusion of integrated care could be accelerated by dissolving the multi-actor constellation, changing the communication strategy, and adapting the legal framework.

CORRESPONDING AUTHOR:

Dr. med. Anne Berghöfer

Institute of Social Medicine,
Epidemiology and Health
Economics, Charité –
Universitätsmedizin Berlin,
Luisenstr. 57, 10117 Berlin,
Germany

anne.berghoefer@charite.de

KEYWORDS:

global treatment budget;
flexible; integrated treatment
models FIT; cross-sectoral
care; Rogers' innovation
diffusion theory; qualitative
study; qualitative content
analysis

TO CITE THIS ARTICLE:

Afraz FC, Vogel A, Dreher
C, Berghöfer A. Promoting
Integrated Care through a
Global Treatment Budget.
*International Journal of
Integrated Care*, 2021; 21(4):
27, 1–12. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5940>

INTRODUCTION

The development of integrated care and patient-centred models in the German mental health care system lags far behind political and stakeholders' vision [1, 2]. Complexity of provider structure is considerably high; hence patients are often overstrained by clinical pathways resulting in reduced adherence and outcome of therapeutic interventions [3, 4]. Accordingly, the fragmentation of sectors and their separate financing have been recognised and addressed recently as a major obstacle to a more patient-centred mental health care in Germany [5, 6].

Various efforts have been made to establish integrated care by pursuing selected integrated care contracts and nationwide disease management programs [7]. However, the aim to improve cooperation in mental health care was not met to a large extent [8–10].

The present study focuses on one innovative care and funding model, the Global Treatment Budget (GTB), intentionally created by the legislator to strengthen particularly cross-sectoral care of mental illnesses and improve patient care. The legislator pushed innovative models intending to replace long inpatient stays, as current treatment is often characterised by comparably long duration due to chronicity, repeated contacts and a particularly high number of different providers involved (Figure 1). To this end, GTB allows – as capitation principle based on the expected number of annually treated

patients – an alternative way of funding in a defined region [11, 12]. It allows for establishing sustainable flexible and continuous cross-sectoral care tailored to individual patient needs from a single hand, in a sense, through one joint budget across all psychiatric treatment settings. Thus, jointly agreed contracts of GTB, supporting community-based psychiatric care approaches, fulfils the expectations of the explanatory memorandum of the law by softening the fronts between hospital and statutory health insurance (SHI) and between inpatient, day-clinic, outpatient, and home treatment care. At the same time, it allows efficient treatment as it is independent of misaligned remuneration incentives.

In Germany first GTBs (formerly known as regional psychiatry budgets) as a means of funding to enable integrated mental health care were established in 2003 based on contracts [14]. Since 2012 possibilities for integrated care have been expanded to facilitate integrated care approaches [15] as a wider legal frame enabled the implementation of further GTBs in psychiatry [16–19]. Evidence of hitherto implemented GTBs enabling integrated care shows various advantages when compared to regular mental health care, e.g. in patient compliance, improved patient-relevant outcomes [12, 17, 19–23] as well as improved working conditions for medical staff [16, 19, 24–27] and cost effectiveness [28]. Despite the above-mentioned overall positive experiences to date and the evidence for manifold

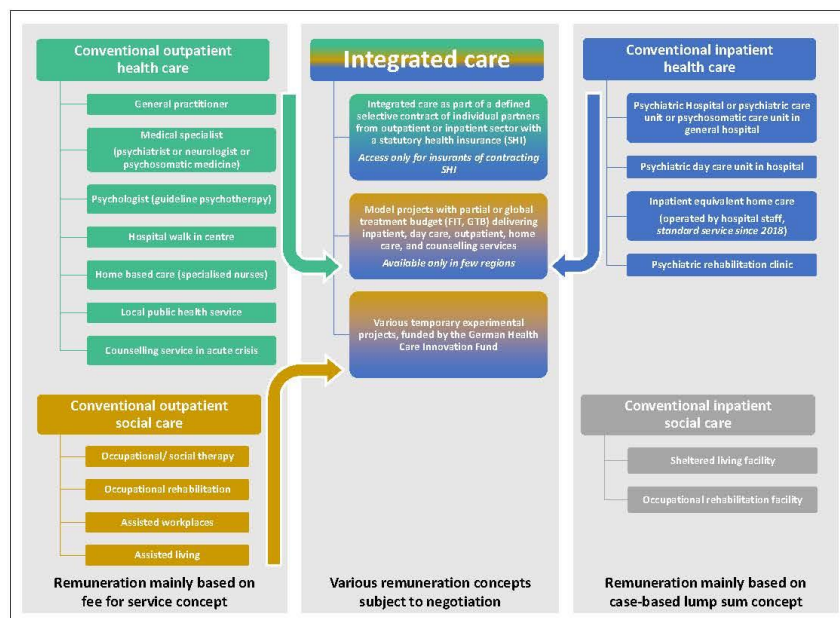


Figure 1 Agenda of mental health and social care in Germany. Various providers in the outpatient sector mainly paid on a fee for service concept, providers in the inpatient sector mainly paid by case-based lump sums. Innovative models of integrated care include services from outpatient and inpatient health care and partly from outpatient social care. Models with global budgets framed black (own figure adapted from [4, 13]).

improvement of mental health care, the GTB has not prevailed in mainstream mental health care in Germany; after more than 15 years of testing, less than 5% of care regions have followed this model [13]. The sluggish implementation of complex new health care models is not new; it is attributed to the models' complexity per se, path dependencies in the health care system, and lack of governance knowledge [29, 30].

Beyond these system-level explanations, specific reasons why this particular model does not diffuse have not been explored yet. Therefore, an investigation using Rogers' model of innovation diffusion and a qualitative research approach seemed reasonable to explore promoting factors and major obstacles occurring in diffusion processes of this innovative model of integrated mental health care.

THEORY AND METHODS

THEORETICAL FRAMEWORK

To analyse innovation diffusion in health care, established models such as Rogers' diffusion theory [31, 32] will be coupled and intertwined with the analysis of innovation system dynamics [33, 34]. These different perspectives combined allow for capturing the complexity of the diffusion processes and the multi-level challenges.

Rogers' central question is how innovations spread in social systems and which factors influence diffusion. His paradigm of the adoption process covers characteristics of actors (e.g. values, skills, status), situational perception (e.g. social norms, economic constraints), perceived characteristics of the innovation itself (advantage, compatibility, complexity, divisibility, and communicability), and information sources [31]. Thus, factors at individual and system level as well as the communication process are included [32, 35]. In Rogers' more recent work [32], he issues for adopters the problem of collective decisions for or against an innovation. In contrast to individual decisions, such as in the consumer goods sector, or authoritarian decisions, such as legal orders, actors with diverging interests are involved here. Rogers' theory has been successfully applied to analyse diffusion processes in health care [36]. Regarding the influence on adoption and adoption speed, there is indeed still an open research question even with Rogers.

Rogers' theory is one of the most prominent models on the diffusion of innovations in social sciences. Compared to other diffusion models based on other science traditions, it includes a full set of criteria for the individual adoption decision (whether by persons or organisations). Models out of the epidemiological tradition and medical sciences are using big data sets and exploring the underlying mathematical functions in order to make predictions for further developments (e.g. predicting the spread of infectious diseases). Economic models, like the Mansfield diffusion model [37] or the probit-family of diffusion models [38], are looking at the individual adopter decision,

but using only aspects like profitability and complexity of predominantly technical process innovations. Very popular recent models of the multilevel perspective [39] characterise societal transition processes by investigating the interdependencies of macro-, meso-, and micro-levels, but they refrain from explaining individual adopter's decision. In our case, we have the combination of looking at a social practice implementation instead of a technological innovation and in a mainly non-profit environment of a single organisation. Instead of hard technologies involved, a complex interplay between external factors, as legislation, hard and soft institutional settings, social behaviour, and individual attitudes of various actors involved in the individual decision of a hospital takes place. Rogers' model at best encompasses these aspects and provides the guiding questions and criteria for investigation without imposing too many restrictions as by the other models of diffusion.

To analytically penetrate the involved networks or collectives, the innovation system approach is additionally useful for the diffusion of innovations [34, 40]. This approach analyses actors active in a specific innovation field, their interactions in knowledge building and learning processes, additionally the identification of their relevance for the adoption. This closes the gap of ruptures approach for collective decision-making.

METHODS

The study was designed as a cross-sectional study based on qualitative interviews with stakeholders involved in past GTB-negotiations. Results were triangulated with documents and publications.

Interview guide

To carry out semi-structured interviews an interview guide was developed based on Rogers' innovation diffusion model [32], systematically inquiring about the aspects considered important by Rogers (FCA and AV). The guide was finalised in an iterative team process (FCA, AV, CD, and AB), and adapted to the experts' roles (professional group, status of adoption). The interview guide focused on the main categories from Rogers extended by categories from the innovation system approach (supplementary table 1). Results of a pilot interview led to editorial refinement, thus was included in the analysis. Interviews were carried out between July 2018 and April 2019 (FCA, AV, and AB) and lasted one hour on average. Recorded interviews were transcribed and pseudonymised, anchor examples translated to English.

Sampling and field access

The sample of experts comprised directors of psychiatric hospitals (perspective of psychiatrists, P), representatives of commercial management (C) of the same hospitals and representatives of SHIs (I) responsible for GTB-negotiations in the corresponding region. Thus, all

actors in the innovation process affecting the collective decision-making were represented.

Respondents were identified through dialogue with members of the German network of model project participants (AB) and their personal recommendations via snow balling principle. Sample size of 24 interviews was chosen initially. Four groups of local experts comprised: Early adopters, late adopters, failed adopters, and observers from two regions each. Groups emerged from structural data and literature. The number could be adapted depending on the theoretical saturation by the interviews.

Data analysis

Data analysis followed the methods of Mayring's summarising qualitative content analysis [41]. Against the background of Rogers' established theory, we thought this was the appropriate method. Primarily the interview transcripts were analysed with a set of deductively assigned code categories, based on criteria guided by Rogers' theoretical framework. The categories were enriched with code categories inductively determined from the material and inducing new aspects beyond Rogers' theory (supplementary table 2). Computer aided data analysis was performed with MAXQDA, reduction and abstraction steps in Microsoft Excel. Coding reliability was assessed and improved several times through independent coding by two different coders (FCA, AB). Results were discussed within the group regularly to ensure intersubjectivity (FCA, AV, CD, and AB).

RESULTS

In total 19 local experts were successfully recruited, 14 declined participation for various reasons (lack of authorisation, subjective lack of competence in the subject, lack of time) (*Table 1*).

Initially, four case categories should be included, represented by two health care regions each (supplementary table 3). Presumed observers turned out in interviews to be failed adopters at various stages of negotiations. The number of interviews of adopters and failed adopters was adapted because of theoretical

saturation [42]. Extending the field to recruit observers in the regional neighbourhood was not successful. Additional informal conversations could be held, which were explicitly not released for analysis.

A total of 2,097 relevant statements were identified and assigned to 164 codes.

STAGES OF INNOVATION DECISION PROCESS

Rogers' five stages of innovation decision process – consisting of knowledge, persuasion, decision, implementation, and confirmation – could be identified in the GTB-diffusion. Especially psychiatrists have sufficient awareness of the GTB as funding option for integrated care, knowledge of how it works in principle, and how to implement it in practice. They remarked to have achieved their knowledge by intensive personal exchange, mutual visits, and various medical-scientific publications and lectures – driven significantly by committed and respected personalities representing opinion leaders according to Rogers.

Psychiatrists stated that they initiated most negotiations and were subsequently supported by their controllers. In most cases, different stakeholder groups agreed, there had been a lack of SHIs appreciating GTB-implementation, severely limiting the total number of negotiations taken place.

Psychiatrists noticed that the later GTB-contracts were agreed upon, the more complicated it became to find consensus view among various SHIs. Irrespective of outcome, most respondents, especially hospitals, experienced negotiations as distinctly time-consuming and labor-intensive. They expressed that despite initial consensus on desire for an integrated care model, insurmountable interest conflicts regarding contract details sometimes led to failure. Moreover, hospitals would have no claim by law to contract an alternative funding option like a GTB.

Participants explained that confirmation of the pro-GTB-decision took place both at the level of medical-scientific publications, driven by evaluation provided for in the current legal framework, and personal exchange, mainly within psychiatric network activities. Finally, none of the adopter regions cancelled or did not renew their GTB-contracts after expiry, suggesting at least a basic level of satisfaction.

	PSYCHIATRISTS (P)	REPRESENTATIVES OF COMMERCIAL MANAGEMENT (C)	REPRESENTATIVES OF SHIS (I)	WILLINGNESS FOR INTERVIEW (INTERVIEWS CARRIED OUT)
Early Adopters	2	5	4	55% (6)
Late Adopters	3	1	5	56% (5)
Failed Adopters	4	3	2	89% (8)
Observers	4	0	0	0% (0)
Performed interviews	62% (8)	67% (6)	45% (5)	58% (19)

Table 1 Structure of the sample interviewed.

PERCEIVED CHARACTERISTICS OF THE INNOVATION

Relative Advantage

Psychiatrists perceived many advantages of integrated care associated with GTB, focussing primarily on medical-therapeutic aspects such as greater flexibility in treatment spectrum with inter alia new and not yet offered services, less bureaucracy and greater sustainability of patient-specific therapies, closely oriented to the patient's life and characterised by continuity of treatment. Misaligned financial incentives of traditional inpatient remuneration based on highest possible bed occupancy would be replaced by positive incentives regarding long-lasting therapeutic success.

Mainly psychiatrists reported that in addition to increased patient satisfaction, job satisfaction of various hospital staff was higher in integrated care models enabled by GTB.

Controllers agreed that patient outcomes improved. They noted that their director psychiatrists used to convince them of the care advantages before entering GTB-negotiations. However, the economic assessment varied widely among the controllers. Reported spectrum ranges from potential cost savings for SHI by increasing the efficiency and sustainability of treatment to pure cost stability through a mere resource shift from inpatient to outpatient care and extends to mitigation of further rising future costs. Hospitals would have benefited from the decoupling of money and beds and thus from the freedom gained through integrated care, but would not have to fear any negative financial consequences because of the contractually agreed stable budget.

SHI representatives agreed with hospital representatives on the need for more patient-individual integrated care. They considered the outpatient shift associated with the GTB to be central and desirable. To their opinion outpatient care, actually provided by SHIs accredited physicians and increasingly lacking in several rural areas, was strengthened. SHIs expressed that from an economic point of view the main goal is to stabilise expenditures in order to achieve greater planning security and possible cost savings. Compared to the continuously rising expenses in regular care, expenditure stability was considered as a realistic goal by the firmly negotiated budget, whereas cost savings were estimated as hardly achievable due to the resource shift from inpatient to outpatient sector. Nevertheless, one SHI concluded a contract, whereby any additional costs or savings achieved through integrated care are shared equally between care provider and SHI to create a positive incentive.

Compatibility and Complexity

The poor compatibility with processes and structures of regular care and standard remuneration was

uttered as relevant by all experts. On the one hand, poor compatibility was explained as caused by the fact that the extensive structural changes in terms of staff, equipment and structural aspects cannot, or only with considerable difficulty, exist in parallel with the regular system. Furthermore, patients from different SHIs would not understand why they receive vastly different care despite same symptoms.

Financial controlling within the model was perceived by the care providers as significantly more complex than by the SHIs. Controllers explained that after DRG introduction in psychiatry in 2012, parallel accounting documentation was agreed in the late adopter regions for control and transparency of individual integrated care services. This enabled the hospitals to have a close-knit overview of the economic effects of integrated care and gave the SHIs the demanded insight into the treatment measures provided.

Trialability, Divisibility, Reversibility, and Observability

Trialability and reversibility were consistently rated as extremely poor across all stakeholder groups, although the legal basis should serve as opportunity to try out new ideas. They stated that consistent reorganisation to integrated care in the sense of the GTB would ultimately appear irreversible, as it would be accompanied by multi-layered and profound sustainable changes both in hospitals and stakeholders' heads that fewer beds suffice.

Especially controllers expressed that at the same time, a GTB has to be inevitably reversible due to the unavoidably contract time limit. They proposed that longer contract terms would thus be desirable for such a comprehensive change in care in order to achieve a higher degree of planning security. They feared that the high investments in, e.g. structural measures, staff training, or fleets of vehicles for home care were associated with considerable economic damage in case of an involuntary return to standard care.

Likewise, psychiatrists commented that the concern about considerable economic damage could prevent a consistent implementation with extensive structural changes, for example in form of a rigorous bed reduction. To counter this risk, some controllers advise a "well-prepared exit strategy".

Regarding the divisibility, controversial opinions emerge between those contracted with all SHIs and those contracted with a SHI subset. Psychiatrists and controllers expressed to prefer the participation of all SHIs to any insular solutions since the introduction of a parallel system would be more challenging than an overall system conversion. To the opinion of some SHI representatives partial budgets, seen as intermediate stage on the way to a GTB, would have certain advantages due to their fewer actors in the negotiation.

Overall, manifold comments throughout the interviews suggest that observability for interested potential adopters has existed for a long time, established through above-mentioned intensive, informal personal exchange in psychiatrist networks.

Resulting Risk

The illustrated lack of sufficient trialability, divisibility and reversibility can be identified as one of the main risks perceived by hospitals.

Representatives of SHIs estimated about SHIs not participating in a GTB that the main risk associated with a GTB would be a loss of control over the psychiatric care actually provided because they had no insight into individual performance with GTB, unlike in previous integrated care contracts that were designed as fee for service.

Representatives of all stakeholder groups rated that this risk could be countered by regular personal exchange and adequate monitoring.

Finally, one actor commented that local conditions, e.g. a possible neighbourhood veto against a GTB, could involve a decisive risk. The involvement of crucial actors in the region and thus interdisciplinary communication would have been promising for contract conclusion.

CHARACTERISTICS OF DECISION-MAKING UNIT

Rogers' theory sees the course of the diffusion process strongly dependent on the individuals. Participants from all stakeholder groups rated the GTB-innovators or early adopters, especially on the part of psychiatrists, as well recognised in their circles and as opinion leaders in their networks. When summarising various statements from the material the innovators are also characterised by openness to change and thus great commitment and enthusiasm to realise these changes despite perceived risks. They tend to have a positive attitude towards science, thus enabling accompanying evaluations. Perseverance and acceptance of occasional setbacks can be attributed to them, as their project to convince contractors to implement integrated care enabled by GTB has usually been a long and tough process.

Especially psychiatrists postulated that on the part of the SHIs would be a low degree of willingness to innovate and awareness of necessary change in mental health care. Their restraint towards change and new ideas would lead to the fact that communication messages about the GTB meet with higher resistance, the required venturesomeness would be missing. SHIs commented that they were rather reserved and sceptical about a system change and would prefer a watchful waiting attitude, partly until further evaluation results were available.

Statements from various participants suggest that SHIs' attitude is largely determined by their board of

directors and renewed negotiation attempts after change in leadership seem attractive. However, necessary detailed knowledge of the negotiation or contract history is often tied to individuals so that without a guaranteed transfer of crucial knowledge, a change of personnel or SHIs structures (from local to national organisation or after merger) can become a crucial barrier.

COMMUNICATION BEHAVIOUR OF DECISION-MAKING UNIT

Psychiatrists cultivate a close collegial exchange of experience within their networks, also via interpersonal channels, face-to-face exchanges and via scientific publications as already mentioned above. Later adopters uttered that the extensive networking of psychiatrists made it possible that they could easily access the basic principles already developed. In contrast, interviews did not show analogue networking of hospital economists.

A controller stated that communication between hospitals and SHIs were a manifold combination of written exchanges, personal contacts, official negotiation rounds and informal talks. Decisions would strongly depend on the individuals and their personal relationship. Various participants expressed that despite the inevitable particular interests of the actors involved, a certain degree of willingness to compromise were a key for successful contract conclusion. Several uttered that becoming familiar with the contracting partner during the negotiation process has led to greater appreciation and thus to empathy and long-lasting mutual trust. This would result in higher ability to deal together with uncertainty and risks while facing unforeseen challenges. However, experts from the hospitals' side stated that a high degree of SHI mistrust has led to high, almost unfulfillable demands on the hospitals.

The extent to which the SHIs' organisational form plays a role in the GTB-diffusion was controversially discussed. The various statements suggest that nationally organised or merged SHI have the advantage of an overview of several similar models with corresponding empirical values from colleagues in other areas. They can also benefit from their opinion leadership compared to smaller SHIs. In contrast, locally anchored SHIs are closer to local contractual partners and conditions. Common to all SHIs was that unclear personnel responsibility was widely perceived as a challenge for further dialogue because of the absence of specialised departments for new integrated care models.

The entire innovation decision-making process is assessed across all stakeholder groups as being significantly and positively influenced by the support of politicians from the federal and state governments. In summary, the political support, which varies greatly from region to region, promotes the likelihood of a positive contract conclusion. Some respondents attribute to state politics the role as a neutral authority mediating in case

of differences between negotiating partners. At the same time, politicians pursue their own interests regarding integrated care projects; for example, being basically interested in instruments reducing the beds number in the state hospital plan to limit the general trend of bed growth in Germany.

PRIOR CONDITIONS OF THE SITUATION

The development of the zeitgeist in psychiatry was presented by psychiatrists as significant for the willingness implementing an integrated care model. They commented that personal attitudes towards contemporary and adequate psychiatric care would have changed noticeably, especially among hospital psychiatrists: Away from long-term inpatient stays, facing the necessary change towards more participation in social life, among other things through more outpatient and home treatment, strengthening autonomy, voluntariness, and participation.

Most stakeholders rather saw rural locations with a single hospital responsible for obligatory care better suited to implement integrated care with a GTB. Regions with a definable patient catchment area and a stable patients' number would be advantageous. In principle, a dominant or monopoly position of the local hospital would be favourable. However, urban psychiatrists stated that urban areas could simplify home treatment due to manageable and compressed catchment areas. Others remarked that a competitive situation in local psychiatric care resulting from provider diversity or competitors in the neighbouring care area would complicate implementation, since questions of budget distribution and care responsibility would have to be clarified.

DISCUSSION

The study identified several factors that explain the stagnant diffusion of the innovative care model. These are mainly: lack of trialability, lack of reversibility, and poor compatibility with existing treatment and remuneration structures. Due to a multi-actor constellation, the process of negotiating and establishing the model is highly complicated. This is coupled with a lack of routine in the development of innovative concepts and accompaniment of their implementation. Diffusion was facilitated in the environment of particularly strong individual actors with a special willingness to take risks, opinion leadership and informal networking. Monopoly position of the hospital, well-defined care region, and non-profit governance were identified as favourable framework conditions.

Innovations' diffusion in health care is still a major topic in many systems and slowness or failure to diffuse a common outcome [43, 44]. According to Rogers' model,

characteristics of the innovation object itself, such as difficult trialability and lack of reversibility, are barriers to rapid diffusion that are not compensated for even by good observability and extensive relative advantages. Innovations that can be split for trial are generally adopted more quickly. While in our study divisibility is rated poorly by most respondents, experience from regions with a parallel system itself shows that this partial implementation with fewer contractors is quite possible and even beneficial. Less complex innovations are also adopted more quickly than those where the adopter must develop new skills and understanding. The pronounced complexity of the GTB may be one reason for the low diffusion rate. It also explains why structural and process innovations in health care – especially disruptive innovations [45] like capitation models – are significantly more difficult than product innovations. Moreover, product innovations are promoted by manufacturer investments, which cannot happen with structural innovations, because there is no bundled business interest behind them.

Generally, the innovation must prove itself in a health policy environment with strong forces of inertia in the regular system. It is characterised not only by institutional complexities and dominating tendencies towards status quo preservation, but even by path dependencies that make disruptive innovations practically impossible [29, 46]. Moreover, the incentive in current psychiatric care system lies largely in the expansion of relatively well remunerated inpatient care. Private hospitals, by virtue of their ownership, are inevitably out to force profit. Municipal providers, however, accept a balanced economic result.

The beneficial characteristics of the actors were found to varying degrees among the participants. While the characteristics of venturesomeness, innovativeness, and willingness to take risks were found on the side of the psychiatrists and the controllers, these were not reported to the same extent among the SHIs. The individuals' impact is also lower among SHIs with large structural units.

Extensive guidance for the aspects of treatment spectrum as well as descriptions for possible contract designs from the financial point of view are available [11]. But due to the exceedingly low number of SHIs willing to negotiate, it can be assumed that the knowledge of the benefits perceived by the psychiatrists does not sufficiently reach the SHIs – this could be interpreted as a communication problem. Or the benefits were evaluated less convincingly from the SHIs' point of view because short term economic risks of a GTB dominate over the long-term economic effect of integrated care. However, results of a nationwide evaluation from the SHIs' perspective might change the SHIs' strategy. First positive results have been published after completion of our study [17, 47].

Diffusion is described by Rogers as a very social process involving interpersonal communication relationships (interconnectedness). Most people do not evaluate an innovation primarily based on scientific studies, but rely mainly on a subjective evaluation of an innovation communicated to them by precursors [48]. This dependence on “near peers” suggests that the heart of the diffusion process is imitation by potential adopters of their network partners in ultimate proximity. This underlines diffusion theory concepts parallel to Rogers [49]. A near peer phenomenon can be seen in one federal state where a large part of the districts implemented a GTB. Von Peter et al reported that compared to models in the rest of the federal republic, these show a more advanced implementation, more pronounced integrated care, more outpatient treatment and stronger support for state politics [50]. The study also confirms our findings of a positive effect of public ownership and lower number of actors. Also, identical persons as stakeholder representatives in the various negotiations might have been involved.

Communication is effective when it takes place within similar actors (psychiatrists with psychiatrists, businessmen with businessmen), but problematic when different circles communicate with each other (psychiatrists to businessmen, hospital to SHIs). The number of actors involved in an innovation decision is negatively correlated with the diffusion rate and the speed of diffusion. This multi-actor constellation is inevitably pronounced in GTB-negotiations. Since successful contracting is only possible if there is complete consensus among vastly unlike groups of actors, contract negotiations are usually complex and in the cases of our study lasted over years. Indeed, current legislation requires contracts to be concluded with SHIs at individual actor level instead of a mandatory association level as happened with early GTBs, which aggravates the multi-actor constellation.

Underadoption has also been described for Assertive Community treatment (ACT), another complex innovation in integrated mental health care with a large number of high-quality effectiveness studies [51]. Although a different theoretical model is used to analyse the diffusion process, the fit of characteristics of the diffusion object into specific settings and to key actors also play an essential role here [51]. Targeted investment in early adopters, making their activity visible and giving them room for change, and acknowledging that adopters of any status need resources for their tasks in the diffusion process are seen as promoting factors [44]. These and other recommendations, however, refer to innovations in circumscribed organisations [52], but may be only transferable to a limited extent to innovations on a macro level.

STRENGTH AND LIMITATIONS

Main limitation of the study is that sceptical observers i. e. from privately owned hospitals could not be recruited.

Therefore, the full spectrum of reasons against the GTB can only be speculated, such as lack of treatment quality with such short inpatient stays, lack of crisis resistance with so few beds, as well as the postulated profit orientation of the GTB-opponents. However, it is plausible that the business model of profit-oriented hospital operators is not compatible with the integrated care model associated with the GTB, although explicitly encouraged by the legal basis.

We used snowballing which helped to obtain a complete set of actors involved per region. The disadvantage is that a circle of basically interested actors could not be left. As we could not compensate for this by additional recruitment efforts a critical perspective on the GTB might remain underrepresented.

Our study did not include basic hospital staff, because from the perspective of Rogers’ model, the persons, who have authority for strategic decisions, play a particularly important role in establishing a new health care model. For various follow-up aspects such as implementation in adopters’ hospitals or patient-related factors the perspective of the staff is undoubtedly highly relevant, but these factors were not part of our research question regarding the preceding decision for implementation.

Within the recruited groups of adopters and failed adopters from rural, urban, and metropolitan areas, saturation of information was achieved so that the final number of interview partners per group does not appear to be a disadvantage. As some of the experts were also active at the policy-making-level, this perspective was captured additionally.

This qualitative study is the first to apply Rogers’ model to the GTB and thus to find explanatory patterns for lack of diffusion at system level. It proved to be adequate for identifying barriers and facilitating factors for implementing integrated care through a global budget. Ideally, this study complements the recent nationwide quantitative evaluations of economic and patient-related outcomes [17] and studies on the case level [18, 19].

CONCLUSIONS

Our investigation of the innovative integrated care model based on a global budget using Rogers’ diffusion of innovation theory suggests that the broad communication of the detailed description of the innovation’s characteristics needs to be enhanced between the different stakeholder groups as well as partly within the stakeholder groups, all of whom are potential new adopters. This is especially the case for the relative benefits of the innovation as well as for the detailed how-to knowledge. The innovation’s inhibiting complexity might be reduced by dividing it because simpler forms ease trialability and reversibility and attract potential new adopters of an innovation.

Furthermore, dissolving the multi-actor constellation by reducing the number of actors initially involved in the decision process could accelerate the diffusion. Finally, the claim of interested adopters to initiate and conclude GTB-negotiations should be strengthened by law so that protracted attempts do not longer fail due to the veto of single actors. For both, support is needed through refined legal frameworks.

The creation of broader scientific evidence, usually convincing SHIs to move, inter alia based on routine data, is indispensable and already on its way.

ADDITIONAL FILE

The additional file for this article can be found as follows:

- **Supplementary material.** Supplementary tables 1 to 3. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5940.s1>

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to profoundly thank the interview partners, who have shared their experiences and thoughts about this delicate matter with us, and Oscar Freyer, who helped by searching for gray literature, and Bettina Husemann, who partly transcribed the interviews.

REVIEWERS

Volker Amelung, Institute for Social Medicine, Epidemiology and Health Systems Research, Medical University Hannover, Germany.

One anonymous reviewer.

COMPETING INTERESTS

The authors have no competing interests to declare.

AUTHOR AFFILIATIONS

Farideh Carolin Afraz

Institute of Social Medicine, Epidemiology and Health Economics, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, Germany

Amyr Vogel orcid.org/0000-0003-4756-4252

Department of Information Systems, School of Business and Economics – Freie Universität Berlin, Garystr. 21, 14195 Berlin, Germany

Carsten Dreher orcid.org/0000-0003-0383-3991

Professorship of Innovation Management, School of Business and Economics – Freie Universität Berlin, Thielallee 73, 14195 Berlin, Germany

Anne Berghöfer orcid.org/0000-0002-7897-6500

Institute of Social Medicine, Epidemiology and Health Economics, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, Germany

REFERENCES

1. **Milstein R, Blankart CR.** The Health Care Strengthening Act: The next level of integrated care in Germany. *Health Policy.* 2016; 120(5): 445–51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.006>
2. **Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H, Knieps F, Lägél R, Ozegowski S, Schlenker R-U, Sjuts R,** (Eds.), *Innovationsfonds: Impulse für das deutsche Gesundheitssystem [Innovation fund: Impulses for the German healthcare system]*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2017.
3. **Busse R, Blümel M.** Germany: Health system review. *Health Syst Transit.* 2014; 16(2): 1–296.
4. **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.** Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. [Demand-driven management of health care]; 2018.
5. **Brückner B.** Zur Ambivalenz zwischen Sozial- und Gemeindepsychiatrie. [On the ambivalence between social and community psychiatry]. *Sozialpsychiatrische Informationen.* 2012; 42(4): 11–12.
6. **Deister A, Wilms B.** Neue Behandlungsstrukturen in der Psychiatrie – Chance für eine zukunftsfähige Versorgung. [Innovative treatment in psychiatry – a chance for integrated health care]. *Psychiatr Prax.* 2015. 42(1): p. 8–10. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387487>
7. **Berghöfer A, Göckler DG, Sydow J, Auschra C, Wessel L, Gersch M.** The German health care Innovation Fund – An incentive for innovations to promote the integration of health care. *J Health Organization Management.* 2020; 34(8): 915–923. DOI: <https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2020-0180>
8. **Hausen A, Glaeske G.** Die Bedeutung einer frühzeitigen begleitenden Evaluation für die Ableitung von Indikatoren zur Qualitätsmessung in der ambulanten psychiatrischen Integrierten Versorgung. [The importance of an early accompanying evaluation of new care forms for the development of indicators for quality assurance in outpatient psychiatric integrated care]. *Gesundheitswesen.* 2015; 77(5): 336–9. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0034-1377031>
9. **Kunze H, Priebe S.** Integrierte Versorgung – Perspektiven für die Psychiatrie und Psychotherapie. [Integrated care – perspectives for psychiatry and psychotherapy]. *Psychiatr Prax.* 2006; 33(2): 53–5. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2005-915398>
10. **Schmidt-Michel PO, Kuhn F, Bergmann F.** Die Integrierte Versorgung per Gesetz ist für die Psychiatrie gescheitert [Integrated care as decreed by German law fails for psychiatry]. *Psychiatr.Prax.* 2008; 35(2): 57–59. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2007-970935>

11. **Deister A, Wilms B.** Regionale Verantwortung übernehmen. Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V [Taking regional responsibility. Model projects in psychiatry and psychotherapy according to § 64b SGB V]. Köln: Psychiatrie Verlag; 2014.
12. **Berghöfer A, Hubmann S, Birker T, Hejnal T, Fischer F.** Evaluation of quality indicators of integrated care in a regional psychiatry budget – a pre-post comparison by secondary data analysis. *Int J Integrated Care*. 2016; 16(4): 17. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.2479>
13. **Berghöfer A, Afraz FC, Dreher C.** [Diffusion barriers to the adoption of the global budget in psychiatry as an innovative approach to community mental health care] Diffusionshindernisse bei der Einführung des Gesamtbudgets in der Psychiatrie als innovativen Ansatz für kommunale psychiatrische Versorgung. In Pfanstiel MA, Kassel K, Rasche C (Eds.), *Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen*, 291–320. Wiesbaden: Technologien, Produkte und Dienstleistungen voranbringen, Springer Gabler; 2020. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-658-28643-9_17
14. **Deister A, Zeichner D, Roick C.** Ein Regionales Budget für die Psychiatrie. Erste Erfahrungen aus einem Modellprojekt [A Regional Budget for Psychiatry. First experiences from a model project]. *Psychoneuro*. 2004; 30(5): 285–288. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2004-828649>
15. **Deutscher Bundestag.** *Act on the Further Development of Care and Remuneration for Psychiatric and Psychosomatic Services (PsychVVG)*. D. Bundestag. Bonn; 2016.
16. **Indefrey S, Braun B, von Peter S, Bechdorf A, Birker T, Duve A, Hardt O, Heiser P, Hojes K, Rehr B, Scherk H, Schulz-Du Bois AC, Wilms B, Heinze M.** Implementation of a Global Treatment Budget in Psychiatric Departments in Germany—Results and Critical Factors for Success From the Staff Perspective. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 11(610). DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00610>
17. **Baum F, Schoffer O, Neumann A, Seifert M, Kliemt R, March S, Swart E, Häckl D, Pfennig A, Schmitt J.** Effectiveness of Global Treatment Budgets for Patients With Mental Disorders—Claims Data Based Meta-Analysis of 13 Controlled Studies From Germany. *Front Psychiatry*, 2020; 11: 131. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00131>
18. **Johne J, von Peter S, Schwarz J, Timm J, Heinze M, Ignatyev Y.** Evaluation of new flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany—assessment and preliminary validation of specific program components. *BMC Psychiatry*. 2018; 18(1): 278. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1861-1>
19. **Schwarz J, Galbusera L, Bechdorf A, Birker T, Deister A, Duve A, Heiser P, Hojes K, Indefrey S, Johné J, Rehr B, Rout S, Scherk H, Schulz-Du Bois A, Wilms B, Zedlick D, Zeipert M, Heinze M, von Peter S.** Changes in German Mental Health Care by Implementing a Global Treatment Budget—A Mixed-Method Process Evaluation Study. *Front Psychiatry*. 2020; 11: 426. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00426>
20. **König HH, Heider D, Rechlin T, Hoffmann P, Birker T, Heinrich S, Brettschneider C, Hierholzer C, Riedel-Heller SG, Roick C.** Wie wirkt das Regionale Psychiatriebudget (RPB) in einer Region mit initial niedriger Bettenmessziffer? [How does the Regional Psychiatry Budget (RPB) work in an area with initially low capacity of psychiatric hospital beds?]. *Psychiatr Prax*. 2013; 40(8): 430–8. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0033-1343186>
21. **König HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, Hierholzer C, Angermeyer MC, Roick C.** Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? [The regional psychiatry budget (RPB): a model for a new payment system of hospital based mental health care services]. *Psychiatr Prax*. 2010; 37(1): 34–42. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0029-1223418>
22. **Roick C, Deister A, Zeichner D, Birker T, König HH, Angermeyer MC.** Das Regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulater Versorgungsleistungen [The regional budget for mental health care: a new approach to combine inpatient and outpatient care]. *Psychiatr Prax*. 2005; 32(4): 177–184. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2004-834736>
23. **Roick C, Heinrich S, Deister A, Zeichner D, Birker T, Heider D, Schomerus G, Angermeyer MC, König HH.** Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung [The regional psychiatry budget: costs and effects of a new multisector financing model for psychiatric care]. *Psychiatr Prax*. 2008; 35(6): 279–285. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067432>
24. **Deister A.** Vom Fall zum Menschen—Erfahrungen aus einem Regionalen Psychiatrie-Budget. [Changes in mental health care by a regional budget—results of a pilot project in schleswig-holstein (Germany)]. *Gesundheitswesen*. 2011; 73(2): 85–8. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0030-1270493>
25. **Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster HJ.** Veränderung der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget: Ergebnisse eines Modellprojektes in Schleswig-Holstein. [Changes in mental health care by a regional budget: results of a pilot Project in Schleswig-Holstein (Germany)]. *Psychiatr Prax*. 2010; 37(7): 335–42. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0030-1248438>
26. **Petersen HP, Hejnal T.** Regionales Psychiatriebudget. Chancen und Möglichkeiten, die psychiatrische Regelversorgung gemeindenah und personenzentriert zu gestalten [Regional Psychiatry Budget. Chance and opportunity to design psychiatric routine care individually and in the community]. *Psychiatr Pflege*. 2010; 16(1): 40–43. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0030-1248648>
27. **Hubmann S.** Evaluation des Regionalen Psychiatrie-Budgets im Landkreis Dithmarschen, Schleswig-Holstein. In *Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie*, 80. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin; 2016.
28. **Schröder B, Fleißa S.** Regionalbudgets in der Psychiatrie: Eine Alternative zu tagesgleichen Pflegesätzen und zum

- zukünftigen Finanzierungssystem? [Regional Budgets in Psychiatry: An Alternative to Hospital per Diem Charges and the New Reimbursement System?— A Case Study from the District of Dithmarschen]. *Psychiatr Prax.* 2017; 44(8): 446–452. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-112299>
29. **Auschra C, Sydow J.** Path dependence and integrated care. In Amelung V, Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter E (Eds.), *Handbook Integrated Care*. Berlin: Springer; 2020. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-69262-9_8
30. **Minkman MMN.** Longing for Integrated Care: The Importance of Effective Governance. *Int J Integr Care.* 2017; 17(4): 10. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.3510>
31. **Rogers EM.** *Diffusion of Innovations*. London: Collier Macmillan Inc; 1962.
32. **Rogers EM.** *Diffusion of Innovations, 5th Edition Diffusion of Innovations*, 576. 5th Edition. New York, NY: Free Press; 2003.
33. **Bergek A, Hekkert M, Jacobsson S, Markard J, Sanden B, Truffer B.** Technological innovation systems in contexts: Conceptualizing contextual structures and interaction dynamics. *Environmental Innovation and Societal Transitions.* 2015; 16: 51–64. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eist.2015.07.003>
34. **Hekkert MP, Suurs RAA, Negro SO, Kuhlmann S, Smits REHM.** Functions of innovation systems: A new approach for analysing technological change. *Technological Forecasting and Social Change.* 2007; 74(4): 413–432. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2006.03.002>
35. **Dreher C.** [The diffusion of innovations over time and space. An overview of approaches to diffusion research and evolutionary innovation economics] Die Diffusion von Innovationen über Zeit und Raum. Ein Überblick zu Ansätzen der Diffusionsforschung und evolutionären Innovationsökonomie. In Kaiser ESW (ed.), *Mobilität und Wissenstransfer in diachroner und interdisziplinärer Perspektive*, 209–248. Berlin, Boston: DeGruyter; 2013.
36. **Cain M, Mittman R.** *Diffusion of innovation in health care. Diffusion of innovation in health care*. Oakland, CA; 2002.
37. **Mansfield E.** Technical change and the rate of imitation Technical change and the rate of imitation. *Econometrica.* 1961; 29(4): 741–766. DOI: <https://doi.org/10.2307/1911817>
38. **Stoneman P.** *The Economic Analysis of Technological Change The Economic Analysis of Technological Change*. New York: Oxford University Press; 1983.
39. **Geels FW, Schot J.** Typology of sociotechnical transition pathways Typology of sociotechnical transition pathways. *Research Policy.* 2007; 36(3): 399–417. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.respol.2007.01.003>
40. **Carlsson B, Stankiewicz R.** On the nature, function and composition of technological systems. *J Evolutionary Economics.* 1991; 1: 93–118. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01224915>
41. **Mayring P.** *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken [Qualitative content analysis. Basics and techniques]*. 12. überarbeitete Aufl. ed. Weinheim, Basel: Beltz Verlag; 2015.
42. **Glaser BG, Strauss AL.** *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung [Grounded theory: Strategies of qualitative research]*. Bern: Huber; 2010.
43. **Dearing JW, Cox JG.** Diffusion Of Innovations Theory, Principles, And Practice. *Health Aff (Millwood).* 2018; 37(2): 183–190. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.1104>
44. **Berwick DM.** Disseminating innovations in health care. *JAMA.* 2003; 289(15): 1969–75. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.289.15.1969>
45. **Christensen CM, Raynor M, McDonald R.** What is disruptive innovation? *Harv Bus Rev.* 2015; 93(12): 44–53.
46. **Sydow J, Schreyögg G, Koch J.** Organizational Path Dependence: Opening the Black Box. *Academy of Management Review.* 2009; 34(4): 689–709. DOI: <https://doi.org/10.5465/amr.34.4.zok689>
47. **Neumann A, Swart E, Häckl D, Kliemt R, March S, Küster D, Arnold K, Petzold T, Baum F, Seifert M, Weiss J, Pfennig A, Schmitt J.** The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in Germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (EVA64). *BMC Psychiatry.* 2018; 18(1): 139. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1721-z>
48. **Kelly JA, St Lawrence JS, Diaz YE, Stevenson LY, Hauth AC, Brasfield TL, Kalichman SC, Smith JE, Andrew ME.** HIV risk behavior reduction following intervention with key opinion leaders of population: an experimental analysis. *Am J Public Health.* 1991; 81(2): 168–71. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.81.2.168>
49. **Bass FM.** A new product growth for model consumer durables. *Management science.* 1969; 15(5): 215–227. DOI: <https://doi.org/10.1287/mnsc.15.5.215>
50. **von Peter S, Schwarz J, Bechdorf A, Birker T, Deister A, Ignatyev Y, Bois AS, Heinze M, Timm J.** Analyse von Implementierungsmerkmalen psychiatrischer Modellvorhaben (nach §64b SGB V) in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesgebiet. [Implementation of New Flexible and Integrative Psychiatric Care Models (According to §64b SGB V) in Rural Northern Germany in Comparison to Federal Territory]. *Gesundheitswesen.* 2021; 83(1): 33–39. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-0945-9851>
51. **Denis JL, Hebert Y, Langley A, Lozeau D, Trottier LH.** Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Manage Rev.* 2002; 27(3): 60–73. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004010-200207000-00007>
52. **Bradley EH, Webster TR, Baker D, Schlesinger M, Inouye SK, Barth MC, Lapane KL, Lipson D, Stone R, Koren MJ.** Translating research into practice: speeding the adoption of innovative health care programs. *Issue Brief (Commonw Fund).* 2004; 724: 1–12.

TO CITE THIS ARTICLE:

Afraz FC, Vogel A, Dreher C, Berghöfer A. Promoting Integrated Care through a Global Treatment Budget. *International Journal of Integrated Care*, 2021; 21(4): 27, 1–12. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5940>

Submitted: 05 March 2021 Accepted: 13 November 2021 Published: 30 November 2021

COPYRIGHT:

© 2021 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC-BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. See <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

International Journal of Integrated Care is a peer-reviewed open access journal published by Ubiquity Press.



Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Komplette Publikationsliste

2022 Kongressbeitrag (*akzeptiert*):

Berghöfer, A., **Afraz F. C.**, & Dreher, C. (2022). Regional global budgets to promote integrated mental health care in Germany. Int Conference on Integrated Care 23-25 May 2022 Odense, Denmark

2021 Journalpublikation (Journal Impact Factor 2020: 5,120):

Afraz, F. C., Vogel, A., Dreher, C., & Berghöfer, A. (2021). Promoting integrated care through a global treatment budget. A qualitative study in german mental health care using Rogers' diffusion of innovation theory. *Int J Integr Care*, 21(4), 27,21-12. doi:<https://doi.org/10.5334/ijic.5940>

2020 Buchkapitel:

Afraz, F. C., Dreher, C., & Berghöfer, A. (2020). Attraktive Arbeit in Zeiten des Fachkräftemangels? Sektorenübergreifende psychiatrische Versorgung im Regionalbudget. In V. E. Amelung, S. Eble, R. Sjuts, T. Ballast, H. Hildebrandt, F. Knieps, R. Lägel, & P. Ex (Eds.), *Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen* (pp. 241-246). Berlin: Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft (MWV).

2020 Buchkapitel:

Berghöfer, A., **Afraz, F. C.**, & Dreher, C. (2020). Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen. Technologien, Produkte und Dienstleistungen voranbringen. In M. A. Pfannstiel, K. Kassel, & C. Rasche (Eds.), *Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen. Technologien, Produkte und Dienstleistungen voranbringen* (pp. 291-320). Wiesbaden: Springer Gabler.

Stand: 04.03.2022

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die durch ihre fachliche und persönliche Unterstützung zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Zuerst möchte ich mich herzlich bei Frau Priv.-Doz. Dr. med. Anne Berghöfer für die Betreuung dieser Arbeit bedanken. Sie haben mir unentwegt mit Rat und Tat zur Seite gestanden. Auf Ihre volle Unterstützung sowie Hilfestellung konnte und durfte ich mich zu jeder Zeit verlassen.

Zugleich danke ich Herrn Prof. Dr. Carsten Dreher herzlich für die Betreuung sowie den wertvollen fachlichen Austausch.

Ich danke Aryn Vogel für die Mitwirkung an der Gesamtkonzeption der Studie, für den wissenschaftlichen Austausch und die Hilfe bei der Erstellung des Interviewleitfadens sowie für die Durchführung einiger Experteninterviews.

Mein Dank gilt allen Interviewpartnerinnen und -partnern für die Teilnahme an der vorliegenden Studie. Danke schön für Ihr Vertrauen, Ihre Erfahrungen und Gedanken zu diesem Thema mit uns zu teilen. Darüber hinaus danke ich Frau Bettina Husemann für die Transkription der Interviews.

Ebenso gilt mein Dank allen kritischen Korrekturleserinnen und Korrekturleser für die wertvollen Anregungen und Hinweise.

Einen herzlichen Dank möchte ich an meine Familie, Freunde sowie Arbeitskolleginnen und -Kollegen richten, die mich über den gesamten Zeitraum des Promotionsprojektes ermuntert und darin unterstützt haben, dieses Ziel zu verfolgen.

Zu guter Letzt gilt mein besonderer Dank meinem Mann Thilo. Ich danke dir für deine Unterstützung und die Liebe. Für alles, was war, und alles, was noch kommen wird.

Berlin, 04.03.2022