



Wertschöpfung und Geschäftsmodelle für die Mensch-Technik-Interaktion

BMBF – Zukunftskongress „Technik zum Menschen bringen“

Berlin, 30. Juni 2015

Prof. Dr. Martin Gersch

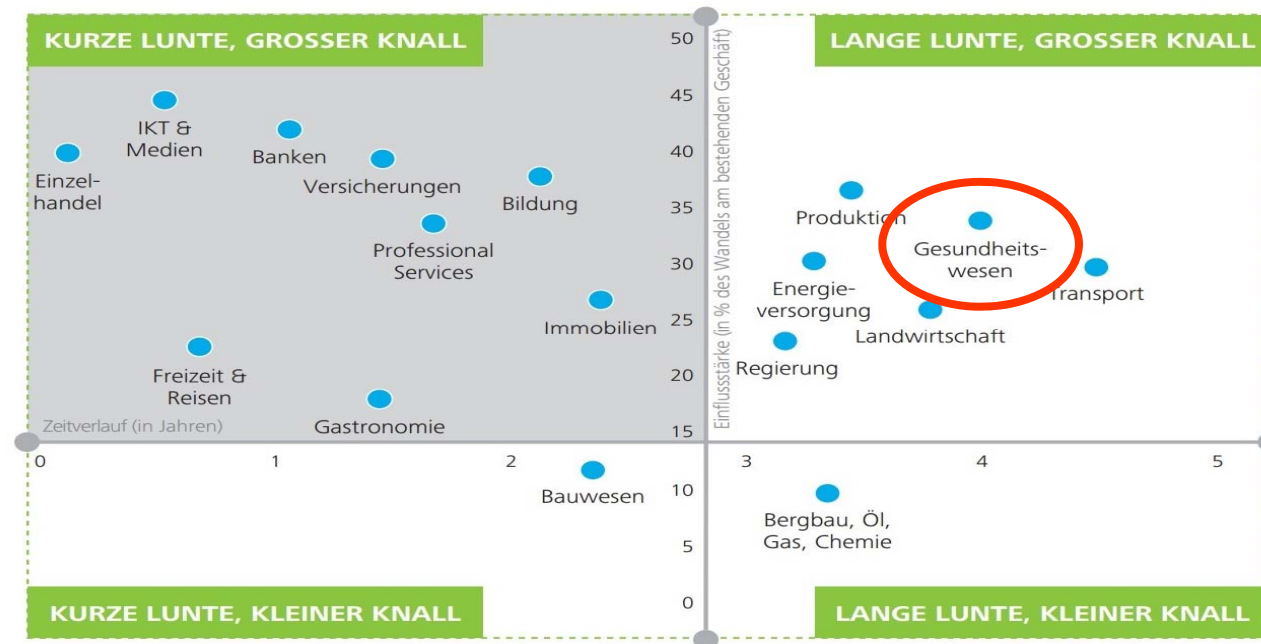
Fachbereich Wirtschaftswissenschaft,
Department Wirtschaftsinformatik,
Professur für Betriebswirtschaftslehre,
Leiter des COMPETENCE CENTER eCOMMERCE

Agenda

1. Vier Stufen der „**digitalen Transformation**“, auch im Gesundheitswesen
2. **1. und 2. Gesundheitsmarkt** als relevante Wertschöpfungsarenen
3. **Diffusionshemmnisse von Innovationen** im Gesundheitswesen
4. **Geschäftsmodelle** im Bereich E-Health für die Mensch-Technik-Interaktion
5. Start-ups und Branchenfremde in „**Service-Ökosystemen**“ als möglicher Weg?!

„Digitale Transformation“ aus Berater-Sicht

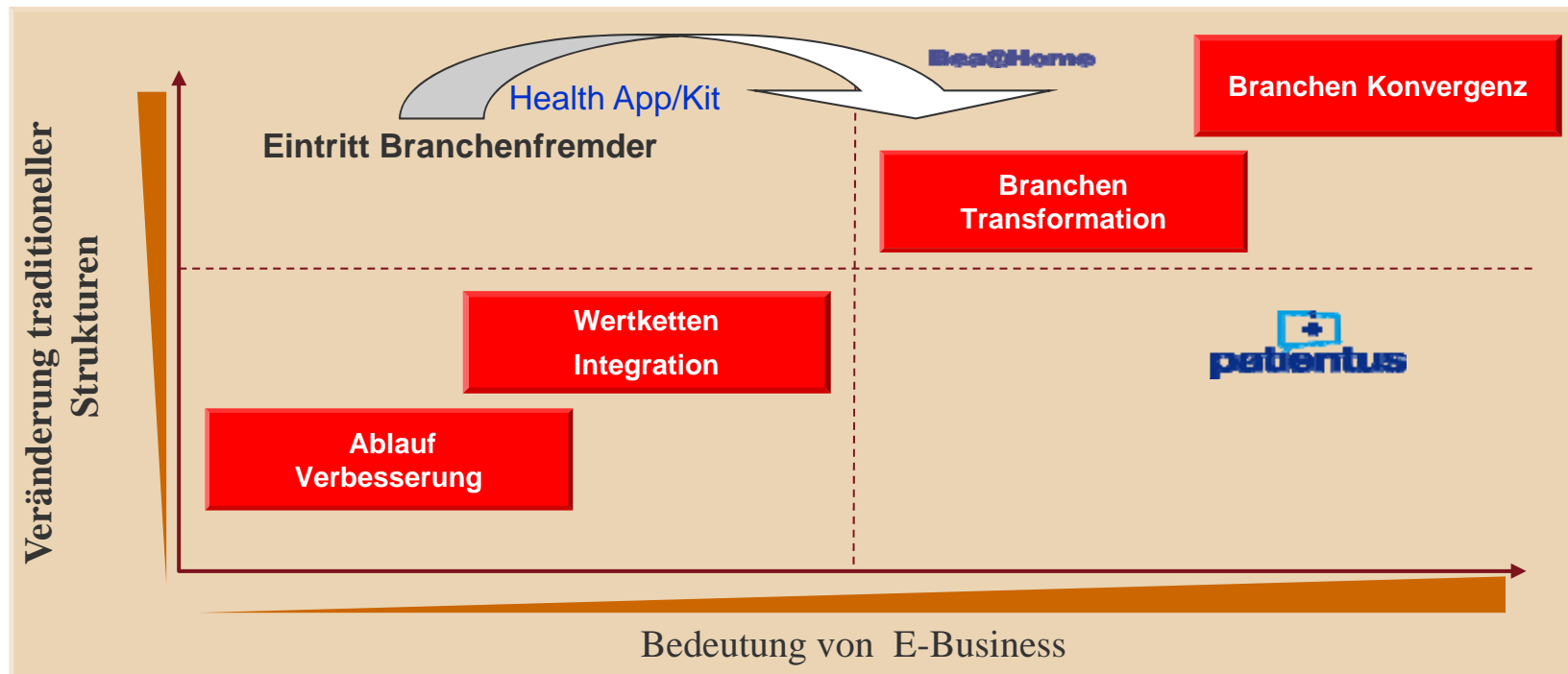
(das Beispiel der „Disruption Map nach Industrien“ von Deloitte)



Deloitte: „Überlebensstrategie Digital Leadership“, Abb. 2, S. 5

http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/de/Documents/technology/20150414_%C3%9Cberlebensstrategie%20Digital%20Leadership_final.pdf (abgerufen am 31.5.2015)

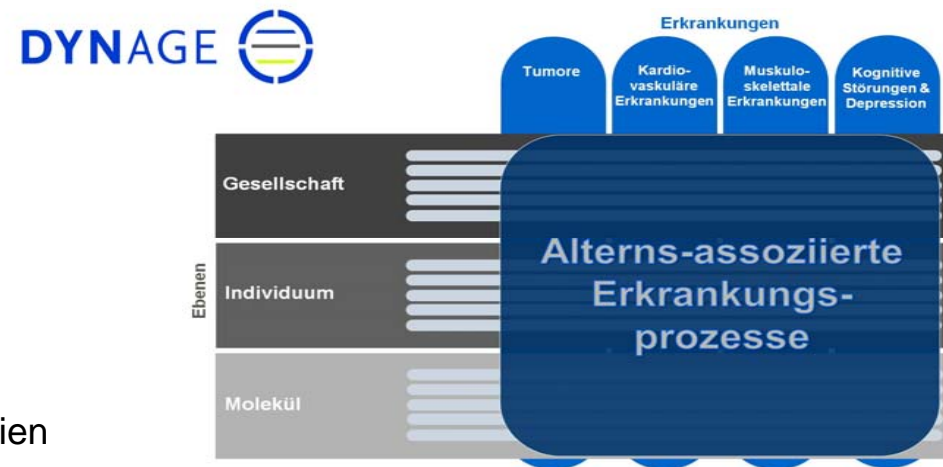
Vier Stufen der „digitalen Transformation“ von Branchen unter dem Einfluss von E-Business



(Gersch, M.; Goeke, C.: Entwicklungsstufen des E-Business, in: Das Wirtschaftsstudium (wisu), 33. Jg. (2004), Heft 12, S. 1529-1534.
In Anlehnung an: Deise, M. et al.: E-Business, New York et al. 2000, S. 2ff.)

Die Focus Area „DynAge“ – Interdisziplinäre Forschung als Teil der Exzellenzinitiative

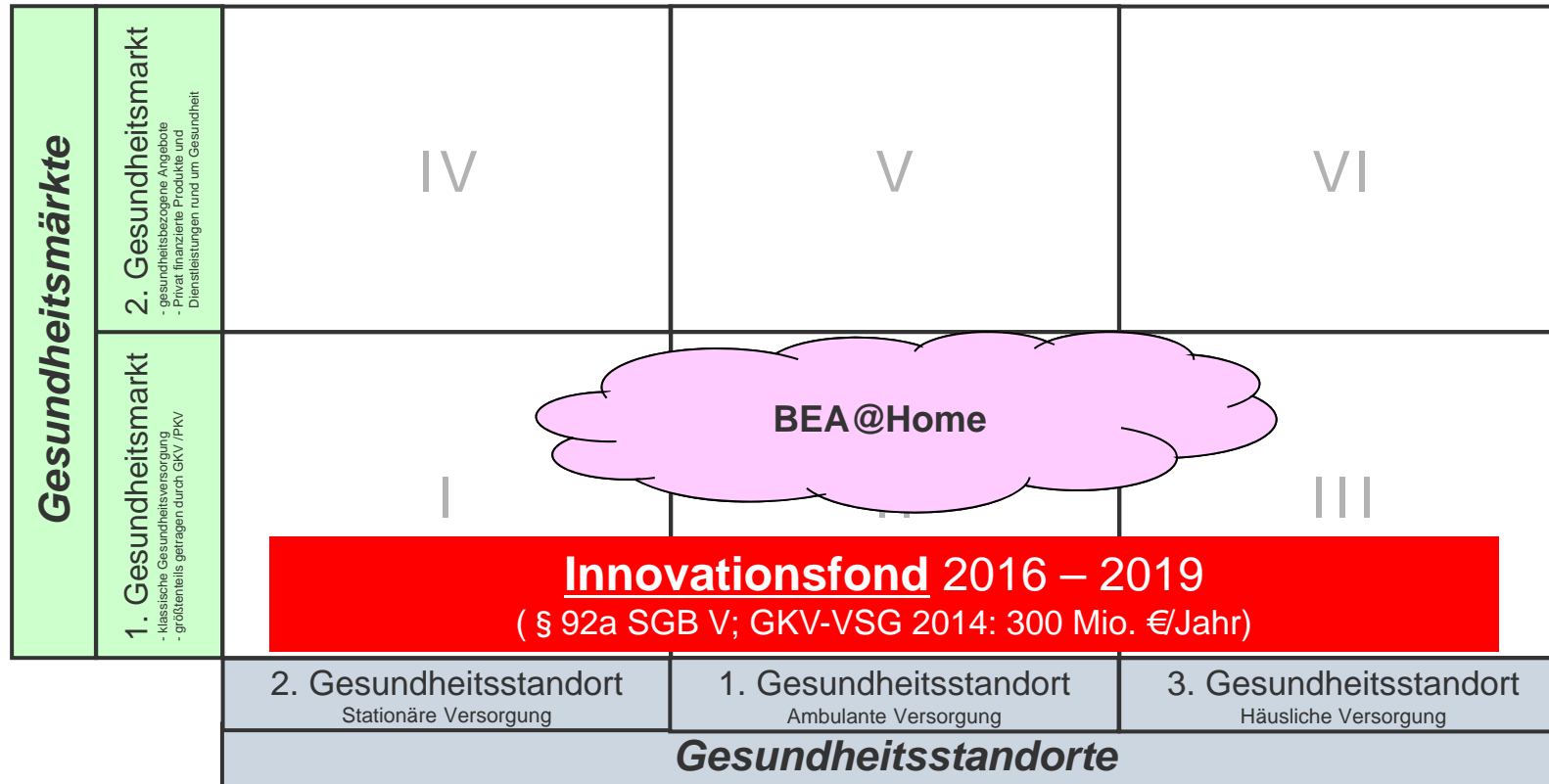
- Jüngste der 5 Focus Areas
 - 2013 – 2017
 - 9 FB der FU +
13 Kliniken/Institute Charité
- Bisher 23 Forschungsprojekte
- Team Gersch mit 3 Projekten:
 - Entwicklung/Bedeutung Medizinischer Leitlinien
 - „Grenzen der Steuerung“ /
Diffusionshemmnisse Health-IT und besonderer Versorgung
 - Health-IT & Business Model Innovation



<http://www.fu-berlin.de/dynage>

“Disease in Human Aging: Dynamics at the Level of Molecules, Individuals, and Society (DynAge)”

1. und 2. Gesundheitsmärkte als spezielle Wettbewerbsarenen neuer Geschäftsmodelle/-systeme



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an: Goldschmidt, A. J. W./Hilbert, J. (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Band 1, WIKOM; Wegscheid 2009, S. 20ff.; Eichener, V. (2008): Wohnen als dritter Gesundheitsstandort. Vortrag auf dem VdW südwest Innovatives Wohnen Verbandstag, Darmstadt 10. September 2008; Kartte, J./Neumann, K. (2008): Der Gesundheitsmarkt. Roland Berger Studie zum Gesundheitsmarkt, München 2008. Henke, K.D./Braeseke, G. et al.: Volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft, Baden-Baden 2011.

Bea@Home - Eine intersektorale Innovation

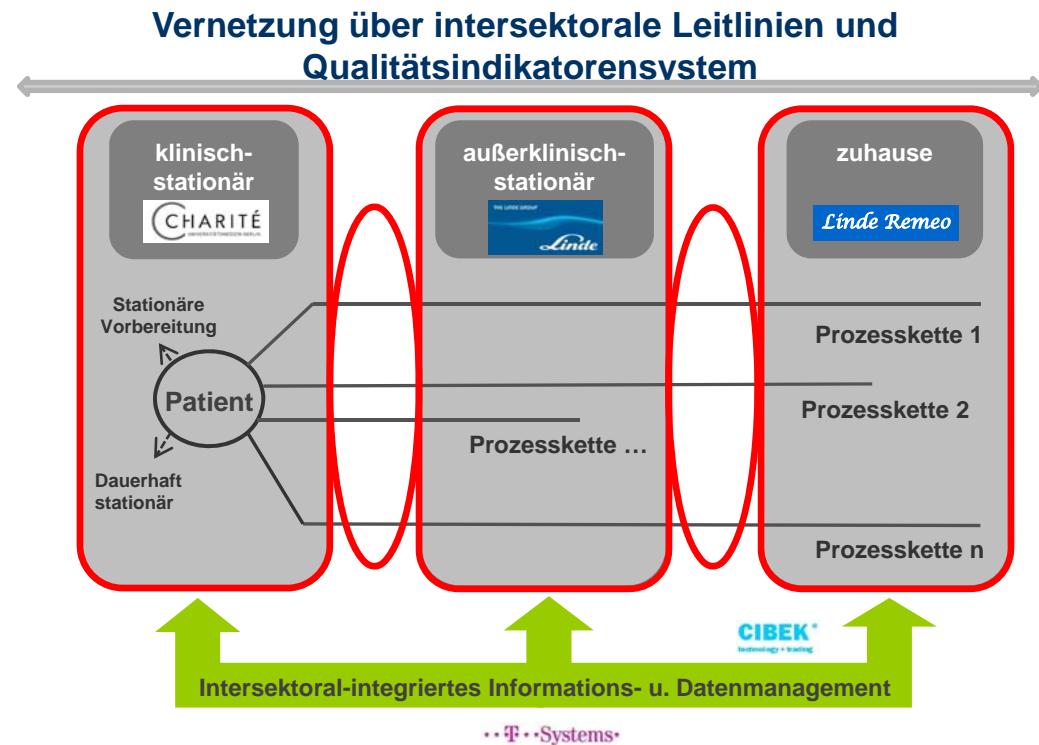


Projekträger
VDI|VDE|IT

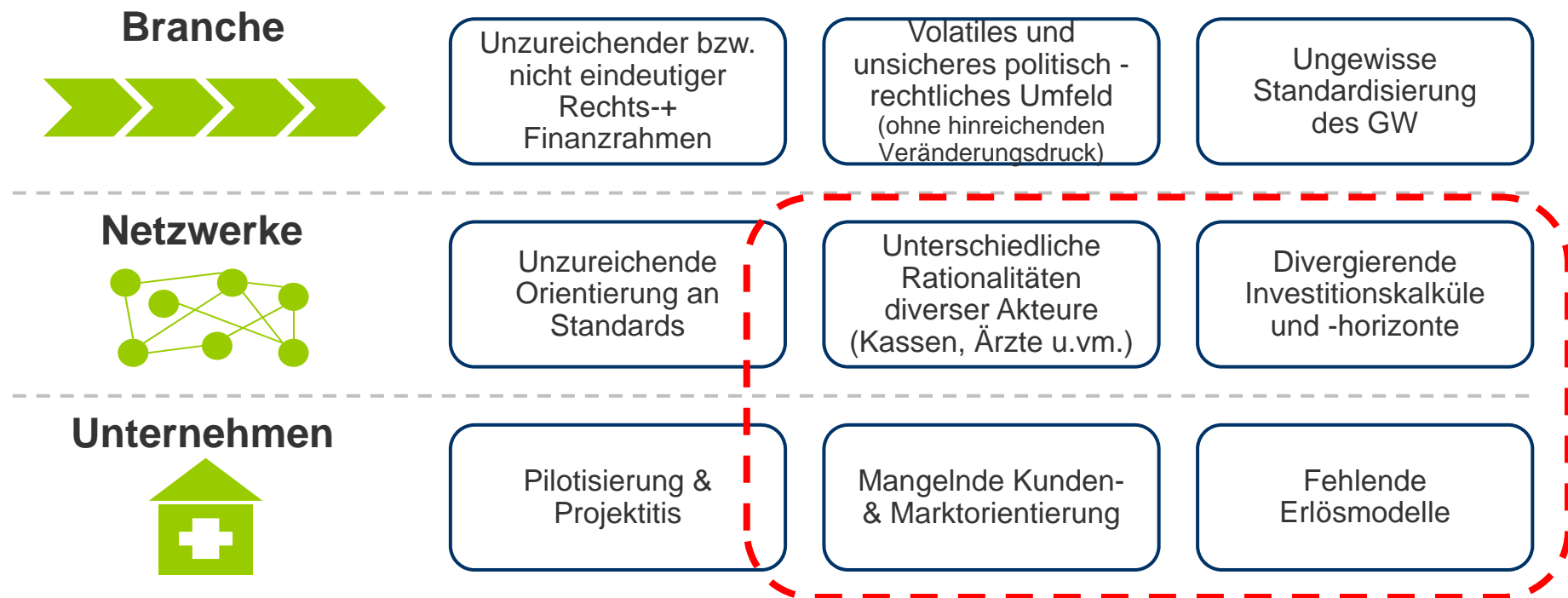
- „Beatmungspflege@Zuhause“ (Bea@Home)
- Laufzeit: 01.08.2013 – 31.07.2016
- BMBF-Fördermaßnahme im Rahmen des Förderschwerpunktes „Assistierte Pflege von morgen - ambulante technische Unterstützung und Vernetzung von Patienten, Angehörigen und Pflegekräften“
- Förderkennzeichen: 16SV5932
- Partner: CIBEK GmbH, Linde AG, Linde Remeo Deutschland GmbH, PROSYSTEM AG, TSI, FU Berlin; Charité CC07, Charité CC12, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung

Projekt Homepage:

www.wiwiss.fu-berlin.de/institute/abv/gersch/forschung/beatmungspflege_zuhause.html sowie <http://www.beahome.de>



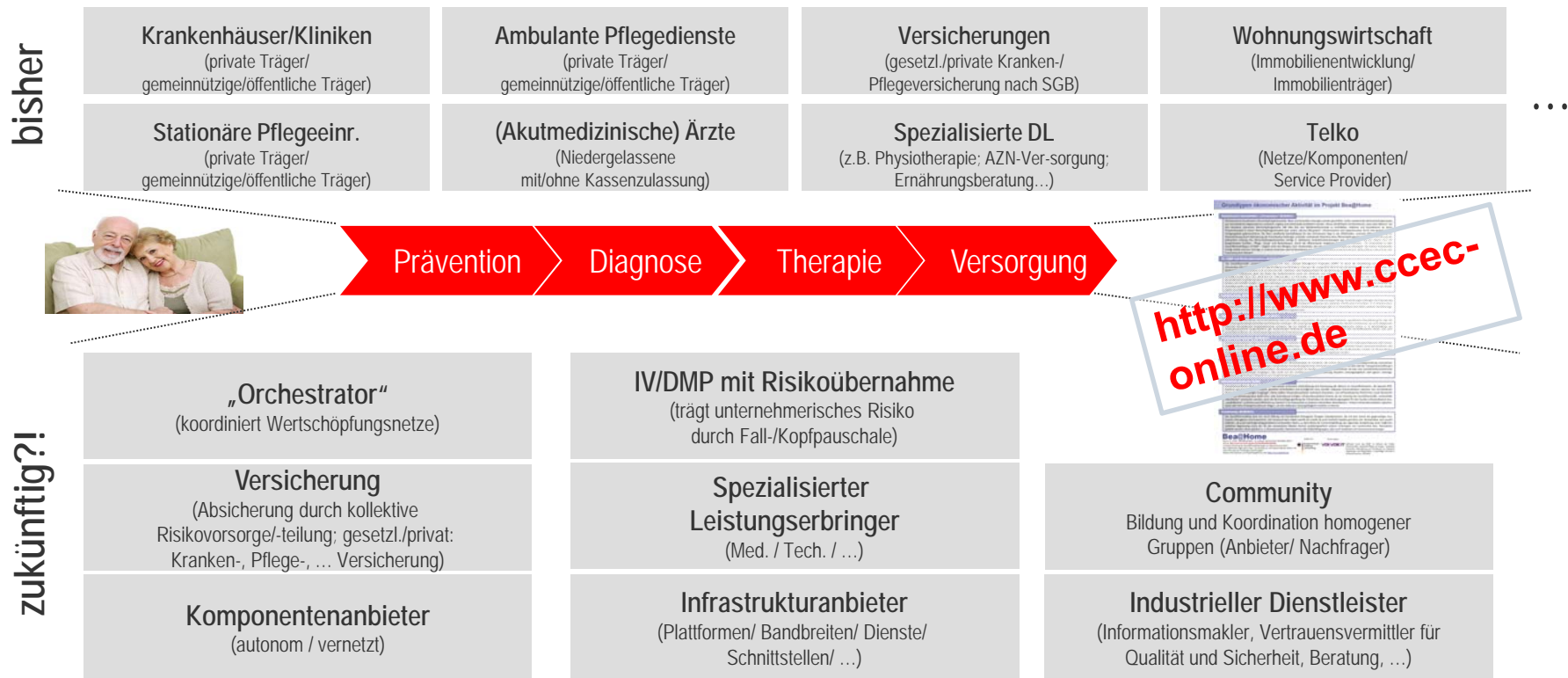
Bestehende Diffusionshemmnisse: Synopsis eigener empirischer Forschungsergebnisse



Skalierbarkeit in tragfähigen Geschäftsmodellen?

Quelle: Gersch, M./Rüsike, T. (2011): Diffusionshemmnisse innovativer E-Health Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen
 Link: www.wiwiss.fu-berlin.de/institute/abv/gersch/forschung/ehealth.html

Geschäftsmodelle im Bereich „Digital Health“ (Grundtypen ökonomischer Aktivitäten auf „Anwender Ebene“)



In Weiterentwicklung von Gersch et al. (2011): Communities, industrielle Dienstleister und Orchestratoren als Beispiele neuer Geschäftsmodelle im Bereich E-Health@Home, in: Horneber, M.; Schoenauer, H. (Hrsg.): Lebensräume – Lebensträume, Innovative Konzepte und Dienstleistungen für besondere Lebenssituationen, Stuttgart: Kohlhammer, S. 156-182 sowie Gersch / Hewing (2012): AAL-Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen, in: Gersch, M.; Liesenfeld, J. (Hrsg.): AAL- und E-Health-Geschäftsmodelle, Wiesbaden, Gabler-Springer, S. 3-27.

Geschäftsmodelle Bea@Home (Grundtypen ökonomischer Aktivitäten auf „Anwenderebene“)

Grundtypen ökonomischer Aktivität im Projekt Bea@Home

Systemischer Dienstleister / „Orchestrator“ (B2B/B2C)
Orchestratoren koordinieren Wertschöpfungsnetzwerke. Neue und innovative Lösungen werden geschaffen, indem existierende Wertschöpfungsmodul aus verschiedenen Organisationen verknüpft, ergänzt und rekombiniert werden. Hierzu identifizieren Orchestratoren „Jost-class-Akteure“ auf den einzelnen relevanten Wertschöpfungsstufen. Mit dem Ziel, sich Wettbewerbsvorteile zu erschließen, initiieren und koordinieren sie deren Zusammenarbeit in einem Wertschöpfungsnetzwerk bzw. einem „Service Ökosystem“. Orchestratoren sind typischerweise durch eine geringe eigene Fertigungsstufe gekennzeichnet. Die Wert schaffende Geschäftsbasis für den Orchestrator liegt in der Effizienz- und/oder Effizienzsteigerung der Gesamtleistung durch Optimierung der Koordination bisheriger und/oder verstreuter Elemente eines Wertschöpfungsnetzwerkes. Eine Abrechnung der erbrachten Leistung des Wertschöpfungsnetzwerkes erfolgt in definierten Einheiten/Verrechnungen (pro Vorgang, pro Tag, pro Monat etc.) mit beispielsweise Kranken-, Pflege-, Sozial- und Rentenkassen. Durch die differenzierte Vergütung trägt der Orchestrator – im Unterschied zu dem Geschäftsmodelltypus IV/OMP – folglich nicht das Mengen- bzw. Kostenrisiko, das mit einer Pauschalvergütung einhergeht. Die interne Koordination erfolgt mittels interner Verträge. In anderen Branchen sind Orchestratoren zum Beispiel als Generalunternehmenschaft, stilles/offenes Konsortium oder Franchisesystem bekannt.
IV/OMP mit Risikoübernahme (B2B/B2C)
Das Geschäftsmodell „Integrierte Versorgung (IV)“ bzw. „Onsite Management Program (OMP)“ ist durch die Vermeidung von insbesondere chronischen Erkrankungen durch die Bereitstellung von fakultativen Lösungen für ausgewählte Bedarfe bei gleichzeitiger Übernahme des Eintritts- und Kostenrisikos gekennzeichnet. Z. B. in Form von Fall-, Patienten- oder Kopfpauschalen für die Betreuung, Behandlung und Versorgung von Personen mit definierten Indikatoren geht das Risiko des Bedarfseintritts sowie der effektiven und effizienten Versorgung der entstehenden Folgen auf das Geschäftsmodell über. Dies verändert die Anreizstruktur zur Prävention, bedarf aber gleichzeitig der genauesten Definition von Indikatoren sowie einschulender Qualitätsstandards. Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben (u.a. § 140 SGB V / § 137 f SGB V) werden unterschiedliche Ausgestaltungsoptionen von IV/OMP möglich, die dabei allerdings nur zum Teil Elemente der Risikoübernahme im Geschäftsmodell enthalten. Ohne die Übernahme der Risikoübernahme werden die Grenzen zum Geschäftsmodell „Orchestrator“ fließend. Je nach Ausgestaltung der Risikoübernahme sowie der Kombination von Zahlungen und Leistungspflichten können auch Versicherungselemente identifiziert werden.
Versicherung (B2B/B2C)
Versicherungen dienen grundsätzlich der individuellen Absicherung durch kollektive Risikoversorgung/-teilung. Versicherungen erbringen die Finanzierung einer konkreten Leistung bei Eintritt und/oder Vermutung zover bestimmter Ereignisse oder Zustände. Hierfür sind im Vorfeld i. d. R. Prämien (bzw. Beiträge/Gebühren) zu entrichten. Neben gesetzlichen und privaten Krankenkassenversicherungen gibt es in Deutschland eine Reihe weiterer Versicherungsformen, die zum Teil gesetzlich geregelt und/oder staatlich reguliert sind.
Spezialisierte Leistungserbringer (B2C)
Diesem Geschäftsmodelltyp sind verschiedene Arten von Akteuren zuzuordnen, die jeweils eine bestimmte, spezialisierte Dienstleistung für oder mit den Leistungsanfragern (Einzelkunden/Patienten) erbringen. Die Leistung kann sowohl dem medizinischen Bereich entstammen, als auch pflegerische und/oder hauswirtschaftliche Aufgabebereiche umfassen, die nur indirekt in Kontakt mit der Gesundheitsbranche stehen (z. B. Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln, ggf. barrierefreiem Wohnraum, Reinigung, Nahrung). Typischerweise sind Geschäftsmodelle dieses Typs auch potenzielle Zulieferer von Wertschöpfungsmodulen für Orchestratoren.
Komponentenhersteller (B2B/B2C)
Komponentenhersteller liefern funktionale Komponenten und/oder Endgeräte für andere Dienstleister (B2B) oder für Endkunden/Patienten (B2C) bereit. Hier ist zunächst eine grobe Unterscheidung in Komponenten bzw. Endgeräte möglich, die entweder zum isolierten Einsatz (autonom) bestimmt sind oder aber vernetzt mit anderen Komponenten/Endgeräten arbeiten können. Für die Abrechnung mit den Krankenkassen müssen die Komponenten/Endgeräte in Deutschland zumeist als Medizinprodukt nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) zugelassen werden.
Industrieller Dienstleister (B2B)
Klamerum sind diverse Erbringungsförmige industrieller Dienstleistungen zu verstehen, die andere Akteure in ihrer Leistungserstellung unterstützen (B2B). Z. B. verlässliche informationenreicher individualisiert entscheidungsrelevante Informationen und arbeiten mit dem Ziel der Transparenzschaffung in mehr oder minder komplexen Themenfeldern. Als Vertrauensvermittler für Qualität und Sicherheit übernehmen sie insb. eine unsicherheitsreduzierende Funktion bei arbeitsteiligen Vorgängen. Dies reicht von der Zertifizierung und Akkreditierung einzelner Leistungsangebote oder ganzer Leistungserstellungssysteme bis zur Übernahme von Treuhänderfunktionen.
Infrastrukturanbieter (B2B)
Infrastrukturanbieter liefern die Basis für eine primär technische Unterstützung und Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen. Als typische B2B-Anbieter unterstützen sie die Abläufe, gestalten Schnittstellen und ermöglichen eine schnelle, adäquate Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren und arbeitsteiligen Vorgängen. Hierzu stellen Infrastrukturanbieter technische (Hardware- und softwarebasierte) Plattformen sowie Netzwerke bereit. Die Vernetzung kann dabei intra- oder intersektoral erfolgen. Infrastrukturanbieter können als eine Untereinheit des Geschäftsmodells „Industrieller Dienstleister“ verstanden werden, wenn sie die Zurverfügungstellung der Infrastruktur als Dienstleistungsangebot für den Kunden individualisieren bzw. „verbilligen“ („Infrastructure/Platform as a Service“). Im Unterschied zu anderen industriellen Dienstleistungen müssen Infrastrukturanbieter typischerweise sehr hohe Anfangsinvestitionen tätigen, um eine adäquate Leistungsfähigkeit vorhalten zu können.
Community (B2B/B2C)
Der Geschäftsmodelltyp lässt sich durch Bildung und Koordination homogener Gruppen charakterisieren, die mit dem Zweck des gegenseitigen Austauschs interagieren und kooperieren. Der Austausch kann dabei sowohl auf soziale als auch fachliche Aspekte gerichtet sein. Beobachtbar sind sowohl Anbieter-, als auch nachfrageorientierte Communities. Nach u. a. dem Anlass der Communitybildung, der regionalen Ausdehnung, einer möglichen zeitlichen Begrenzung sowie der Art der verwendeten Medien können problemenspezifisch weitere Unterarten von Communities bzw. Netzwerken gebildet werden. Hierzu gehören u. a. Ärztenetzwerke, Patientenforen oder Selbsthilfegruppen, aber auch Verbände und Interessensvertretungen.

- Weiterentwicklung von
 - Gersch et al. 2011
 - Gersch / Hewing 2012
- Konkrete **Geschäftssysteme** realisieren oft Kombinationen aus identifizierten **Geschäftsmodellen**
- BEA@Home beinhaltet folgende Grundtypen:
 - Spezialisierte Leistungserbringer (B2C)
 - Industrielle Dienstleister (B2B)
 - ...
- Das Netzwerk aus Geschäftssystemen bildet ein **Service-Ökosystem**
- Derzeit offen ist noch die Rolle des „**Orchestrators**“

Gersch, M. (2015): Geschäftsmodelle: Grundtypen ökonomischer Aktivitäten.

http://www.wiwiwss.fu-berlin.de/fachbereich/bwl/angeschlossene-institute/gersch/ressourcen/BeaHome_GM-Typen.pdf, abgerufen am 11.5.2015.

Nachwuchsforschergruppe “Health-IT and Business Model Innovation”

(“Junior Research Group” aus DFG-Mitteln der Exzellenzinitiative II, 2014-2020)



- Teil der Exzellenzinitiative II (DFG-Mittel) in der Focus Area:
- Nachwuchsforschergruppe (Jun.-Professur + TVL-13, 2014-2020)
- Zentrale Arbeits-/Forschungsgebiete:
 - Diffusionshemmnisse von “Health-IT” sowie von Geschäftsmodellinnovationen im Gesundheitswesen
 - Empirische sowie theoretisch-konzeptionelle Reflexion erkennbarer Herausforderungen und denkbarer Lösungen
 - Interdisziplinäre Perspektive, insb. in Verbindung von Wirtschaftsinformatik sowie Management-/Organisationstheorie



http://www.wiwiss.fu-berlin.de/fachbereich/bwl/angeschlossene-institute/gersch/forschung/dinjrjg_healthIT.html

<http://www.fu-berlin.de/dynage>

Entrepreneurial Network University (ENU)

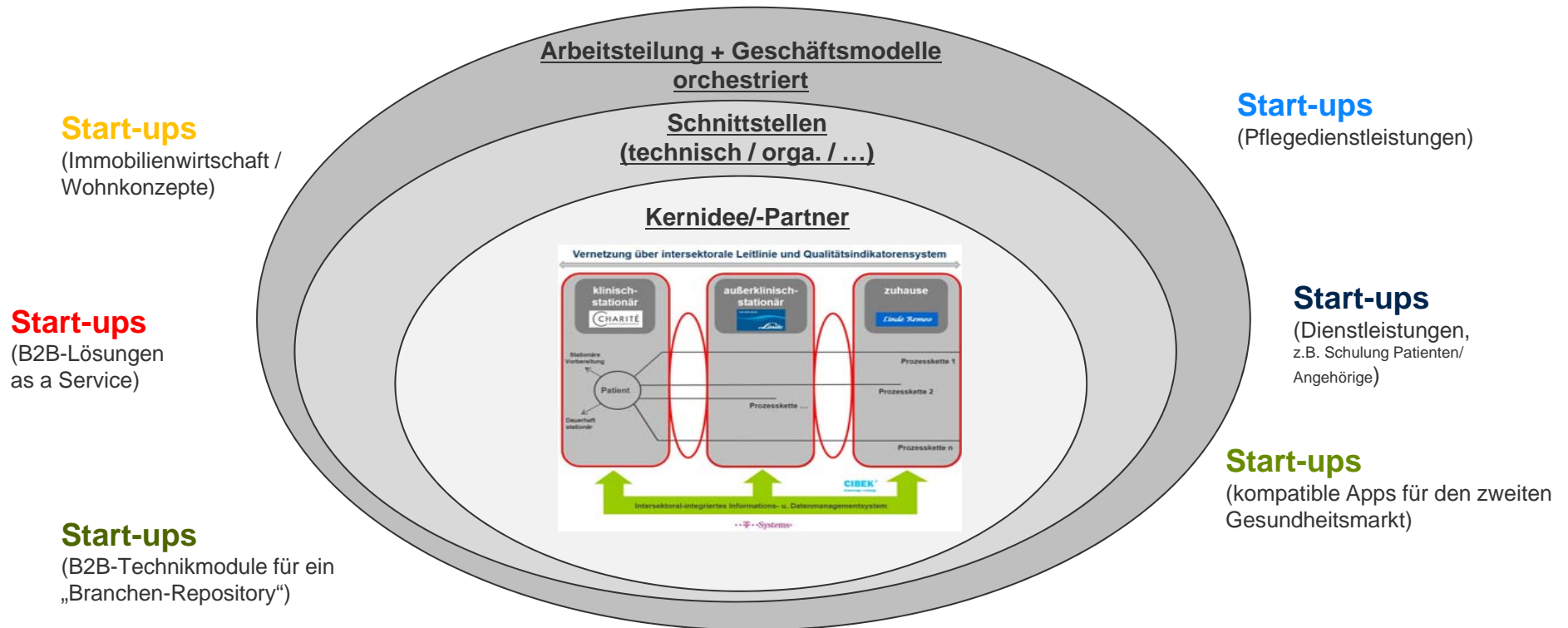
(FU Berlin und Charité als „Gründeruniversität“)

- Eine von 22 **Gründeruniversitäten** in Deutschland (EXIST IV-Programm des BMWi: 2013-2018)
- Fokus insb. auf den Clustern „**IT/Kreativwirtschaft**“ und „**Gesundheitswirtschaft**“
- **Sensibilisierung** und **Qualifizierung** für das Thema Unternehmertum und Gründung:
 - Bachelor
 - Master
 - Doktoranden/PhD
 - Wissenschaftler/Professoren



gefördert durch u.a.:

Digital Health in Netzwerken: „Service-Ökosysteme“ können helfen, die Kreativität von Start-ups zu nutzen und Diff.-Hemmnisse zu überwinden



In Anlehnung an: Lusch, R.F.; Nambisan, S. (2015): „Service Innovation: A Service-Dominant Logic Perspective“, in: MIS Quarterly (39:1), pp. 155-175

Thesen statt Fazit

1. **Digitale Transformation** erfasst auch die Mensch–Technik–Interaktion auf dem 1. und 2. Gesundheitsmarkt
2. „**Information Rules**“ zeigt sich auch hier: effizienter, daten- und servicebasierter sowie kundenorientierter/**patientenzentrierter** durch IT (organisationale + technische Innovationen! / „Health Co-Creation“)
3. „Digital Health“: innerhalb leichter als zwischen Sektoren – bisher kaum „**Branchen-Transformation**“ im 1. GM, aber erste Anzeichen einer „**Branchen-Konvergenz**“
4. **Diffusionshemmnisse** verzögern, verhindern aber keine „digitale Transformation“ (siehe: Musik, Energie, Mobilität...)
5. Regelversorgung auf dem 1. GM (noch weitgehend) ohne **Start-ups** und **Branchenfremde**. „Service-Ökosysteme“ können als Türöffner fungieren



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

Univ.-Prof. Dr. Martin Gersch

Department Wirtschaftsinformatik,
Professur für Betriebswirtschaftslehre,
Leiter des **COMPETENCE CENTER eCOMMERCE**

Fachbereich Wirtschaftswissenschaft

Freie Universität Berlin
Garystr. 21, Raum 307/308
14195 Berlin

☎: +49 (0)30 838-53300 (Sekretariat: -53690)

@: martin.gersch@fu-berlin.de

🌐: www.wiwiss.fu-berlin.de/gersch und www.ccec-online.de und <http://www.facebook.com/ProfessurGersch> und <http://www.pfadkolleg.de> und
<http://fu-berlin.de/go4exist> und <http://www.fu-berlin.de/dynage>


Wer ist Martin Gersch?

Wissenschaft

- 1991 Dipl. Ökonom
Ruhr-Universität Bochum
- 1996/97 Dr. rer. oec bei
Engelhardt / Gabriel
(Auszeichnungen, u.a.: Zander-Preis)
- 2000-2006:
 - Institut für Unternehmensführung
(Paul-Reemtsma Stiftung)
 - Gründung: 
- 2003 / 2012 Gastprofessor an der UNSW /UoS
(Sydney, Australien)
- 2006 Habilitation (venia BWL und WINF)
- 2007 Professur für BWL, FU Berlin
- 2011 Department Wirtschaftsinformatik, FU Berlin
- 2011 Träger des DFG-Graduiertenkollegs
„Pfadkolleg“ (Dahlem Research School)
- Leitungskreis Entrepreneurial Network University (ENU)
(Exist IV in Kooperation mit Charité)
- Leitungskreis Focus Area „DynAge“ (Exzellenzinitiative II)



Praxis

- Ab 1987: SKK Siemens AG
- 1997-2000: Interne Unternehmensberatung der
Tengelmann-Gruppe
 - www.tengelmann.de
 - Strategische Positionierung TUG
 - Home Delivery
 - Aufbau S&C AG (Budapest/Ungarn)
- Gründung: 
- Vielzahl an Forschungsprojekten (mit Praxis), z.B.:
 - Steel 24-7: Elektronische Marktplätze
 - E-Health@Home
 - Fokus-Gruppe: Geschäftsmodelle und
Diffusionshemmnisse beim BMBF
(Förderschwerpunkt „Technologie und DL im
demografischen Wandel“ 2008-2012)
 - Monitoring Integrierte Versorgung
 - Serviceinnovationen und Service-Ökosysteme
bei der BVG
 - BEA@Home: Innovatives Geschäftsmodell
im Bereich Health-IT ...

Quellenangaben

- Eichener, Volker (2008): Wohnen als dritter Gesundheitsstandort. VdW südwest Innovatives Wohnen Verbandstag. Darmstadt, 10.09.2008.
- Gersch, Martin (2015): Geschäftsmodelle. Grundtypen ökonomischer Aktivitäten. Online verfügbar unter http://www.wiwiss.fu-berlin.de/fachbereich/bwl/angeschlossene-institute/gersch/ressourcen/BeaHome_GM-Typen.pdf.
- Gersch, Martin; Goeke, Christian (2004): Entwicklungsstufen des E-Business. In: *Das Wirtschaftsstudium (wisu)* 33 (12), S. 1529–1534. In Anlehnung an: Deise, Martin V.; Nowikow, Conrad; King, Patrick; Wright, Amy (2000): *Executive's Guide to E-Business*. New York: Wiley, S. 2ff.).
- Gersch, Martin; Hewing, Michael (2012): AAL-Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen. In: Martin Gersch und Joachim Liesenfeld (Hg.): *AAL-und E-Health-Geschäftsmodelle*. Wiesbaden: Gabler-Springer, S. 3–27.
- Gersch, Martin; Hewing, Michael; Lindert, Ralf (2011): Communities, industrielle Dienstleister und Orchestratoren als Beispiele neuer Geschäftsmodelle im Bereich E-Health@Home. In: Markus Horneber und Hermann Schoenauer (Hg.): *Lebensräume-Lebensträume. Innovative Konzepte und Dienstleistungen für besondere Lebenssituationen*: Kohlhammer, S. 156–182.
- Gersch, Martin; Rüsike, Tilman (2011): Diffusionshemmnisse innovativer E-Health-Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen.
- Gersch, Martin; Schröder, Susanne (2011): Erlös- und Finanzierungssysteme vernetzter AAL-Systeme auf dem Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt. Erste empirische Ergebnisse sowie erkennbare ökonomische Konsequenzen. 4. Deutscher AAL-Kongress. Berlin, 25.01.2011.
- Goldschmidt, Andreas J. W.; Hilbert, Josef (2009): *Gesundheitswirtschaft in Deutschland*. Wegscheid: WIKOM (1), S. 2ff.
- Henke, Klaus-Dirk; Troppens, Sabine; Braeseke, Grit; Dreher, Birger; Merda, Meiko (2011): *Volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. Innovationen, Branchenverflechtung, Arbeitsmarkt*. Baden-Baden: Nomos.
- Kartte, Joachim; Neumann, Karsten (2008): *Der Gesundheitsmarkt*. In: *Studie der Roland Berger Strategy Consultants*.
- Lusch, Robert F.; Nambisan, Satish (2015): Service Innovation. A Service-Dominant Logic Perspective. In: *MIS Quarterly* 39 (1), S. 155–175, hier S. 162.

E-Health und Health-IT

Beispiele, Begriffe, Abgrenzungen

Definitionen:

- Gersch, M.; Wessel, L. (2015): E-Health und Health-IT, in: Kurbel, K. Becker, J. et al. (Hrsg.): Enzyklopädie der Wirtschaftsinformatik 2015, 9. Auflage (in Erscheinung) (<http://www.enzyklopaedie-der-wirtschaftsinformatik.de/>)

Daten/Informationen zu verschiedenen ökonomischen Aspekten bzgl. E-Health und Health-IT:

- Fraunhofer Fokus & Bearing Point 2014. eHealth Planungsstudie Interoperabilität, Berlin https://publicwiki-01.fraunhofer.de/Planungsstudie_Interoperabilitaet/index.php/Hauptseite
- Gersch, Martin (2015): Geschäftsmodelle. Grundtypen ökonomischer Aktivitäten. Online verfügbar unter http://www.wiwiss.fu-berlin.de/fachbereich/bwl/angeschlossene-institute/gersch/ressourcen/BeaHome_GM-Typen.pdf
- Gersch, M. 2013. E-Business, in: Kurbel, K.; Becker, J.; et al. (Hrsg.): Enzyklopädie der Wirtschaftsinformatik – Online Lexikon, 8. Aufl. 2014, München, <http://www.enzyklopaedie-der-wirtschaftsinformatik.de>.
- Gersch, M., Liesenfeld, J. 2012. AAL- und E-Health-Geschäftsmodelle, Wiesbaden.
- Gersch, M., Rüsike, T. 2011. Diffusionshemmnisse innovativer E-Health Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen, Berlin.
- Gersch, M., Wessel, L. et al. 2010. Diffusionshemmnisse besonderer Versorgungsformen – Ergebnisse einer Delphi-Analyse mit Experten des Branchen-Panels „Transformation des deutschen Gesundheitswesens“. Competence Center E-Commerce, Berlin.
- Hwang, J., & Christensen, C. M. 2008. Disruptive Innovation in Health Care Delivery: A Framework for Business-Model Innovation. Health Affairs, 27(5): 1329-1335.
- Lluch, M., & Abadie, F. 2013. Exploring the Role of ICT in the Provision of Integrated Care - Evidence from Eight Countries. Health Policy, 111(1): 1-13.

Ausgewählte (Zwischen-)Ergebnisse

(<http://www.wiwiss.fu-berlin.de/fachbereich/bwl/angeschlossene-institute/gersch/forschung/index.html>)



Bea@Home (BMBF-Projekt 2013-2016)

- u.a. Weiterentwicklung der Geschäftsmodelltypologie
- Denken in Serviceökosystemen



Gersch, M.; Liesenfeld, J. (2012): AAL- und E-Health-Geschäftsmodelle

Konkrete Beispiele (nicht)erfolgreicher Health-IT

- Analyse wirksamer Diffusionshemmnisse
- Verdichtung tragfähiger Geschäftsmodelle



Gersch, M.; Wessel, L. et al. (2010): Diffusionshemmnisse besonderer Versorgungsformen +

Gersch, M.; Rüsike, T. (2011): Diffusionshemmnisse innovativer E-Health-Anwendungen

- Empirische Untersuchung wirksamer Diffusionshemmnisse
- Co-Evolution technischer und organisationaler Innovationen im Gesundheitswesen



Gersch, M. et al.: Monitoring Integrierte Versorgung,

1. und 2. Runde Vollerhebung bei GKV (mit DGIV)

- Empirische Vollerhebung des Standes besonderer Versorgungsformen bei GKV
- inkl. strategischer Einschätzung zur aktuellen + zukünftigen Bedeutung