

## Literaturverzeichnis

- Abdullah, F., Lefferts, M., & Snyder, G. (2013). The three rules in medical technology: The transformation of an industry. Abgerufen 19. Mai 2016, von [http://dupress.com/wp-content/uploads/2013/12/DUP\\_519-Three-Rules\\_Medical-Technology\\_FINAL.pdf](http://dupress.com/wp-content/uploads/2013/12/DUP_519-Three-Rules_Medical-Technology_FINAL.pdf)
- Amelung, V. E., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Seiler, R., Weatherly, J. N., & Lägél, R. (2008). *Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren : von der Idee zur Umsetzung ; [mit Checklisten auf CD-ROM]* (2. Aufl.). Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.
- BARMER GEK. (2010). Erfolge der Integrierten Versorgung. Abgerufen 2. Juni 2016, von <https://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Laender/Einstieg-Nordrhein-Westfalen/Pressemitteilungen-Archiv/Archiv-2010/100922-Studienergebnisse-IV-Endo/Content-Studienergebnisse-IV-Endo.html>
- Behar, B. I., Guth, C., & Salfeld, R. (2015). *Modernes Krankenhausmanagement: Konzepte und Lösungen* (2. Aufl., Bd. 10). Dordrecht Heidelberg London New York: Springer-Verlag.
- Brignole, M., Ungar, A., Bartoletti, A., Ponassi, I., Lagi, A., Mussi, C., ... Evaluation of Guidelines in Syncope Study 2 ( EGSYS-2) GROUP. (2006). Standardized-care pathway vs. usual management of syncope patients presenting as emergencies at general hospitals. *Europace : European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology : journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology*, 8(8), 644–50.
- Brockmann, H., & Gampe, J. (2005). The cost of population aging: forecasting future hospital expenses in Germany. Abgerufen 24. April 2016, von <http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2005-007.pdf>
- Brown, M., & McCool, B. P. (1986). Vertical integration: exploration of a popular strategic concept. *Health care management review*, 11(4), 7–19.
- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Nr. 30 vom 22.07.2015. (2015). Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Abgerufen 9. Mai 2016, von [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=/\\*\[@attr\\_id='bgbl115s1211.pdf'\]#\\_\\_bgbl\\_\\_/\\*\[@attr\\_id='bgbl115s1211.pdf'\]\\_\\_1462820605465](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=/*[@attr_id='bgbl115s1211.pdf']#__bgbl__/*[@attr_id='bgbl115s1211.pdf']__1462820605465)

- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Nr. 35 vom 07.09.2015. (2015). Medizinproduktegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 278 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist. Abgerufen 9. April 2016, von <http://www.gesetze-im-internet.de/mpg/BJNR196300994.html>
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.). (2015). *Jahresbericht 2014*. Wiesbaden: Hausdruckerei des Statistischen Bundesamtes.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2012). Informationen zur Integrierten Versorgung. Abgerufen 2. Juni 2016, von [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads//Integrierte\\_Versorgung/Informationen\\_zur\\_Integrierten\\_Versorgung.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads//Integrierte_Versorgung/Informationen_zur_Integrierten_Versorgung.pdf)
- Bundesministerium für Gesundheit. (2016). Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG). Abgerufen 23. Mai 2016, von <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/a/das-gesetz-zur-neuordnung-des-arzneimittelmarktes-amnog.html>
- Bundesverband Managed Care. (2016). Der BMC. Abgerufen 23. Juli 2016, von <http://www.bmcev.de/der-bmc/ueber-uns/>
- Bundesverband Medizintechnologie. (2016). Nutzenbewertung. Abgerufen 23. Mai 2016, von <https://www.bvmed.de/de/versorgung/nutzenbewertung>
- Deimel, D., & Henke, A. (2009). *Das Gesundheitsunternehmen als Versorger der Zukunft: Perspektiven erkennen, Chancen ergreifen, Strategien umsetzen* (1. Aufl.). Berlin: Med. Wiss. Verlag-Ges.
- Deutsches Ärzteblatt. (2014). Sachverständigenrat diskutiert über Arzneimittel und Medizinprodukte. Abgerufen 25. April 2016, von <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60313>
- Deutsches Ärzteblatt. (2015). Fresenius Helios: Etwas mehr Umsatz, deutlich höherer Gewinn. Abgerufen 2. Juni 2016, von <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/64625>
- Deutsches Ärzteblatt. (2016). Ärztestatistik - Weiter steigender Bedarf. Abgerufen 12. Mai 2016, von <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=175869>
- Doblhammer, G., & Scholz, R. (Hrsg.). (2010). *Ageing, Care Need and Quality of Life* (1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Duden. (2016a). Changemanagement. Abgerufen 23. Juli 2016, von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Changemanagement>
- Duden. (2016b). Empirie. Abgerufen 14. Juni 2016, von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Empirie>

- Duden. (2016c). Incentive. Abgerufen 23. Juli 2016, von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Incentive>
- Duden. (2016d). Integration. Abgerufen 10. Mai 2016, von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Integration>
- Duden. (2016e). Medizin. Abgerufen 18. Mai 2016, von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Medizin>
- Duden. (2016f). Patient. Abgerufen 23. Mai 2016, von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Patient>
- Duden. (2016g). Technologie. Abgerufen 18. Mai 2016, von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Technologie>
- Duden. (2016h). Versorgung. Abgerufen 10. Mai 2016, von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Versorgung>
- Ehlers, C., & Andresen, D. (2006). Diagnostik von Synkopen. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(7), A412–A416.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2016). Der Innovationsfonds im Überblick. Abgerufen 16. Mai 2016, von [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/7/Der-Innovationsfonds-im-Ueberblick\\_2016-03-05.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/7/Der-Innovationsfonds-im-Ueberblick_2016-03-05.pdf)
- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. (2016a). Arzneimittelumsatz in Apotheken Drogerie- und Verbrauchermärkten. Abgerufen 26. Mai 2016, von [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=66738881&nummer=465&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=48242146](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=66738881&nummer=465&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=48242146)
- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. (2016b). Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. EUR. Abgerufen 24. April 2016, von [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/\\_XWD\\_PROC?\\_XWD\\_2/1/XWD\\_CUBE.DRILL/\\_XWD\\_30/D.000/3722](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/1/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_30/D.000/3722)
- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. (2016c). Gesundheitsausgaben in Mio. € nach Art der Leistung seit 1992. Abgerufen 2. Juni 2016, von [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=34457290&nummer=322&p\\_sprache=D&p\\_indsp=50049&p\\_aid=50004568](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=34457290&nummer=322&p_sprache=D&p_indsp=50049&p_aid=50004568)
- Gilbert, J. (2012). Six Models for Strategic Success in Medtech. Abgerufen 11. April 2016, von <http://www.babson.edu/executive-education /thought-leadership/life/Pages/six-models-for-strategic-success-in-medtech.aspx>

- GKV-Spitzenverband. (2012). Bundesländer schleichen sich aus ihrer Verantwortung für die Krankenhausfinanzierung - GKV-Spitzenverband. Abgerufen 2. Juni 2016, von [https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemittelungen\\_und\\_statements/pressemittteilung\\_5888.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemittelungen_und_statements/pressemittteilung_5888.jsp)
- GKV-Spitzenverband. (2016). Zukunftsmodell GKV - Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung in der kommenden Legislaturperiode - GKV-Spitzenverband. Abgerufen 2. Juni 2016, von [https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/positionen\\_gkv\\_sv\\_bundestagswahl\\_2013/positionen\\_gkv\\_sv\\_bundestagswahl\\_2013.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/positionen_gkv_sv_bundestagswahl_2013/positionen_gkv_sv_bundestagswahl_2013.jsp)
- GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG Gesetz vom 16. Juli 2015. (2015). Abgerufen 9. Mai 2016, von [http://thomas-bade.de/Download/gkv\\_vsg\\_140a.htm](http://thomas-bade.de/Download/gkv_vsg_140a.htm)
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International journal of integrated care*, 1(2), e21.
- Grothaus, F.-J. (2009). Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 - 2008 - Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung. Abgerufen 15. Juli 2016, von <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/bericht-140d.pdf>
- Guerrero, M. C., & Wischnewsky, M. (2013). Mustervorlage des Projekts Qualiservice, Universität Bremen, Februar 2013. Abgerufen 5. April 2016, von [http://www.qualiservice.org/fileadmin/templates/qualiservice/Einvers taendnis2013\\_08.pdf](http://www.qualiservice.org/fileadmin/templates/qualiservice/Einvers taendnis2013_08.pdf)
- Hajen, L., Paetow, H., & Schumacher, H. (2013). *Gesundheitsökonomie: Strukturen – Methoden – Beispiele* (7. überarb.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hartweg, H.-R. (2007). *Die Entwicklung der integrierten Versorgung in Deutschland: Eine Analyse der Selektivvertragsmöglichkeiten gemäß der Regelungen der §§ 140 a - d SGB V unter Aspekten der neuen Institutionenökonomie und der Evolutionsökonomie* (Bd. 4.). Münster: LIT Verlag.
- Hauschildt, J., & Salomo, S. (2011). *Innovationsmanagement* (5. Aufl.). München: Vahlen.

- Herzlinger, R. E. (2006). Why innovation in health care is so hard. *Harvard Business Review*, 84(5), 58–66.
- Hiermannsperger, P., & Greindl, S. (2005). Durchführung qualitativer Interviews und Auswertung. Am Fallbeispiel: Opportunistisches Verhalten im Ein- und Verkauf von Obst und Gemüse. Abgerufen 12. Januar 2016, von [http://befragung.weebly.com/uploads/3/8/1/2/3812269/qualitative\\_interviews\\_und\\_auswertung.pdf](http://befragung.weebly.com/uploads/3/8/1/2/3812269/qualitative_interviews_und_auswertung.pdf)
- Hoque, N., Bradshaw, B. S., & McGehee, M. A. (Hrsg.). (2013). *Applied Demography and Public Health* (3. Aufl.). Dordrecht Heidelberg New York London: Springer.
- Hornschild, K., Raab, S., & Weiss, J.-P. (2006). *Die Medizintechnik am Standort Deutschland – Chancen und Risiken durch technologische Innovationen, Auswirkungen auf und durch das nationale Gesundheitssystem sowie potentielle Wachstumsmärkte im Ausland* (2. Aufl.). Berlin: DIW Berlin.
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Abgerufen 24. Februar 2016, von [www.nap.edu/html/quality\\_chasm/reportbrief.pdf](http://www.nap.edu/html/quality_chasm/reportbrief.pdf)
- Istvan, J., Collier, M., Fleisch, D., Fiorentino, G., & Michels, D. (2011). Creating a new commercial model for the changing medtech market - Bain & Company. Abgerufen 11. April 2016, von <http://www.bain.com/publications/articles/creating-new-commercial-model-for-changing-medtech-market.aspx>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2015). Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 19. März 2015 zum Regierungsentwurf für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG). Abgerufen 2. Juni 2016, von [http://www.kbv.de/media/sp/2015\\_03\\_19\\_KBV\\_Stellungnahme\\_GKV\\_VSG.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2015_03_19_KBV_Stellungnahme_GKV_VSG.pdf)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, & GKV-Spitzenverband. (2016). Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) vom 1. Januar 2016. Abgerufen 17. Mai 2016, von [http://www.kbv.de/media/sp/BMV\\_Aerzte.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/BMV_Aerzte.pdf)
- Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., & Wasem, J. (Hrsg.). (2016). *Krankenhaus-Report 2016: Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus*. Stuttgart: Schattauer Verlag.

- Koch, K. (2009). Integrierte Versorgung und die Rolle der Pharmaindustrie. Abgerufen 19. April 2016, von [https://ub-madoc.bib.uni-mannheim.de/2378/1/Dissertation\\_Kristian\\_Koch\\_2NEU.pdf](https://ub-madoc.bib.uni-mannheim.de/2378/1/Dissertation_Kristian_Koch_2NEU.pdf)
- Kodner, D., & Spreeuwenberg, L. C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(11), 1–6.
- Lafortune, G., & Balestat, G. (2007). *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications*. OECD Health Working Papers (Bd. 26). OECD Publishing.
- Leo.org. (2016). Commodity - Englisch - Deutsch Wörterbuch. Abgerufen 22. Mai 2016, von [http://dict.leo.org/ende/index\\_de.html#/search=commodity&searchLoc=0&resultOrder=basic&multiwordShoSingle=on](http://dict.leo.org/ende/index_de.html#/search=commodity&searchLoc=0&resultOrder=basic&multiwordShoSingle=on)
- MarketLine Company Profiles. (2013). Kaiser Permanente. Abgerufen 13. Juni 2016, von <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=9&sid=174751a3-0660-4f1a-b8aa-f4f3652f2903@sessionmgr106&hid=105&bdata=Jmxhbmc9ZGUmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI>
- Martens, L., Goode, G., Wold, J. F. H., Beck, L., Martin, G., Perings, C., ... Baggerman, L. (2014). Structured Syncope Care Pathways Based on Lean Six Sigma Methodology Optimises Resource Use with Shorter Time to Diagnosis and Increased Diagnostic Yield. *PLoS ONE*, 9(6), e100208.
- Maruthappu, M., Hasan, A., & Zeltner, T. (2015). Enablers and barriers in implementing integrated care. *Health Systems & Reform*, 1(4), 1–19.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (8. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- MedTech Europe. (2014). The European Medical Technology Industry - In Figures. Abgerufen 9. April 2016, von [http://www.ub.edu/medicina/grauEB/2014 The European medical technology industry in figures.pdf](http://www.ub.edu/medicina/grauEB/2014%20The%20European%20medical%20technology%20industry%20in%20figures.pdf)
- MedTech Europe. (2015). The European Medical Technology Industry - In Figures. Abgerufen 19. April 2016, von [http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource\\_items/file\\_s/MEDTECH\\_FactFigures\\_ONLINE3.pdf](http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource_items/file_s/MEDTECH_FactFigures_ONLINE3.pdf)

- Medtronic. (2015a). Evolving Medtronic in a time of healthcare transformation. Abgerufen 13. Juni 2016, von [http://www.medtronic.com/content/dam/Medtronic/US/AboutUs/further-together/57052\\_MED\\_PositionPaper\\_LONG\\_FINAL\\_10\\_1\\_2015.pdf](http://www.medtronic.com/content/dam/Medtronic/US/AboutUs/further-together/57052_MED_PositionPaper_LONG_FINAL_10_1_2015.pdf)
- Medtronic. (2015b). Medtronic acquires Diabeter, inovative Diabetes Care Provider. Abgerufen 26. April 2016, von <http://newsroom.medtronic.com/phoenix.zhtml?c=251324&p=irol-newsArticle&ID=2031946>
- Mühlbacher, A. (2007). Integrierte Versorgung: Auf dem Weg zur virtuellen Organisation. Abgerufen 8. Dezember 2015, von <https://www.tu-berlin.de/uploads/media/2007-05.pdf>
- Navarria, A., Drago, V., Gozzo, L., Longo, L., Mansueto, S., Pignataro, G., & Drago, F. (2015). Do the current performance-based schemes in Italy really work? „Success fee“: a novel measure for cost-containment of drug expenditure. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 18(1), 131–6.
- Niehues, C. (2012). *Notfallversorgung in Deutschland: Analyse des Status quo und Empfehlungen für ein patientenorientiertes und effizientes Notfallmanagement* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Paquet, R. (2011). *Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge - Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive*. (Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Hrsg.). Bonn.
- Philips GmbH Market DACH. (2016). Healthcare Consulting. Abgerufen 8. Mai 2016, von <http://www.philips.de/healthcare/technologie-partnerschaften-und-consulting>
- Plagens, M. (2001). Processes of economic innovation in the German medical device industry. Abgerufen 8. Dezember 2015, von <https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/frontdoor/index/index/docId/33>
- Reiners, H. (2013). Integrierte Versorgungsstrukturen - Eine Dauerbaustelle bei GKV-Reformen. *Gesundheit und Gesellschaft: Wissenschaft*, 13(3).
- Retterath, M., Olsen, T., & Eliades, G. (2013). Opportunities in integrated care for pharma and medtech. Abgerufen 11. April 2016, von <http://www.bain.com/publications/articles/opportunities-in-integrated-care-for-pharma-and-medtech.aspx>

- Royal Philips Electronics. (2013). Philips launches Healthcare Transformation Services. Abgerufen 8. Mai 2016, von <http://www.philips.com/a-w/about/news/archive/standard/news/press/2013/20130507-Philips-launches-Healthcare-Transformation-Services.html>
- Schreyögg, J., Plate, A., & Busse, R. (2005). Identifizierung geeigneter Versichertengruppen für die integrierte Versorgung anhand von GKV-Routinedaten. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 10(06), 349–355.
- SGB IV - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung - § 88 Prüfung und Unterrichtung. (2016). Abgerufen 23. Juli 2016, von [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_4/\\_\\_88.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_4/__88.html)
- SGB V - Getzliche Krankenversicherung - § 137c Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus. (2016). Abgerufen 23. Juli 2016, von [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_\\_137c.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__137c.html)
- SGB V - Getzliche Krankenversicherung - § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. (2016). Abgerufen 23. Juli 2016, von [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_\\_92.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__92.html)
- Simon, M. (2013). *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. (4., vollst.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Statista. (2015). Medizintechnik - Statista-Dossier. Abgerufen 21. April 2016, von <http://de.statista.com/statistik/studie/id/6903/dokument/medizintechnik-statista-dossier/>
- Statistisches Bundesamt. (1998). Ausgaben und Kosten nach Sektoren. In Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Stuttgart: Verlag Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2015). Bevölkerung, Familien, Lebensformen. In *Statistisches Jahrbuch 2015* (1. Aufl., S. 24–74). Wiesbaden.
- Strandberg-Larsen, M. (2011). Measuring integrated care. *Danish medical bulletin*, 58(2), B4245.
- Talbot-Smith, A., Gnani, S., Pollock, A. M., & Gray, D. P. (2004). Questioning the claims from Kaiser. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 54(503), 415–21; discussion 422.



- Theurl, T., & Franz, S. (2007). „*Benchmark integrierte Versorgung im Gesundheitswesen*“: *Erste empirische Ergebnisse* (No. 64). Münster: Westfälische Wilhelms-Universität Münster (WWU).
- Thommen, J.-P., & Achleitner, A.-K. (2012). *Allgemeine Betriebswirtschaftslehre - Umfassende Einführung aus managementorientierter Sicht* (7. Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Wasden, C. L., & Mowen, D. J. (2010). The changing face of medical technology innovation. *In Vivo Article*, 28(8), 1–12. Abgerufen von <http://www.pwc.com/us/en/health-industries/publications/the-changing-face-of-medical-technology-innovation.html>
- Wasden, C. L., & Williams, B. (2011). Owing the disease: A new transformational business model for healthcare. Abgerufen 14. April 2016, von <http://pwchealth.com/cgi-local/hregister.cgi/reg/owning-the-disease.pdf>
- Wasden, C. L., & Williams, B. (2013). Owing The Disease II: Adapting Strategy Into Successful Business Tactics. Abgerufen 22. Januar 2016, von <https://www.wsgr.com/news/medicaldevice/pdf/owning.pdf>
- Weatherly, J. N., Seiler, R., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Lägel, R., & Amelung, V. E. (2007). *Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren: Innovative Modelle der Praxis (Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care)* (1. Aufl.). Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.
- Wöhe, G., & Döring, U. (2013). *Einführung in die allgemeine Betriebswirtschaftslehre. Beiträge zur Controlling-Forschung* (25. Aufl.). München: Vahlen.
- World Health Organization. (2016). Health Technology. Abgerufen 9. April 2016, von [http://www.who.int/topics/technology\\_medical/en/](http://www.who.int/topics/technology_medical/en/)

# Anhang

## 1. Interviewleitfaden

### 1.1. Entwicklung des Interviewleitfadens

Der Interviewleitfaden wird zur einheitlichen Strukturierung der Interviews entwickelt. Über die Struktur des Leitfadens kann sichergestellt werden, dass alle Aspekte abgefragt werden. Das Leitfadeninterview steht als Interviewtechnik zwischen der quantitativen Analyse, welche ausschließlich standardisierte Fragen stellt und dem freien Interview, welches auf freies Erzählen abzielt.

Kern des Interviewleitfadens ist die Abfrage der Expertenmeinung anhand der Diskussion der skizzierten Modelle. So ist gewährleistet, dass das Forschungsthema in seiner Komplexität abgebildet werden kann ohne den Fokus zu verlieren.

Durch den Leitfaden wird ein theoriegeleitetes Vorgehen möglich, indem das aus der Theorie entwickelte Informationsbedürfnis, welches in den Fragestellungen und Hypothesen festgehalten ist, in den Leitfaden übersetzt wird. Gläser & Laudel (2009) betonen, dass es über den Leitfaden hinaus zu einer weiteren, spontanen Operationalisierung des Informationsbedürfnisses in Form von Nachfragen während des Interviews kommen muss.<sup>287</sup> Als Stütze für das spontane Nachfragen wird ein Fragenkatalog entwickelt (vgl. Anhang, 1.4.7, S. 132). Die zu Grunde liegenden Prinzipien für das leitfadengestützte Interview – Reichweite, Spezifität, Tiefe, Personaler Kontext – werden im Folgenden erläutert.<sup>288</sup>

#### 1.1.1. Reichweite

In einem Experteninterview soll ein „hinreichend breites Spektrum von Problemen“ angesprochen werden.<sup>289</sup> Ziel ist es, Anregung für den Interviewpartner zu bieten keine vorgefertigten Antworten zu liefern, sondern aus seinem Wissen heraus frei zu erzählen. Diese „Erzähleregungen“ sollen dem Gesprächspartner die Gelegenheit bieten, die Forschungsfrage aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten.<sup>290</sup>

---

<sup>287</sup> Vgl. Gläser & Laudel, 2010, S. 115.

<sup>288</sup> Vgl. ibd. S. 115 – 116.

<sup>289</sup> Ibd. S. 116.

<sup>290</sup> Vgl. ibd.

### 1.1.2. Spezifität

Das Herausarbeiten des besonderen, individuellen Anteils der Expertenmeinung ist die Umsetzung des Aspekts der Spezifität. Dazu ist der Hintergrund des Experten z.B. der Unterschied von Kostenträger- und Industrieperspektive zu berücksichtigen wie auch der jeweilige Werdegang des Befragten. Dieser Vorgang wird auch das „Erkenntnisinteresse in den Kontext des Erfahrungshintergrundes der Befragten übersetzen“ genannt und kann anhand von Hilfsfragen aus dem Gesprächskontext erfolgen.<sup>291</sup> Lautet das primäre Informationsbedürfnis „Ist die Weiterentwicklung des Geschäftsmodells von Medizintechnologieunternehmen durch die Integrierte Versorgung möglich?“, wird im Gespräch mit dem Kostenträger formuliert: „Wie beurteilen Sie die Perspektive, dass ein Medizintechnologieunternehmen die Patientenversorgung im Rahmen der Integrierten Versorgung übernimmt?“. Dies wird in der Befragung des Medizintechnologieunternehmens zu: „Wie schätzen Sie den Einstieg ihres Unternehmens in den Markt der Patientenversorgung über die Integrierte Versorgung ein?“

### 1.1.3. Tiefe

Ziel des Aspekts der Tiefe ist es, dem Interviewpartner die Darstellung persönlicher Involviertheit zu ermöglichen. Dazu stellt der Befragte seine Einschätzungen und Erlebnisse in Bezug auf das Forschungsthema einschließlich der „affektiven, kognitiven und wertbezogenen Bedeutung“ dar.<sup>292</sup>

### 1.1.4. Personaler Kontext

Die Einordnung des Forschungsthemas in den sozialen und persönlichen Kontext des Experten wird durch die Erhebung des personalen Kontextes zu Beginn des Interviews sichergestellt. Der personale Kontext dient der Interpretation der Aussagen des Interviewpartners.<sup>293</sup>

## 1.2. Interviewführung

Die Interviewführung folgt den „kulturell festgelegte[n] Kommunikationsregeln und Konventionen“.<sup>294</sup> Wichtig ist dabei vor allem die Möglichkeit für

---

<sup>291</sup> Vgl. Gläser & Laudel, 2010, S. 116.

<sup>292</sup> Vgl. ibd.

<sup>293</sup> Vgl. ibd.

<sup>294</sup> Ibid. S. 112.

den Interviewpartner sanktionsfrei zu wählen, ob er eine Frage beantworten möchte oder nicht. Die Rollenverteilung sollte möglichst klar in einen Fragenden und den zu Befragenden und von beiden Seiten anerkannt sein. Der Dialogführer ist demnach der Interviewer. Seiner Aufgabe entspricht es, das Gespräch immer wieder auf das bestimmte Informationsziel zu lenken.<sup>295</sup>

Wie bereits in Abschnitt 1.1. (vgl. S. 125) beschrieben, unterliegt die Interviewführung der permanenten spontanen Operationalisierung des Informationsbedürfnisses. Das heißt, dass die Fragestellung dem Befragten durch Iterationen zugänglich gemacht wird. Zur spontanen Operationalisierung sind die Begriffs(er)klärung und -konsentierung während des Interviews zu zählen sowie die Nutzung von gebotenen Anknüpfungspunkten im Gespräch für vertiefendes Fragen. Der Einsatz des Interviewleitfadens zur Klärung der Prämissen sowie der Fragenkatalog stützen die spontane Operationalisierung strukturell. Somit entsteht eine Art gesteuerte Spontaneität als Versuch der Balance zwischen der Vorgabe des qualitativen Interviews, möglichst natürlich zu kommunizieren bei gleichzeitig klarer Rollentrennung in Frager und Befragte.<sup>296</sup> Die Spontaneität wird so durch das konkrete und gezielte Forschungsinteresse des Forschers gesteuert und begrenzt.<sup>297</sup>

### 1.3. Transkription

Als Transkription wird die Technik der Verschriftlichung gesprochener Sprache bezeichnet.<sup>298</sup>

Alle Interviews, die im Rahmen dieser Arbeit geführt wurden, wurden bei Vorliegen des schriftlichen Einverständnisses der Interviewpartner aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Waren die Interviewpartner nicht mit einer Aufzeichnung des Gesprächs einverstanden, wurden die Gespräche nach dem Interview als Gedächtnisprotokoll basierend auf während des Gesprächs erhobener Notizen rekonstruiert.

Dazu wurde nach Standardorthographie verschriftet. Verzögerungslaute bzw. Diskurspartikel wurden nur wenn die Bedeutung das Gesagte beeinflusste transkribiert und unverständliche Passagen wurden gekenn-

---

<sup>295</sup> Vgl. Gläser & Laudel, 2010, S. 111 – 113.

<sup>296</sup> Vgl. ibd. S. 111 – 113.

<sup>297</sup> Vgl. ibd.

<sup>298</sup> Vgl. Hiermannsperger & Greindl, 2005, S. 6.

zeichnet. Besonderheiten dichotomer Äußerungen wie Ja und Nein wurden dokumentiert (zögernd, gedehnt, lachend etc.). Unterbrechungen zum Beispiel durch externe Faktoren wie Telefonanrufe wurden vermerkt.<sup>299</sup>

#### 1.4. Ablauf

Die Beschreibung des Ablaufs dient dem Interviewer während des Gesprächs als Stütze zur Gesprächsführung und bildet die für das Interview relevanten Inhalte der Arbeit in Kürze und teils in stichwortartiger Form ab.

##### 1.4.1. Einverständniserklärung

Vor dem Interview und der Aufzeichnung erfolgt die Aufklärung über Vertraulichkeit, Datenschutz sowie die Erläuterung des Interviewvertrags. Abschluss dieser Phase ist die schriftliche oder mündliche Einverständniserklärung zum weiteren Vorgehen durch den Befragten. Die Mustereinverständniserklärung ist Teil des Interviewleitfadens (vgl. Anhang, 1.4.9., S. 133) und basiert auf der Vorlage von Guerrero & Wischnewsky (2013).<sup>300</sup>

##### 1.4.2. Personaler Kontext

Im Rahmen der Einleitung des Interviews wird der Befragte gebeten sich vorzustellen, seinen Namen, sein Unternehmen oder Institution und sein Aufgabengebiet zu beschreiben. Außerdem wird er gebeten seine Verbindung zum Forschungsthema zu erläutern. Dazu werden folgende unterstützende Fragestellungen genutzt:

- In welchem beruflichen oder anderem professionellen Kontext stehen Sie zur Forschungsfrage
- Welche Erfahrungen haben Sie mit der Integrierten Versorgung gemacht?
- Haben Sie bereits wissenschaftlich an der Integrierten Versorgung gearbeitet oder haben Sie dies vor, wenn ja, welcher Aspekt steht im Vordergrund?
- Warum hat die Integrierte Versorgung Bedeutung für den deutschen Gesundheitsmarkt und das deutsche Gesundheitswesen?
- Sind Sie oder waren Sie beruflich tätig in der Medizintechnologie oder für einen Kostenträger? Wenn ja, in welcher Position?

---

<sup>299</sup> Vgl. Gläser & Laudel, 2010, S. 193 – 195.

<sup>300</sup> Vgl. Guerrero & Wischnewsky, 2013.

### 1.4.3. Darstellung des Themenumrisses der Masterarbeit

Begriffsklärung: Was ist integrierte Versorgung?

Als integrierte Versorgung wird das Konzept der Integration möglichst aller Prozessschritte einer komplexen Krankenversorgung bezeichnet. Ziel dieser Form der Leistungserbringung ist verbesserte Ergebnistransparenz und -qualität für den Patienten und die Steigerung der Gesamteffizienz des Prozesses.<sup>301</sup>

Bedrohung des etablierten Geschäftsfeldes der Medizintechnologie

Innovationswandel

- *Medizintechnologische Innovationen werden vermehrt als Selbstverständlichkeit wahrgenommen.*<sup>302</sup>
- *Für inkrementelle Innovationen (z.B. Features) werden nur bedingt Geldmittel zur Verfügung gestellt.*

Zunehmende Preissensitivität

- *DRGs*
- *Private Krankenhausbetreiber*
- *Sachkostenberatungen & Einkaufsgemeinschaften*
- *Kostendruck im Gesamtsystem (chronische Erkrankungen)*

Outcome-Orientierung in der Vergütung

- *Siehe Entwicklung in der pharmazeutischen Industrie (AMNOG)*
- *Preis muss sich auch durch signifikante Überlegenheit zum Therapiestandard, medizinisch und ökonomisch rechtfertigen lassen*

Notwendigkeit für vermehrte Patientenorientierung

- *Internet als Informationsquelle und Ratgeber*
- *Patientenrecht wird verstärkt über Medizinrechtsanwälte durchgesetzt*
- *Interessensvertretungen*

---

<sup>301</sup> Vgl. Kodner & Spreeuwenberg, 2002.

<sup>302</sup> Vgl. Wasden & Mowen, 2010, S. 1.

#### *1.4.4. Prämissen zur Fragenkonzeption*

Die Prämissen zur Fragenkonzeption werden den Interviewpartnern zugänglich gemacht, um eine gemeinsame Gesprächsbasis transparent zu machen. Folgende Prämissen werden zur Fragenkonzeption angenommen:

- Das Geschäftsmodell der Medizintechnologie bedarf der Weiterentwicklung.
- Dienstleistungs- und Service-Konzepte stellen einen Weg zur Transformation in der Medizintechnologie dar.
- Unter den Service-Konzepten ist das Management der Patientenversorgung nach dem Konzept der Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V eine mögliche Variante.

#### *1.4.5. Forschungsthema und Fragestellungen*

Das Forschungsthema lautet: Weiterentwicklung des Geschäftsmodells von Medizintechnologieunternehmen im deutschen Gesundheitsmarkt mittels der Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V. Die sich daraus ergebenden Fragestellungen werden während des Interviews mit Hilfe der Modellbewertung und eines Fragenkatalogs zu den zuvor eingegrenzten Schwerpunktbereichen Eignung des Geschäftsmodells und Organisation evaluiert.

#### *1.4.6. Modellbewertung*

Die Interviewpartner werden gebeten die entwickelten Modelle in Bezug auf Ihre Erfolgswahrscheinlichkeit zu bewerten und Ihre Abhängigkeit von und Einfluss auf die Organisation zu benennen. Zur Unterstützung wird die Modellmatrix verwendet (vgl. Tabelle 7, S. 131)

**Tabelle 7 Modellmatrix**

<b>Modell</b>	<b>Vertragspartner nach §140a SGB V</b>	<b>Erbrachte Leistung</b>	<b>Indikationsspezifisch</b>	<b>Populations- gestützt</b>	<b>Sektoren-übergreifend</b>	<b>Bezug zu etabliertem Geschäftsfeld</b>
Subkontraktor- Modell	NEIN	Spezifischer Teil der Patienten-versorgung für einen Auftraggeber, der Vertragspartner der Krankenkassen nach §140a SGB V ist. z.B. Patientenpfad, Fallmanagement, Prozessmanagement	JA	NEIN	NEIN	Medizintechnologie im Prozessbereich z.B. Herzkatheter, Operationen
Disease- Manager-Modell	JA	Indikationsspezifisches Versorgungsmanagement als direkter Vertragspartner nach §140a SGB V	JA	NEIN	JA	Medizintechnologie im Bereich Chronischer Erkrankungen z.B. Diabetologie (Insulinpumpe) oder Gelenkschmerz (Endoprothetik)
Management- Organisation	JA	Alle Versorgungsleistungen werden aus einer Hand/Organisation gebracht und für ein festgelegtes Entgelt zur Verfügung gestellt	NEIN	JA	JA	Medizintechnologie mit IGV-Relevanz z.B. Telemedizin oder Enabler-Funktion (z.B. IT-Anwendungen für das Gesundheitswesen)



### 1.4.7. Fragenkatalog

Der entwickelte Fragenkatalog dient der Evaluation der Dimensionen Eignung des Geschäftsmodells (Chancen und Risikofaktoren) und Organisation und ergänzt die Modellbewertung.

#### Eignung des Geschäftsfeldes

- Was spricht für die Integrierte Versorgung als Konzept der Medizintechnologie?
- Inwieweit sind Medizintechnologieunternehmen geeignet, Konzepte Integrierter Versorgung anzubieten?
- Was prädestiniert Medizintechnologieunternehmen für die Organisation von Integrierter Versorgung?
- Welche Faktoren werden erfolgsentscheidend für Konzepte Integrierter Versorgung von Seiten der Medizintechnologie sein?
- Inwiefern ist medizintechnologische Kernkompetenz von Bedeutung?
- Was sind Ihrer Meinung nach Herausforderungen in der Umsetzung von Projekten der Integrierten Versorgung in Deutschland?

#### Organisation

- Müssen sich Medizintechnologieunternehmen in ihrer (Aufbau-/Ablauf-) Organisation verändern?
- Wie kann die Medizintechnologie die Integrierte Versorgung als neues Geschäftsfeld aufbauen?
- Was sind die internen Voraussetzungen?
- Was sind die externen Voraussetzungen?
- Spielen Akquisitionen eine Rolle?
- Haben strategische Partnerschaften eine Bedeutung?

### 1.4.8. Gesprächsabschluss

Der Gesprächsabschluss beinhaltet die Information an den Befragten, dass alle Fragen gestellt sind. Die Möglichkeit für akute oder spätere Rückfragen wird dem Gesprächspartner angeboten, einschließlich der Möglichkeit im Nachgang zum Gespräch Kontakt bezüglich etwaiger Nachträge aufzunehmen. Außerdem wird die Möglichkeit eingeräumt, Feedback zu der Befragung zu geben.<sup>303</sup>

---

<sup>303</sup> Vgl. Gläser & Laudel, 2010, S. 191 – 192.

### 1.4.9. *Mustereinverständniserklärung nach Guerrero & Wischnewsky (2013)*<sup>304</sup>

#### Einverständniserklärung zum Interview

Forschungsprojekt: Masterthesis im Rahmen des Studiums zum Master of Business Administration (General Management) an der Nordakademie Graduate School, Hamburg

Forschungsthema: Weiterentwicklung des Geschäftsmodells von Medizintechnologieunternehmen im deutschen Gesundheitsmarkt mittels der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V.

Interviewerin: Dr. Henriette Neumeyer

Interviewdatum: XX.XX.2016

Ich, \_\_\_\_\_,

erkläre mich dazu bereit, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojekts informiert. Ich kann das Interview jederzeit abbrechen, weitere Interviews ablehnen und meine Einwilligung in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes werden alle Angaben zu meiner Person aus dem Text entfernt und/oder anonymisiert. Mir wird außerdem versichert, dass das Interview in wissenschaftlichen Veröffentlichungen nur in Ausschnitten zitiert wird, um sicherzustellen, dass ich auch durch die in den Interviews erzählte Reihenfolge von Ereignissen nicht für Dritte erkennbar werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann in Schriftform gebracht wird.

Hamburg, XX.XX.2016, \_\_\_\_\_

---

<sup>304</sup> Guerrero & Wischnewsky, 2013.

## 2. Auswertungstabellen

**Tabelle 8 Auswertungstabelle am Beispiel des Interview A.**

**Beispielhafte Darstellung der Ergebnisse aus einem qualitativen Interview, das nach dem Schema Paraphrasierung, Generalisierung und Reduktion ausgewertet wurde.**

A 42489 MT				
Zeilen Nr.	Zitat ID	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
21	A 42489 MT21 E	Das setzt bei uns auf Unternehmensseite voraus, dass wir uns mit den medizinischen Prozessen soweit auskennen, dass wir sie zum einen aus eigener Kraft abbilden können, eigentlich noch einen Schritt weiter, dass wir Sie soweit beherrschen, dass wir sie aus eigener Kraft besser erbringen können.	Die Fähigkeit medizinische Kenntnisse in Prozesse zu operationalisieren und diese zu verbessern ist essenziell für die IGv	Erfolgsfaktoren der für IGv Modelle der Medizintechnologie sind: - Aufbau von medizinischer Prozesskenntnis - Mehrwert für Kunden über den Betrieb med. Einrichtungen - Optimierungen gegenüber Ausgangssituation (Prozesse, Vergütung, Kostenreduktion) - Nähe des etablierten Geschäftsmodells zu Versorgungsthemen und Versorgungsmanagement
24	A 42489 MT24 E	Es muss ja irgendeinen Mehrwert haben so etwas mit einem Unternehmen gemeinsam als Sub-Kontraktor zu erbringen als nur die gleiche Arbeit durch einen Dritten erledigen zu lassen.	Die Berechtigung von Medizintechnologieunternehmen zur Teilnahme an der Patientenversorgung hängt von dem geschaffenen Mehrwert der Lösung gegenüber der Erbringung durch den Kunden ab.	
36	A 42489 MT36 O	Es mehr darum, das Wissen aufzubauen, um die Leistung nach dem Subkontraktor-Modell erbringen zu können.	Einstieg in die Versorgung von Patientenversorgung erfordert Wissensaufbau.	

<b>A 42489 MT</b>				
<b>Zeilen Nr.</b>	<b>Zitat ID</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Generalisierung</b>	<b>Reduktion</b>
86	A 42489 MT86 E	<p>I: Erläuterung des Disease-Manager Modells auf Basis des Interviewleitfadens.</p> <p>A: Das ist ein Schritt zu dem wir ab und an gefragt werden und über den wir auch nachdenken, aber dies ist nicht unsere Kernkompetenz.</p>	Die Beteiligung von MT Unternehmen in der Patientenversorgung hängt von dem geschaffenen Mehrwert (Kosteneinsparung, Vergütungssteigerung, anderes) der Lösung für den Kunden ab.	
87	A 42489 MT87 E	Da ist immer die Frage, was bringt man als Unternehmen rein. In der Endoprothetik, z.B. Die kennen sich natürlich aus bei Art und Weise der Prothetik und mit der Unterstützung bei der Verwendung der Prothetik.	Die Voraussetzungen zur Teilnahme an der IGV sind heterogen. Je mehr Erfahrung in versorgungsnahen Bereichen gesammelt wurde, desto besser die Voraussetzungen.	
90	A 42489 MT90 E	Aber die müssen auch das Wissen über den Betrieb einer Abteilung weiter ausbauen, (...)	Wissen über den Betrieb von medizinischen Einheiten ist entscheidend.	

**Tabelle 9 Übersicht der untersuchten Stichprobe**

Interview-Nr.	Interview-Code	Gruppe	Abkürzung der Gruppe
A	A 42489 MT	Medizintechnologie	MT
B	B 42509 MT	Medizintechnologie	MT
C	C 42510 MT	Medizintechnologie	MT
D	D 42537 MT	Medizintechnologie	MT
E	E 42549 MT	Medizintechnologie	MT
F	F 42550 PAYOR	Gesetzliche Krankenversicherung	PAYOR
G	G 42552 PAYOR	Gesetzliche Krankenversicherung	PAYOR
H	H 42558 MT	Medizintechnologie	MT
I	I 42559 PAYOR	Gesetzliche Krankenversicherung	PAYOR

**Tabelle 10 Interview A Medizintechnologie**

Reduktion_Nr.	Reduktion
Reduktion_1	<p>Erfolgsfaktoren für IGV-Modelle der Medizintechnologie sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufbau von medizinischer Prozesskenntnis</li> <li>- Mehrwert für Kunden</li> <li>- spezifisches Wissen über den Betrieb med. Einrichtungen wurde aufgebaut</li> <li>- Optimierungen gegenüber Ausgangssituation (Prozesse, Vergütung, Kostenreduktion)</li> <li>- Nähe des etablierten Geschäftsmodells zu Versorgungsthemen und Versorgungsmanagement</li> </ul>
Reduktion_2	<p>Wissens- und Kompetenzerwerb ist relevant für die Schaffung exklusiver Kenntnis des Kundenverhaltens und der Konkurrenzprodukte. Kann erfolgen durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulting von Krankenhäusern</li> <li>- Betrieb der Medizintechnik von Krankenhäusern</li> </ul>
Reduktion_3	<p>Die Organisation wird sich verändern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- da neue Kompetenzen erforderlich sind</li> <li>- medizinische Kompetenz durch Partner akquiriert werden muss</li> <li>- indem neue Bereiche geschaffen werden</li> </ul>
Reduktion_4	<p>Hemmnisse für den Erfolg in der IGV sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Komplexität des Gesundheitsmarktes</li> <li>- Mangel an Wissen und Kompetenz in der Patientenversorgung</li> <li>- fehlendes Selbstverständnis als IGV Anbieter</li> <li>- Zweifel an der Gewinnerwartung – Risiko erwirtschaftete Gewinne mit Partnern teilen zu müssen.</li> <li>- Notwendigkeit, Gewinne aus der Optimierung der Versorgung zu generieren</li> <li>- das Risiko, dass nicht vollständig herstellereigene Produkte eingesetzt werden</li> <li>- Resistenz von Ärzten, etablierte Arbeitsweisen zu verändern</li> </ul>

Reduktion_Nr.	Reduktion
Reduktion_5	<p>Stärken der Medizintechnologie sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- neuer Blickwinkel auf alte Prozesse und Strukturen</li> <li>- langjährige Erfahrung in der Prozessoptimierung</li> <li>- konsequente Anwendung von wirtschaftlichen Prinzipien (Preisvorteile durch Konzentration)</li> </ul>
Reduktion_6	<p>Medizinisch-ökonomische Unabhängigkeit ist ein Kernerfordernis und führt zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schaffung separater, unabhängiger Organisationsstrukturen</li> <li>- potenziell ungenutzten Synergieeffekten (herstellereigene Produkte werden gegen Fremdprodukte medizinökonomisch evaluiert)</li> </ul>
Reduktion_7	<p>Das Modell der Management-Organisation ist nicht geeignet für die Medizintechnologie, da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- andere Kernkompetenz als notwendig</li> <li>- Krankenkassen geeigneter für die Umsetzung</li> <li>- Wissen über das Versorgungskontinuum und Vergütungsfragen nicht ausreichend</li> <li>- Wertversprechen gegenüber Partnern</li> <li>- gedeckelte Vergütung statt freiem Wachstum</li> </ul>
Reduktion_8	<p>Wettbewerber sind kein relevanter Faktor für IGV-Geschäftsmodelle, da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- konstante Marktbeobachtung gegeben</li> <li>- starke Expertise in Konkurrenz um Kosten und Qualität aus dem DRG-System</li> </ul>

**Tabelle 11 Interview B Medizintechnologie**

Reduktion_Nr.	Reduktion
Reduktion_1	<p>Erfolgsfaktoren für die IGV sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausreichende Unternehmensgröße (Skaleneffekte, Einkaufsvolumina)</li> <li>- Ausreichende Projektgröße und Skalierbarkeit des Angebots</li> <li>- Vertriebsmöglichkeiten für herstellereigene Produkte innerhalb des IGV Projektes</li> <li>- Entwicklung neuer Wertversprechen an die einzelnen Stakeholder</li> <li>- Generierung von Margen aus der Reorganisation von Patientenversorgung</li> <li>- fehlende Tarifbindung von Medizintechnologieunternehmen (kostengünstiger einsetzbares Personal)</li> <li>- Integration zusätzlicher Wertschöpfungsstufen</li> <li>- höhere Motivation von externem Personal</li> </ul>
Reduktion_2	<p>Herausforderungen aus medizintechnologischer Sicht mit der IGV sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Steigender Ressourcenverbrauch gegenüber Ausgangslage, der zu Projektabbruch oder Nichtverlängerung führt</li> <li>- berufsethische Handlungsweisen die den gesundheitsökonomischen Zielen der IGV entgegenstehen</li> <li>- Negative Imageeffekte auf Grund unterstellten Profitdenkens</li> <li>- Erfüllen von Umsatz- und Gewinnzielen</li> <li>- mangelnder Wille und Finanzierung auf Systemebene</li> <li>- Komplexität</li> <li>- Interessenskonflikt zwischen der Krankenkasse zur Kostensenkung und der Medizintechnologieunternehmen zur Umsatzsteigerung.</li> </ul>
Reduktion_3	<p>Organisatorisch ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Stellung ärztlichen Personals nicht möglich (Interessenskonflikt)</li> <li>- die Erbringung von Leistungen innerhalb von IGV-Angeboten (hier Management-Organisation) durch Kooperationen möglich</li> <li>- geeignetes Personal notwendig</li> <li>- eine separate Geschäftseinheit notwendig</li> </ul>
Reduktion_4	<p>Projekte der IGV können für Unternehmensziele außerhalb der IGV genutzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kundenbindung</li> <li>- erhobene Daten zur Wissensbildung über Krankheitsverläufe.</li> </ul>
Reduktion_5	<p>Eine Enablerfunktion entfällt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Technologie.</li> </ul>
Reduktion_6	<p>Erbringen von Versorgungsdienstleistungen kann auch Teil eines Servicevertrages mit Kunden sein (Add-On-Funktion).</p>

**Tabelle 12 Interview C Medizintechnologie**

Reduktion_Nr.	Reduktion
Reduktion_1	<p>Erfolgsfaktoren für IGV sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ausreichende Größe/Einflussgebiet der beteiligten Krankenkasse</li> <li>- Aufbau eines steten Austauschs mit den Krankenkassen (Kontaktperson)</li> <li>- Qualifiziertes Personal, das ohne größeren Schulungsaufwand in die IGV-Projekte überführt werden kann</li> <li>- ausreichende Größe des beteiligten Medizintechnologieunternehmens</li> </ul>
Reduktion_2	<p>Herausforderungen aus medizintechnologischer Sicht mit der IGV sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- komplizierter Nachweis des wirtschaftlichen Nutzens eines Konzepts aus Systemperspektive</li> <li>- Notwendigkeit von med. Sinn und Wirtschaftlichkeit</li> <li>- Trittbrettfahrer</li> <li>- Phänomen (Generische Produkte können ohne eigenen Aufwand auf den Erfolg eines IGV-Projektes aufsetzen)</li> <li>- Probleme mit eigenen Compliance-Richtlinien zur Trennung von med. Leistungserbringung und Kerngeschäft</li> </ul>
Reduktion_3	<p>Die Organisation muss für die Realisierung von IGV-Projekten umgebaut werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- z.B. durch Gründung von Tochtergesellschaften</li> <li>- dies kann zu unternehmensinternen Konflikten führen (um Budgets/Einfluss)</li> <li>- Verschiebung von Personal/Stellen in das neue Geschäftsfeld</li> <li>- durch Aufbau von Personal</li> </ul>
Reduktion_4	<p>Negativerfahrungen mit IGV können zurückzuführen sein auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konfliktsituationen mit Interessensvertretungen von Ärzten</li> <li>- Projektabbrüche auf Grund negativer Evaluationsergebnisse</li> </ul>
Reduktion_5	<p>Es können über IGV-Projekte zusätzliche Unternehmensziele erreicht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verbesserte Absatzmöglichkeiten für unzureichend vergütete Medizinprodukte</li> </ul>



**Tabelle 13 Interview D Medizintechnologie**

Reduktion_Nr.	Reduktion
Reduktion_1	<p>Eine organisatorische Änderung muss erst nach dem Disease-Manager-Modell erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- da dies dem Status quo des Geschäftsmodells der Medizintechnologieunternehmen entspricht</li> <li>- da die Organisation das neue Geschäftsfeld durch ein marktbezogenes Innovationsmodell abdeckt</li> <li>- für eine Management-Organisation ist die Schaffung eines eigenen Bereichs notwendig, um ausreichend Konzentration auf das neue Geschäftsfeld zu lenken</li> </ul>
Reduktion_2	<p>Es liegt ein Interessenskonflikt zwischen medizinischen und unternehmerischen Zielen vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dieser kann durch Vermeidung monetärer Fehlanreize gesteuert werden</li> </ul>
Reduktion_3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stakeholderinteressen bremsen den Erfolg und die Akzeptanz von IGV-Projekten: Mehraufwand für Ärzte und Pfleger</li> <li>- Ungewohnte Arbeitsweise</li> <li>- Einschränkung eigener Marktmacht</li> </ul>
Reduktion_4	<p>Erfolgsfaktoren der für IGV-Modelle der Medizintechnologie sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Festlegen von Standards in der Versorgung (z.B. durch SOPs)</li> <li>- Evidenzbasierte Vorgehensweise</li> <li>- Stärken in der Organisation von Infrastruktur und Logistik</li> <li>- Aufbau neuer Mitarbeiterqualifikation für IGV-Geschäftsfeld</li> </ul>
Reduktion_5	<p>Es können über IGV-Projekte generelle Unternehmensziele erreicht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch das IGV-Projekt ausgelöste Innovationen und deren anschließenden Absatzmöglichkeiten</li> </ul>
Reduktion_6	<p>Herausforderungen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nachweis medizinischen und ökonomischen Mehrwertes von Produkten/Konzepten gegenüber den Kostenträgern wird zunehmend wichtig</li> <li>- Etablieren von eigenen Produkten in der Standardtherapie</li> </ul>
Reduktion_7	<p>Das Modell der Management-Organisation ist denkbar für die Medizintechnologie, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenkassen sich engagieren</li> </ul>
Reduktion_8	<p>Organisatorische Umgestaltung im Rahmen von IGV Konzepten kann zu Konflikten im Unternehmen führen durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Streit um Einfluss</li> <li>- das Gefühl der Beschneidung eigener Machtbefugnisse</li> </ul>

**Tabelle 14 Interview E Medizintechnologie**

Reduktion_Nr.	Reduktion
Reduktion_1	Ziel der IGV-Projekte aus Unternehmenssicht kann der vermehrte Absatz eigener Produkte sein.
Reduktion_2	Herausforderungen und Risiken in IGV-Konzepten aus Sicht der Medizintechnologie sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zulassung anderer Hersteller in den Verträgen</li> <li>- ungenügende Dokumentation, welche die Argumentation des Mehrwerts erschwert</li> <li>- hoher Schulungsaufwand, der Margen aufzehrt</li> <li>- ungünstiger Vergütungsmodus (z.B. Produktpauschalen die das Risiko für Mehraufwand bei Medizintechnologieunternehmen lassen)</li> <li>- geringe Unternehmensgröße (wenig Finanzreserven)</li> <li>- kleines Produktsortiment</li> <li>- Komplexität der IGV</li> </ul>
Reduktion_3	Die Bereitschaft zur langfristigen vertraglichen Bindung auf Krankenkassenseite gering, da: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenkassen nicht profitieren durch Kundenbindung</li> <li>- initiale Kostensteigerungen nicht zu Gunsten evtl. langfristiger Kostenersparnisse toleriert werden</li> </ul>
Reduktion_4	Erfolgsfaktoren für IGV-Modelle der Medizintechnologie sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Projektgröße, um Verhaltensänderungen in einem ausreichend großen Umfeld zu etablieren</li> <li>- hoher wirtschaftlicher Effekt für die Krankenkasse, da höherer Prozentsatz an eingeschlossenen Mitgliedern</li> <li>- Change-Management und Schulungen, um Bereitschaft zum Mitwirken bei med. Leistungserbringern zu steigern</li> <li>- Kontrahierung hochwertiger Medizinprodukte</li> <li>- breites Produktsortiment des Herstellers für betreuten Unternehmensbereich</li> <li>- Anpassung der Mentalität an ganzheitliche Patientenbetrachtung und Fokus auf den Patientennutzen</li> <li>- hohe Priorisierung der IGV durch Unternehmensleitung</li> <li>- Vorerfahrung mit Krankenkassenverträgen</li> <li>- Projekterfahrung (auch international)</li> <li>- Nutzung staatlicher Investitionsmittel (z.B. Innovationsfonds)</li> </ul>
Reduktion_5	Eine organisatorische Veränderung muss für alle Modelle der IGV erfolgen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- keine eigenständige Gesellschaft und Schaffung zusätzlicher Stellen für das Subkontraktor-Modell</li> <li>- das Disease-Manager-Modell durch Partnerschaften</li> <li>- da neue Kompetenzbereiche (z.B. für Krankenkassenverträge) geschaffen werden müssen</li> </ul>

Reduktion_Nr.	Reduktion
Reduktion_6	<p>Das Modell der Management-Organisation ist nicht geeignet für die Medizintechnologie, da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Schaffung einer Management-Organisation eher ein Geschäftsmodell für die Krankenkassen ist</li> <li>- Anbieter mit Versicherten und Versorgungseinrichtungen bessere Voraussetzungen haben</li> <li>- da es industriellen Anbietern an Knowhow zur Umsetzung fehlt</li> </ul>
Reduktion_7	<p>Die Organisation eines IGV Konzeptes erfordert besondere Maßnahmen in Bezug auf ein Versorgungsdefizit (Sondervergütung für Leistungserbringer, Dokumentationsvorgaben, Kommunikationsplattform, interdisziplinäre Arbeit)</p>

**Tabelle 15 Interview F Krankenkasse**

Reduktion_Nr.	Reduktion
Reduktion_1	<p>Die Teilnahme an der IGV von Medizintechnologieunternehmen ist aus Sicht der Krankenkassen als kritisch zu sehen, da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die IGV Konzepte von Medizintechnologieunternehmen in erster Linie als Vergütungsstrategie für mäßig erfolgreiche Produkte mit nicht vorhandener, geringer oder zweifelhafter Evidenz genutzt werden</li> <li>- der Marktzugang an üblichen Zulassungsverfahren vorbei gesucht wird</li> <li>- nicht alle Unternehmen die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Teilnahme mitbringen</li> <li>- IGV-Verträge zu stark vertriebsorientiert sind</li> <li>- Erwartung von Produktexklusivität auf Seite der Hersteller</li> <li>- keine Fähigkeit Versorgungsdefizite zu identifizieren vorhanden ist</li> <li>- geringe Zahl an Anfragen aus der Medizintechnologie</li> </ul>
Reduktion_2	<p>Produktinnovationen werden nur sehr restriktiv in IGV-Modelle aufgenommen, da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- unklarer Zulassungsstatus und fehlender Evidenz als Qualitäts- und Imagerisiko gesehen werden</li> <li>- Haftungsprobleme befürchtet werden</li> </ul>
Reduktion_3	<p>Erfolgsfaktoren aus Sicht der Krankenkasse sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lösung eines Versorgungsdefizits durch das Produkt/Konzept</li> <li>- Überzeugtheit der Krankenkasse von der Produktzukunft</li> <li>- Erwartung positiver Imagewirkung</li> <li>- Partnerschaften und Kooperationen</li> <li>- Produkte, die IGV relevante Patientengruppen ansprechen</li> </ul>
Reduktion_4	<p>Unternehmen können durch die IGV zusätzliche Wertschöpfungsstufen in das eigene Geschäftsmodell integrieren.</p>
Reduktion_5	<p>Der Aufbau des neuen Geschäftsfeldes ist aufwendig, da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- neue organisatorische Strukturen geschaffen werden müssen (Tochterunternehmen, Geschäftsbereich)</li> <li>- Knowhow über Zulassungsverfahren für med. Leistungserbringung gesammelt werden muss</li> </ul>
Reduktion_6	<p>Eine wenig/ nicht vorhandene Wirtschaftlichkeit wird nur dann von der Krankenkasse toleriert, wenn ein First-Mover-Prinzip, also das frühe Engagement bei einer für zukunftsweisend gehaltenen Therapie, angestrebt wird.</p>
Reduktion_7	<p>Herausforderungen/Risiken für den Abschluss von IGV-Verträgen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kollision von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsinteressen auf Seiten der Krankenkassen und Gewinn-/Umsatzinteressen der Unternehmen</li> <li>- Koordination multipler Kooperationspartner</li> </ul>

Reduktion_Nr.	Reduktion
Reduktion_8	Intersektorale Vernetzung in IGV-Projekten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- muss durch den Vertragspartner organisiert werden, um:</li> <li>- Leistungen koordiniert zu erbringen</li> <li>- jenseits sektoraler Vergütungsinteressen Effizienzreserven freizusetzen</li> </ul>
Reduktion_9	Die Realisierung von Projekten der IGV ist abhängig von welcher Seite der Impuls ausgeht: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Projekte aus der Krankenkasse werden häufiger realisiert</li> <li>- Projekte von externen Anbieter werden gerne realisiert, weil die Bereitschaft für Change-Management bei den involvierten Leistungserbringern höher ist</li> <li>- die Mehrzahl an Projekten kommt von extern</li> </ul>
Reduktion_10	Die pharmazeutische Industrie ist unter den industriellen Anbieter ein positives Beispiel zur Orientierung.
Reduktion_11	Disease-Management-Programme von Medizintechnologieunternehmen sind nicht wirksam, da: <ul style="list-style-type: none"> <li>- keine Versorgungsvorteile gegenüber hausärztlicher Versorgung erzielt werden können</li> <li>- im stationären System schon die Wirtschaftlichkeitsreserven durch die Einführung der DRGs erreicht sind</li> <li>- die Programme meist aus Vergütungsanreizen für ärztliche Leistungserbringer gewertet werden</li> </ul>
Reduktion_12	Innovativer Technologieeinsatz in IGV-Modellen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- verbessert die Versorgung (mehr Therapieadhärenz, Verringerung von Kontakten mit klassischen Gesundheitsleistungserbringern)</li> <li>- erhöhter Wahrscheinlichkeit für Kontrahierung mit Krankenkassen</li> </ul>
Reduktion_13	Die Zustimmung von Patienten zu IGV-Konzepten ist schwer zu bekommen da: <ul style="list-style-type: none"> <li>- die klassische (Haus-)Arzt Patienten Beziehung präferiert wird</li> <li>- die rechtlichen Grundlagen schwer verstehbar sind</li> <li>- Patienten ihre Daten industriellen Versorgungsanbietern nicht anvertrauen wollen</li> </ul>
Reduktion_14	Management-Organisationen haben Probleme gegenüber dem Vertragspartner Krankenkasse Wirtschaftlichkeit zu generieren: <ul style="list-style-type: none"> <li>- da Incentives für die Versorgungspartner angeboten werden müssen</li> <li>- die Wirtschaftlichkeitsreserve im DRG-Bereich ausgeschöpft ist</li> <li>- die Komplexität der Management-Organisation einen hohen Administrationsaufwand erfordert</li> <li>- Abhängigkeit von den Vertragspartnern besteht (hohe Personalkosten im ärztl. Bereich)</li> <li>- wenig wirtschaftliche Anreize für Niedergelassene zu kooperieren</li> <li>- sie Wertschöpfung über Zuweiser-Modelle ggf. nicht generieren</li> </ul>
Reduktion_15	Management-Organisationen können Imagenachteile für Krankenkassen bedeuten, da Insuffizienz im eigenen Versorgungsmanagement unterstellt wird.

**Tabelle 16 Interview G Krankenkasse**

Reduktion_Nr.	Reduktion
Reduktion_16	Ein erfolgreiches IGV-Projekt muss aus Sicht der Krankenkasse: <ul style="list-style-type: none"> <li>- möglichst evidenzbasiert und präzise ein Versorgungsdefizit adressieren</li> <li>- detailliert inhaltlich und operativ ausgearbeitet sein</li> <li>- Resultate des IGV-Konzepts müssen möglichst Evidenz-/Studienbasiert abgeschätzt</li> <li>- Eine Festlegung der (Echtzeit-) Evaluation muss vor Projektbeginn erbringen</li> </ul>
Reduktion_2	Bei der Gestaltung von IGV-Konzepten spielt deren Eignung in die Regelversorgung überzugehen eine wichtige Rolle.

**Tabelle 17 Interview H Medizintechnologie**

Reduktion_Nr.	Reduktion
Reduktion_1	Erfolgsfaktoren für IGV Modelle der Medizintechnologie sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Technologie als Kommunikationshilfe und zur Unterstützung einer medizinisch und ökonomischen Entscheidung</li> <li>- Die Sichtbarkeit des Zusatznutzens für den Patienten (z.B. durch Schmerzreduktion)</li> <li>- ökonomischer und qualitativer Vorteil des eingebrachten Produkts gegenüber anderen Herstellern</li> <li>- Alleinstellungsmerkmale des Produkts</li> <li>- Erfahrung mit IGV-relevanten Patientengruppen</li> <li>- Aufbau notwendigen medizinischen Knowhows</li> </ul>
Reduktion_2	Management-Organisationen sind nicht geeignet für die Medizintechnologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- da andere Partner eher geeignet wären (Regionen, Gemeinden, aus der betrieblichen Gesundheitsfürsorge entstehende Konzepte).</li> </ul>
Reduktion_3	Zahlreiche Projekte nach dem Vorbild des Subkontraktor-Modells werden seit Jahren erfolgreich durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- dies bestätigt die Annahme, dass dieses Geschäftsmodell aus Sicht der Medizintechnologie umsetzbar ist</li> <li>- dadurch kommt es bereits zur Übersättigung des Marktes mit Projekten, der Einstieg erscheint in bestimmten Bereichen (z.B. Endoprothetik) nicht mehr attraktiv)</li> </ul>
Reduktion_4	IGV-Verträge sind für Krankenkassen attraktiv (a)/unattraktiv (u), wenn: <ul style="list-style-type: none"> <li>- (u) Krankenkassen befürchten, dass sie durch den Vertrag kostenintensive Patientengruppen einwerben, welche die eigene Risikostruktur verschlechtern</li> <li>- (a) wenn verbessertes Langzeit-Outcome</li> <li>- (a) schnelle finanzielle Resultate (z.B. Einsparung von Lohnfortzahlung)</li> <li>- (a) wechselunwillige/-fähige Patienten mit hohen Gesundheitskosten adressiert werden</li> </ul>

Reduktion_Nr.	Reduktion
Reduktion_5	<p>Eine organisatorische Änderung kann erst ab dem Subkontraktor – Modell erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- da für das Subkontraktor-Modell bestehendes Personal nur geschult werden muss</li> <li>- da erst das Disease-Manager-Modell eine strukturelle Abbildung innerhalb der Organisation erfordert, um IGV-spezifische Kompetenzen abzubilden (Konzeption, Krankenkassenverträge)</li> <li>- indem Berater an das Unternehmen gebunden werden, um medizinisches Wissen bereit zu stellen</li> <li>- in dem eine Management-Organisation über Bündelung von Vertragspartnern agiert</li> <li>- indem eine Management-Organisation als eigenständiges Unternehmen gegründet wird (z.B. als GmbH)</li> <li>- nicht durch Akquisitionen, da diese aus internationaler Konzernsicht zu spezifisch auf den deutschen Markt bezogen sind und kein Hebel für internationale Umsatzziele</li> </ul>
Reduktion_6	<p>Es kann ein Interessenskonflikt zwischen ärztlicher Wahlfreiheit und dem Unternehmensinteresse zum Einsatz eigener Produkte bestehen.</p>
Reduktion_7	<p>Es kann zu Interessenkonflikten mit Interessensgruppen von med. Leistungserbringern kommen, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die bestehende Arbeitsteilung zu monetären Ungunsten der Interessensgruppe durch das IGV-Konzept verändert werden soll</li> <li>- die vorgeschlagene Arbeitsweise bisherigen Anreizstrukturen entgegengesetzt ist</li> <li>- IGV-Verträge bzw. die Vielfalt dieser den (Dokumentations-) Aufwand so stark erhöht, das die Compliance zur Durchführung des Modells leidet</li> </ul>

**Tabelle 18 Interview I Krankenkasse**

Reduktion_Nr.	Reduktion
Reduktion_1	Gegen einen Vertragsschluss zwischen Krankenkasse und Medizintechnologieunternehmen spricht: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interessenskonflikt zwischen Produktabsatz auf Unternehmensseite und Kostensenkungsanspruch auf Krankenkassenseite</li> <li>- Interesse der Unternehmen als alleiniger Hersteller und Notwendigkeit für Ausschreibungsverfahren auf Krankenkassenseite</li> </ul>
Reduktion_2	Erfolgsfaktoren aus Sicht der Krankenkasse sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sektorübergreifende Integrationsleistung</li> <li>- Mehrwert des Modells für den Patienten und die Versorgung</li> </ul>
Reduktion_3	Das Geschäftsmodell der Management-Organisation ist aktuell nicht für die Medizintechnologie geeignet, da: <ul style="list-style-type: none"> <li>- das Konzept am besten aus einer Gemeinschaft von Leistungserbringern hervorgehen kann</li> <li>- das Wissen bei Medizintechnologieunternehmen (z.B. über Krankenkassenverträge, Abrechnungsdienstleistungen) nicht ausreicht</li> <li>- das Management der Komplexität med. Vollversorgung auf Medizintechnologieseite noch nicht beherrscht wird.</li> </ul>
Reduktion_4	Organisatorische Veränderungen sind notwendig: <ul style="list-style-type: none"> <li>- können Partnerschaften umfassen (Management-Organisationen) sowie die Beauftragung von Dienstleistern (Abrechnung etc.)</li> </ul>
Reduktion_5	Das Subkontraktor-Modell kann aus Sicht der Unternehmen ein Einstieg in den Bereich "Geschäftsmodelle in der Patientenversorgung" sein, um den Aufbau von Wissen in Richtung Patientenversorgung zu gewährleisten.
Reduktion_6	Konflikte mit Stakeholderinteressen können bei der Realisierung von IGV-Projekten auftreten, wenn die individuellen Vergütungsinteressen tangiert werden.
Reduktion_7	Die frühzeitige Kommunikation zwischen Krankenkasse und Medizintechnologieunternehmen ist entscheidend, da: <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Wahrscheinlichkeit, dass es zum Vertragsabschluss kommt gesteigert werden kann</li> <li>- das Projekt konkret auf die Relevanz für ein Versorgungsdefizit, das die Kasse lösen will, zugeschnitten ist</li> <li>- es sinnvoller ist, die Idee/das Produkt zuerst zu prüfen und sekundär nach einem geeigneten Vertragsmodell zu suchen</li> <li>- auch andere Vertragsmodi als IGV-Verträge gefunden werden können</li> </ul>



**Tabelle 19 Thesensammlung Medizintechnologie nach Häufigkeit der Bestätigung**

ID_These	Name der These	Bestätigung Medizintechnologie		
		Anzahl	(%)	Quelle
These 10	Mehrwert der IGV	6	100%	Interview A
				Interview C
				Interview D
				Interview E
				Interview F
				Interview I
These 8	Stakeholderinteressen	4	67%	Interview A
				Interview D
				Interview E
				Interview I
These 18	Vereinbarkeit von Unternehmens und Krankenkasseninteressen	4	67%	Interview A
				Interview C
				Interview D
				Interview F
These 3	Unternehmensentwicklung	4	67%	Interview A
				Interview D
				Interview F
				Interview I
These 6	Medizinisch-Ökonomischer Interessenskonflikt	4	67%	Interview D
				Interview E
				Interview C
				Interview I
These 17	Gefahr von Nachahmern	4	67%	Interview A
				Interview C
				Interview D
				Interview I
These 1	Unternehmensgröße	3	50%	Interview C
				Interview D
				Interview F
These 11	Meinungsbildner-Funktion	3	50%	Interview D
				Interview E
				Interview F
These 24	Management-Organisation	3	50%	Interview A
				Interview I
				Interview F

ID_These	Name der These	Bestätigung Medizintechnologie		
		Anzahl	(%)	Quelle
These 12	Kernkompetenz	2	33%	Interview A
				Interview E
These 25	Technologie als Enabler	2	33%	Interview I
				Interview C
These 2	Informationsmotiv nach Koch (2009)	2	33%	Interview A
				Interview C
These 4	Change-Prozess	2	33%	Interview D
				Interview E
These 5	Personal	2	33%	Interview C
				Interview D
These 20	Projektgröße	2	33%	Interview C
				Interview F
These 19	Versorgungsdefizit	1	17%	Interview F
These 7	Folgen initialen Misserfolgs	1	17%	Interview D
These 9	Integration von zusätzlichen Wert-schöpfungs-stufen	1	17%	Interview B
These 13	IGV-Faktor	1	17%	Interview I
These 22	Kooperationsvorteil	1	17%	Interview D
These 14	Ähnlichkeit des Subkontraktor-Modells gegenüber dem etablierten Geschäftsmodell	1	17%	Interview A
These 15	Innovations-Trigger	1	17%	Interview E
These 16	Vergütungsstrukturen	1	17%	Interview F
These 21	Morbiditäts-Akquise durch IGV-Projekte	1	17%	Interview I

**Tabelle 20 Thesensammlung Krankenkasse nach Häufigkeit der Bestätigung**

ID_These	Name der These	Bestätigung Krankenkassen		
		Anzahl	(%)	Quelle
These 19	Versorgungsdefizit	3	100%	Interview G
				Interview H
				Interview J
These 18	Vereinbarkeit von Unternehmens- und Krankenkasseninteressen	3	100%	Interview G
				Interview H
				Interview J
These 8	Stakeholder-Interessen	2	67%	Interview G
				Interview J
These 10	Mehrwert der IGV	2	67%	Interview G
				Interview J
These 3	Unternehmensentwicklung	1	33%	Interview J
These 6	Medizinisch-Ökonomischer Interessenskonflikt	1	33%	Interview J
These 7	Folgen initialen Misserfolgs	1	33%	Interview G
These 9	Integration von zusätzlichen Wert-schöpfungsstufen	1	33%	Interview G
These 12	Kernkompetenz	1	33%	Interview G
These 13	IGV-Faktor	1	33%	Interview G
These 17	Gefahr von Nachahmern	1	33%	Interview G
These 22	Kooperationsvorteil	1	33%	Interview J
These 23	Stakeholder-Management	1	33%	Interview J
These 25	Technologie als Enabler	1	33%	Interview G
These 26	Operationalisierung	1	33%	Interview H
These 27	Evaluation	1	33%	Interview H
These 28	Regelversorgung	1	33%	Interview H
These 14	Ähnlichkeit des Subkontraktor-Modells gegenüber dem etablierten Geschäftsmodell	1	33%	Interview H