

Welche Rolle spielt der Patient in der Telemedizin?

Eine wissenschaftliche Untersuchung

Carsten Schultz

1 Einleitung

Der Erfolg oder Misserfolg telemedizinischer Dienstleistungen lässt sich nicht allein durch die Einschätzung des medizinischen und des gesundheitsökonomischen Nutzens erklären. Vielmehr sind aufgrund der stärker werdenden Rolle der Patienten im Gesundheitssystem Dienstleistungswahrnehmungen der Patienten von immer größerer Bedeutung. Das ansteigende Bedürfnis der Patienten eine tragende Rolle innerhalb ihrer Gesundheitsversorgung zu spielen, ist nach Bruegel, (1998) auf folgende Entwicklungen zurückzuführen:

- ansteigender Trend Informationen über öffentliche Einrichtungen nachzufragen & größere Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen über das Internet und andere Medien
- wachsende Bedeutung von Managed Care Programmen, die den Einbezug und die Informierung der Patienten zum festen Inhalt haben sowie die größere Bedeutung von legislativen Initiativen, welche die Position von Patienten im Gesundheitssystem stärken.

Insbesondere komplementäre Dienstleistungen wie Telemonitoring und Homecare Anwendungen, die sich direkt an die Patienten richten, sind durch die tragende Rolle der Dienstleistungswahrnehmung gekennzeichnet. Da in ihrer Stellung gestärkte Patienten ihre individuellen Bedürfnisse offensiver durchsetzen, müssen Leistungserbringer die Effektivität der medizinischen Versorgung neu definieren und an neuen patientenorientierten Maßstäben ausrichten (Richard, 2000). Weiterhin werden derart informierte Patienten eine tragende Rolle in der Bewertung sowie in der Planung medizinischer Dienstleistungen spielen. Die langfristige Sicherstellung von Kundenzufriedenheit ist daher im Gesundheitswesen eines der zentralen strategischen Ansatzpunkte der Leistungserbringer (Gilbert et al., 1992).

Als Ausgangspunkt der Kundenzufriedenheit und damit auch des Erfolges des Anbieters gilt, dass den Patienten ein signifikanter Wert aus der Behandlung (Customer Value) entsteht (Gemünden und Schultz, 2003). Customer Value wird in der Literatur unterschiedlich definiert. Er wird von Anderson et al., (1993) als das Verhältnis des monetär bewerteten Nutzens zum gezahlten Preis verstanden. Zeithaml, (1988) erweitert den Begriff und definiert ihn als Trade off aller Nutzen und Aufwandsgrößen. Dabei wird die Kundenrelation betont und Nutzen und Aufwände auf tangible oder intangible sowie aktuelle oder symbolische Größen bezogen (Flint et al., 1997). Die Wahrnehmung des Customer Value hängt nicht von einer separaten Transaktion ab, sondern wird von der gesamten Dauer der Kundenbeziehung beeinflusst. Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die Beurteilung der medizinischen Leistung nicht nur von der Einschätzung des Patienten abhängt. Im Kontext der telemedizinischen Dienstleistungen beeinflussen finanzielle und medizinische Träger der Gesundheitsversorgung die, beispielsweise als Absatzmittler fungierenden medizinischen Partner des Anbieters und die Angehörigen des Patienten die Einschätzung der medizinischen Leistung (Schultz et al., 2004). Singh, (1990) hebt hervor, dass die Patientenzufriedenheit aus einer Kombination verschiedener Bewertungen resultiert. Er identifiziert die drei Dimensionen ärztliche, pflegerische Personal und Krankenversicherung und stellt damit ebenfalls die Interdependenzen im Gesundheitswesen heraus.

Die mit dem wahrgenommenen Wert aller Nutzen- und Aufwandsgrößen einer Austauschbeziehung verbundene positive affektive Wahrnehmung einer Zusammenarbeit zwischen Geschäftspartnern bezeichnen Anderson und Narus, (1990) als Zufriedenheit. Andere Autoren stellen die Dienstleistungsqualität in den Vordergrund (Bruhn, 2001). Die Beziehung zwischen Dienstleistungsqualität und Kundenzufriedenheit wurde in der Literatur vielfach diskutiert (Cronin und Taylor, 1994). Dabei wird für den Fall, dass unter Dienstleistungsqualität eine globale langfristige Einstellung zu einem Anbieter verstanden wird, angenommen, dass die Kundenzufriedenheit die Dienstleistungsqualität bedingt (Bolton und Drew, 1991). Für den Fall, dass Dienstleistungsqualität spezifischer auf Dienstleistungseigenschaften bezogen ist, wird ein umgekehrter Zusammenhang vermutet (Cronin und Taylor, 1992). Kleinsorge und Koenig, (1991) vertreten die Ansicht, dass im Gesundheitswesen Dienstleistungsqualität und Kundenzufriedenheit synonyme Konstrukte sind, was sich durch die häufige Verwendung des Begriffes Erfüllung von Erwartungen & Paradigmas für beide Konstrukte äußert. S. Dieser Ansatz für die Bestimmung der Dienstleistungsqualität, und für die Bestimmung der Kundenzufriedenheit verwendet. Wie Taylor und Cronin, (1994) empirisch zeigen, sind die kurzfristige Kundenzufriedenheit und die langfristige Dienstleistungsqualität im Gesundheitswesen auch hinsichtlich der Messung schwierig voneinander zu trennen. Daher wird im Folgenden auf diese Trennung verzichtet und die Wahrnehmung telemedizinischer Dienstleistungen durch den Patienten thematisiert.

In diesem Beitrag werden zunächst zentrale theoretische und empirische Arbeiten zur Wahrnehmung medizinischer Dienstleistungen diskutiert und Problemfelder der empirischen Forschung in diesem Bereich aufgezeigt. Darauf aufbauend werden die zentralen Determinanten der Wahrnehmung sowie die Wirkung der Wahrnehmung auf

erfolgskritische Gesichtspunkte des Anbieters abgeleitet. Die abgeleiteten Hypothesen erfahren anhand der Telemonitoring Dienstleistung der PHTS Telemedizin GmbH eine empirische Umsetzung. Die Ergebnisse der Studie werden präsentiert und deren Bedeutung für die Praxis aufgezeigt.

2 Dienstleistungswahrnehmung in Theorie und Forschung

2.1 Wahrnehmung medizinischer Dienstleistungen

Zahlreiche Autoren verstehen Kundenzufriedenheit in der Medizin als Einstellung, die vom Ausmaß der Erwartungserfüllung abhängt (John, 1992; Gilbert et al., 1992).

Erwartungen gelten als individuelle Standards, die als fair und gerecht empfunden werden. Erwartungshaltungen basieren auf den gewünschten Konsequenzen des Kunden, um durch die spezifische Nutzung eines Produktes ihre Zwecke und Ziele zu erfüllen (Flint et al., 1997). Werden Beziehungen nicht als fair empfunden, führen die Ungleichheiten (positive und negative) zum Überdenken des eigenen Inputs in die Beziehung (Scholl, 1981). Insofern der Patient bereits Erfahrungen mit dem Anbieter besitzt, werden die Erwartungen stark von der Zufriedenheit bei der letztmaligen Nutzung abhängen (John, 1992). Fehlen diese Erfahrungen stützen sich die Erwartungen auf Empfehlungen und Erfahrungen von Freunden, Kollegen und Verwandten (Taylor und Cronin, 1994). Diese Erwartungsbildung stellt eine Ausprägung kollektiver Lernprozesse dar. Im Sinne des Gerechtigkeits-Paradigmas, dessen Grundlage die Erwartung an eine gewisse distributive Gerechtigkeit der Austauschsituation ist, bezieht sich der kollektive Lernprozess auch auf die Netto-Nutzen anderer Kunden. Insbesondere im Gesundheitswesen sind starke Erwartungen hinsichtlich der distributiven Gerechtigkeit zu beobachten. Daher werden Zufriedenheitsurteile als Diskrepanz zwischen einem kollektivem Idealzustand und der individuellen Realität gebildet (Homburg und Rudolph, 1998). Weitere Referenzgrößen für die Erwartungsbildung sind Leistungen von Wettbewerbern sowie Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsstandards, die als Normgrößen fungieren (Schultz et al., 2004).

2.2 Defizite der bestehenden Zufriedenheitsforschung

In der Zufriedenheitsforschung des Gesundheitswesens werden oft sehr hohe Zufriedenheitswerte festgestellt (Patterson und Leach, 1987). Dazu tragen Defizite der Zufriedenheitsforschung bei. So werden Konstrukte in den Vordergrund gestellt, welche die Meinung der Leistungserbringer selbst betonen. Diese müssen jedoch nicht zwingend dieselben sein, die auch die Patienten für ihre Zufriedenheitsbeurteilung benutzen. Erhobene Zufriedenheitsurteile werden daher sehr stark von der Selbstseinschätzung der Leistungserbringer mitbestimmt. Dabei werden in der Realität von den Patienten durchaus differierende Dienstleistungseigenschaften instrumentalisiert. Während Leistungserbringer eher aufgabenorientierte Aspekte, wie die Zielerreichung und die Problemlösung betonen, heben Patienten die Fürsorge, das Engagement und die Unterstützung ihrer individuellen Bedürfnisse durch vertrauenswürdige Anbieter hervor (McNeill et al., 1987). Auch die alleinige Verwendung globaler Zufriedenheitsurteile führt im Gesundheitswesen oft zu überhöhten Zustimmungswerten, da deren Nutzung die Wahrscheinlichkeit der Beantwortung in sozial gewünschter Art und Weise erhöht (Sabourin et al., 1989). Dahingegen scheint bei der Verwendung multidimensionaler Konstrukte die Zufriedenheit zu sinken, und durch die Berücksichtigung verschiedenster Dienstleistungsaspekte die Validität der Ergebnisse zu steigen (Batavia und DeJong, 1990). Auch nimmt die Aussagekraft und praktische Relevanz der Ergebnisse zu, da sie als Ausgangspunkt zur Produktverbesserung beitragen können. Letztlich führen auch unternehmensinterne Befragungen, die im Gesundheitswesen aufgrund des engen Kontaktes zum Patienten immer mit einer beschränkten Anonymität einhergehen zu Messproblemen. So hat sich bei Studien im Gesundheitswesen gezeigt, dass die Anonymität der Befragten zu signifikant kritischeren und damit potentiell valideren Urteilen führt (McNeill et al., 1987)...

Ä

Dokumentinformationen zum Volltext-Download

Ä

Titel:

Welche Rolle spielt der Patient in der Telemedizin?

Artikel ist erschienen in:

Telemedizinführer Deutschland, Ausgabe 2005

Kontakt/Autor(en): Carsten Schultz

Seitenzahl:

11

Sonstiges

6 Tab. Dateityp/ -größe: PDF / 151 kB Click&Buy-Preis in Euro: kostenlos

Ä

Rechtlicher Hinweis:

Ein Herunterladen des Dokuments ist ausschließlich zum persönlichen Gebrauch erlaubt. Jede Art der Weiterverbreitung oder Weiterverarbeitung ist untersagt. [Hier gehts zum freien PDF Download...](#)