Moritz Erasmus Behm (Autor)

Digitale Gesundheit

Patient Experience und Physician Experience im Rahmen der digitalen Transformation im deutschen Gesundheitswesen

https://cuvillier.de/de/shop/publications/8383

Copyright:
Cuvillier Verlag, Inhaberin Annette Jentzsch-Cuvillier, Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen, Germany
Telefon: +49 (0)551 54724-0, E-Mail: info@cuvillier.de, Website: https://cuvillier.de

1 Einleitung

Die digitale Transformation erlangt zusehends mehr Bedeutung im deutschen Gesundheitswesen. Die unterschiedlichen Begrifflichkeiten im Bereich der digitalen Gesundheit – von „eHealth“ (electronic health), „mHealth“ (mobile health), „Digital Health“ bis Telemedizin, die im Kern den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Überbrückung von Raum und Zeit im Rahmen gesundheitsbezogener Aktivitäten beschreiben (vgl. Haas 2006: 3), zeigen, dass es sich um einen heterogenen Bereich mit mannigfaltigen Perspektiven handelt, der unterschiedliche Anwendungsfelder und verschiedene Nutzerinnen- und Nutzergruppen[1] betrifft. Das deutsche Gesundheitswesen sieht sich im Zuge der digitalen Transformation mit disruptiven technologischen Entwicklungssprüngen konfrontiert, die althergebrachte Prozesse und Strukturen infrage stellen (vgl. Matusiewicz & Behm 2017: 65–67).

Auch der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren eine besondere Aufmerksamkeit auf den technologischen Wandel und die zukünftigen Bedarfe an ein modernes Gesundheitssystem gelegt und im Jahr 2016 das sog. eHealth-Gesetz verabschiedet. Es umfasst u. a. die Einführung des digitalen Medikationsplans, die Vergütung telemedizinischer Arztkonsile (Austausch zwischen Ärzten zur Befundbeurteilung) und die Förderung von Videosprechstunden als Kernpunkte (vgl. BMG 2016). Im Jahr 2019 hat die Regierung das von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn viel propagierte Digitale Versorgungsgesetz (DVG) auf den Weg gebracht. Darin geht es beispielsweise um die Zulassung digitaler Gesundheitsanwendungen (Apps auf Rezept), die Bewerbung von Videosprechstunden sowie verschiedene Regelungen zur Telematik-Infrastruktur-Anbindung für alle Leistungserbringer (vgl. BMG 2020). Die übergreifende Zielsetzung bei diesen Reformen besteht in der Sicherung und Verbesserung der Behandlungsqualität innerhalb der Gesundheitsversorgung.

Allerdings stellt die Akzeptanz neuer Technologien und Prozesse im Rahmen veralteter Strukturen eine große Hürde für die digitale Transformation dar. Beispielsweise sind es Kunden im Online-Handel heute gewohnt, bei jeglichen Problemen oder Konsumwünschen umgehend eine Lösung zu finden – dies bestenfalls per Klick online und ohne großen Aufwand (vgl. Stummeyer 2020: 4–7). In diesem Zusammenhang können sich ähnliche Erwartungen an reibungslose organisatorische Aspekte sukzes-

[1] Aus Gründen der Lesbarkeit wird im weiteren Verlauf der Dissertation im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

sive auch in der Gesundheitsversorgung bei Patienten einstellen. Im Gesundheitswesen sehen sich Versicherte bzw. Patienten jedoch häufig erst einmal mit größerem Aufwand innerhalb der Leistungserbringung konfrontiert, so z. B. durch schlechte Arztterminverfügbarkeiten und längere Termintervalle (vgl. KBV 2019: 12). Auch im digitalen Sektor, mit einem modernen Smartphone als Hauptschnittstelle im Mittelpunkt, steht der digitalisierte medizinische Kontakt erst am Anfang, zumal er bis Anfang 2020 noch in Teilen Deutschlands je nach landesindividueller Musterberufsordnung der in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) und dem darin enthaltenen sog. Fernbehandlungsverbot nicht rechtens war. Interkompatible ad-hoc-Lösungen für Patienten funktionieren in großen Teilen noch nicht, lassen sich scheinbar nur schwer in etablierte Prozesse integrieren bzw. im komplexen Geflecht der unterschiedlichen Akteure aus Politik auf Landes- und Bundesebene, Wirtschaft, Gesundheitswesen und letztlich den Patienten nur undynamisch vorantreiben – weder in der ärztlichen Praxis noch im Krankenhaus oder in der Apotheke, unabhängig davon, ob es um den urbanen oder den ländlichen Raum geht (vgl. Rohleder & Reinhardt 2017: 4; vgl. Klenk & Behm 2019: 10).

Hinzu kam Anfang des Jahres 2020 die globale Ausbreitung des Coronavirus, die nach wie vor jedes Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung stellt und aufzeigt, dass einige Systeme mit einer derartigen Bedrohung nur schwierig umgehen können (vgl. De Ceukelaire & Bodini 2020: 277). Die sich im Pandemiegeschehen unmittelbar verändernden Prozessketten zum Schutz der Bevölkerung führten zu einem signifikanten Adaptionsanstieg von Technologien (vgl. Stürz et al. 2020). Ohne einen digitalisierten Patientenkontakt über das Telefon hinaus mittels dialogfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen, Videoplattformen und -telefonie war die Leistungserbringung in beispielsweise der hausärztlichen Versorgung teilweise gänzlich eingeschränkt. Viele Akteure waren von den technischen Voraussetzungen und der erforderlichen Digitalkompetenz her nicht auf die damit verbundenen Anforderungen vorbereitet. Die empirischen Erhebungen dieser Dissertation wurden ausschließlich in der Zeit vor der Corona-Pandemie durchgeführt. Die Ergebnisse können helfen grundsätzliche Herausforderungen bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens und der entsprechenden Technologieakzeptanz in diesem Bereich, insbesondere in Bezug auf das Arzt-Patienten-Verhältnis, zu verstehen. Die Pandemie hat gezeigt, dass viele Hürden der digitalen Transformation bewältigbar sind und dass Vieles, was zuvor als nicht-machtbar oder nicht-wünschenswert galt, möglich gemacht werden

kann und sich im Nachgang eine positivere Haltung gegenüber dem Neuen, entgegen vorheriger Bedenken, einstellt.

Was nun unter den Erfordernissen der Krise mit Eile und Pragmatismus eingeführt und verändert wurde, bedarf für eine nachhaltige Etablierung und Veränderung noch weitere grundsätzlichere Überlegungen, besonders im Hinblick auf die Technologieakzeptanz, das holistische Erleben von medizinischen Dienstleistungen sowohl als Patient als auch als Arzt und die zukünftigen Bedarfe an die politischen und organisationalen Rahmenbedingungen für ein modernes und digital befähigtes Gesundheitssystem.

Diese Dissertation soll dabei unterstützen, die komplexe Dynamik der digitalen Transformation des Gesundheitswesens und der einzelnen Akteure durch die unterschiedlichen Perspektiven der Physician Experience und Patient Experience besser verstehen zu können. Beispielsweise zeigt auf der einen Seite der aktuelle D21-Digital-Index, dessen Zahlen sich auf die Zeit vor der Corona-Pandemie beziehen, dass 84 % der Befragten Telearbeit, Homeoffice oder mobiles Arbeiten ablehnen (vgl. D21-Digital-Index 2020: 50). Eine weitere Studie aus dem Jahre 2015 zeigt, dass noch vor fünf Jahren über 43 % der Computersysteme in Arztpraxen nicht mit dem Internet verbunden waren, Videosprechstunden mit Patienten von 61 % der Ärzte kategorisch abgelehnt und nur bei gesetzlichen Verpflichtungen akzeptiert würden. Darüber hinaus wurden auch Video-Konsile mit Kollegen, Apotheken oder Pflegediensten von der Hälfte der befragten Ärzte als Option grundsätzlich ausgeschlossen, es sei denn es existieren gesetzliche Verpflichtungen (vgl. Obermann, Müller & Woerns 2015: 11ff.).

Auf der anderen Seite zeigt sich ein möglicher disruptiver Sprung im Hinblick auf die Technologieakzeptanz und Bereitschaft zur digitalen Adaption beispielsweise in der schnellen Entwicklung und Nutzung der Corona-Warn-App. Diese war als Initiative der Bundesregierung mit Hilfestellung industrieller Akteure wie SAP und der Deutschen Telekom in einem Zeitraum von nur wenigen Wochen entwickelt und bereitgestellt worden. Die Downloadzahlen liegen drei Monate nach Lancierung bei 18,5 Millionen (vgl. RKI 2020) und somit an der Spitze der Download Charts. Dies entspricht bei einer Anzahl von 57,7 Millionen Smartphone-Nutzern in Deutschland (vgl. Bitkom 2019) einer Diffusion von 32% binnen 12 Wochen und kann angesichts der kurzen Zeitspanne in punkto Akzeptanz, auch im internationalen Vergleich, als Erfolg ange-

sehen werden (vgl. Bitkom 2020). Im Vergleich liegen die Downloadzahlen des französischen Pendants, welches zwei Woche früher lanciert wurde bei zwei Millionen und bei der italienischen Version bei etwa vier Millionen. Eine einschlägige Wirkung und Nutzen kann die Corona-Warn-App trotz der vergleichsweise hohen Downloadzahlen allerdings bislang nur eingeschränkt entfalten, da sie bisher noch nicht flächendeckend genutzt wird und die Nutzung auf freiwilliger Basis läuft.

Auch in Bezug auf Online-Videosprechstunden zeigen jüngste Erhebungen, dass Patienten offener gegenüber etwaiger Alternativen zum physischen Arztbesuch geworden sind. Laut einer Bitkom Studie haben 85% von neuen Nutzern von Online-Videosprechstunden diese auf Grund von Angst vor einer Corona Infektion in der Arztpraxis genutzt. Bei 54% war die Schnelligkeit für ärztlichen Rat der ausschlaggebende Treiber zur Nutzung. Hinsichtlich der allgemeinen digitalen Gesundheitsangebote in Deutschland sagen 65%, dass mehr Tempo beim Ausbau gebraucht wird und weitere 60%, dass Deutschland hinter anderen Ländern bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems zurückliegt. Demnach können sich durch die externen Einflussfaktoren, wie der Corona-Pandemie, auch von denjenigen, die bislang noch keine Video-Sprechstunde genutzt haben, 45 Prozent vorstellen, künftig auch online einen Arzt zu konsultieren und dies ist somit ein Anzeichen für einen Adaptionsanstieg von digitaler Technologie im deutschen Gesundheitswesen (vgl. Bitkom 2020b).

1.1 Themenfokussierung

Generell existiert schon seit Längerem eine ganze Reihe von digitalen Lösungen in der Gesundheitsversorgung. Es können nicht erst seit der Corona-Pandemie Patienten ohne Wartezeit von einem Arzt per Smartphone behandelt sowie eRezepte, eKrankschreibungen und eÜberweisungen digital ausgestellt werden. Zahlreiche Plattformen ermöglichen die Speicherung gesundheitsbezogener und medizinischer Daten und Terminvereinbarungen mit Ärzten. Auch müssen sich keine Patienten mehr mit ergebnislosen Anfragen in Online-Suchmaschinen abmühen, sondern können mithilfe von kostenfreien, auf künstlicher Intelligenz basierenden Symptomcheckern selbstständig eine Anamnese durchführen und bei Bedarf mit der Auswertung und entsprechender Liste von Differenzialdiagnosen eine Konsultation vornehmen.

Diese Dissertation richtet den Fokus auf das Erleben und die Wahrnehmung von medizinischen Leistungen, sowohl als Empfänger als auch als Erbringer – also auf die Patient Experience und die Physician Experience. Diese Begrifflichkeit basiert auf der Anlehnung an die gebräuchlichere Customer Experience, welche bei der Untersuchung der Kundenzufriedenheit im industriellen Kontext eine immer wichtigere Rolle spielt (vgl. Goldhausen 2018). Die Wahrnehmung der medizinischen Leistungserbringung und -empfang stehen angesichts der digitalen Transformation des Gesundheitswesens vor signifikanten Veränderungen, was wiederum Auswirkungen auf die Behandlungsqualität und die Ausgestaltung der zukünftigen medizinischen Prozessketten sowie gesetzgeberischen Aktivitäten haben kann. Der medizinische Kontakt sowie die Arzt-Patienten-Beziehung werden sukzessive durch einen digitalisierten Austausch und die Ausprägung medizinischer Laienkompetenz durch digitale Gesundheitsanwendungen beeinflusst. Das Gesundheitssystem im Status quo sieht sich folglich sowohl auf organisationaler, auf ökonomischer als auch auf gesellschaftlicher Ebene mit Veränderungsprozessen konfrontiert. Da auch im Gesundheitswesen die Felder für Transformationen mannigfaltig sind, wird sich in dieser Dissertation auf die digitalen Anwendungen für die Online-Videosprechstunde (eedoctors) und auf KI basierende Symptomchecker (Ada) fokussiert.

In Bezug auf die Patient Experience werden in Anlehnung an die Customer Experience, also das Kundenerlebnis, die Kriterien erfasst, die das Erlebnis und die Zufriedenheit der Kunden bzw. hier der Patienten wiedergeben. Eine positive Customer Experience stellt heute eine grundlegende Voraussetzung für den Erfolg von Organisationen dar, ungeachtet dessen ob es sich dabei um physische oder digitale Produkte und Dienstleitungen handelt (vgl. ebd. 2018). Besonders im Gesundheitswesen wird diese Entwicklung durch die wachsende Zahl von Bewertungsportalen für Dienstleistungen im medizinischen und gesundheitswirtschaftlichen Bereich (z. B. Jameda, Weiße Liste etc.) weiter vorangetrieben (vgl. Emmert & Meszmer 2018: 851), die aus Kundensicht in der Konsumgüter- oder Technikindustrie bereits fest etabliert sind (z. B. Amazon etc.). Als Einschränkung sei jedoch angemerkt, dass natürlich die ärztliche Behandlung anders als eine Ware oder Dienstleistung aus dem Ansatz der Customer Experience komplexer und hochgradig individuell ist, weswegen die Behandlungsqualität nicht als gegeben und eindeutig vergleichbar, sondern stets als Ergebnis von Co-Produktion gesehen werden sollte.

Die Physician Experience wiederum hat bei gleichen Anwendungsbeispielen einen signifikanten Einfluss darauf, wie Ärzte ihre Tätigkeit zukünftig verstehen und ausüben werden – und wirkt so wiederum auf die Patient Experience zurück. Die Digitalisierung führt hier unweigerlich zu einer veränderten Dialogkultur zwischen dem Arzt einerseits und dem Patienten andererseits, was beide Parteien vor Herausforderungen stellt. Nicht zuletzt aufgrund der neuen Mündigkeit von Patienten mit einer zwar laienhaften, aber dennoch breiteren digital vermittelten medizinischen Kenntnis, die jedoch auch Risiken durch Fehlinterpretationen mit sich bringt (vgl. Lamas et al. 2016: 43ff.), sieht sich das Fachpersonal mit neuen Anforderungen konfrontiert. Dabei finden sich Ärzte sukzessive in einer Art Bringschuld, ihr medizinisches Sachverständnis, wie in einer immer wiederkehrenden Prüfungssituation, jedem Patienten aufs Neue beweisen zu müssen, wenn dieser eine auf laienhaftem Verständnis basierende Liste von Differenzialdiagnosen in die Sprechstunde mitbringt.

Allgemein betrachtet steht die individuelle Technologieakzeptanz der Nutzer im Vordergrund der Untersuchung, wobei Patienten und Ärzte im digitalen Kontext unterschiedliche Bedarfe an digitale Gesundheitsanwendungen haben und daher die Nutzenpotenziale neuer Technologie unterschiedlich bewerten. Angesichts der unterschiedlichen Ausprägung der digitalen Kompetenz und des Digitalisierungsgrads in weiten Teilen der Bevölkerung (vgl. D21-Digital-Index 2020: 41) spielt die Einstellungsakzeptanz eine wichtige Rolle. Sie kann in diesem Zusammenhang als Subkompetenz bezeichnet werden. Der Zugang zu externen Informationen, die einen Einfluss auf das eigene subjektive Urteil und die Veränderung bestehender Werte und Einstellungen haben, ist heute deutlich einfacher und schneller möglich, als es in analogen Zeiten der Fall war. Zugleich haben nicht alle Teile der Bevölkerung die gleichen Zugangsmöglichkeiten. Im politischen Kontext werden häufig die Chancen der digitalen Gesundheitsanwendungen besonders im ländlichen Raum unterstrichen (vgl. BMG 2020b). Gerade hier gibt es aber auch eine Reihe von Faktoren, die die Allgemeingültigkeit der Verheißungen digitaler Anwendungen in Zweifel ziehen. Zu denken ist u. a. daran, dass auf dem Land oft ein Mangel an technischer Infrastruktur und zudem eine demografische Ungleichheit bei den Nutzern beispielsweise von Smartphones auf Grund einer deutlich niedriger ausgeprägten Digitalität der Bevölkerung in entsprechenden Regionen besteht (vgl. Dähner et al. 2019: 7-8).

Abgesehen von den aktuellen gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Veränderungen zeigt allerdings auch die steigende Zahl der Nutzer von digitalen Gesundheitsanwendungen den Wandel in der Erfassung und Nutzung gesundheitsbezogener Daten. Allgemein steigt die Digitalität der Verbraucher kontinuierlich an (vgl. D21-Digital-Index 2020: 41; vgl. Reisch et al. 2016: 16; vgl. Lucht et al. 2015: 11ff.), während die medizinischen Leistungserbringer nur sehr langsam technische Neuerungen in bestehende Prozessketten implementieren und dem Nutzen z. B. von Online-Videosprechstunden und Symptomcheckern eher ambivalent gegenüberzustehen scheinen (vgl. Rohleder & Reinhardt 2017: 3). Hier müssen die Technologieakzeptanz und die Selbstregulierung und -steuerung der Patienten und Ärzte näher untersucht werden.

1.2 Forschungsfrage

Mit dieser Dissertation soll Aufschluss über die Fragen gewonnen werden, inwieweit digitale Gesundheitsanwendungen (Online-Videosprechstunde und KI-basierte Symptomchecker) bei der Verbesserung der Behandlungsqualität, der Patient Experience sowie der Physician Experience eine Rolle spielen und welche Faktoren für die Akzeptanz solcher neuen Technologien im Gesundheitswesen besonders relevant sind. Weiterhin soll beleuchtet werden, wie mögliche Handlungsempfehlungen für eine erfolgreiche Etablierung von Innovationen mit Potenzial für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung aussehen können.

Der im Titel dieser Dissertation verwendete Begriff der Patient bzw. Physician Experience findet bereits seit einigen Jahren im US-amerikanischen Raum Anwendung. Publikationen, wie C. Kennys *Transforming Health Care* (vgl. 2011: 2ff.) mit explizitem Bezug auf Strategien, wie beispielsweise Krankenhäuser die Patient Experience verbessern können, stoßen auf großes Interesse (vgl. Greaves et al. 2013; Coulter et al. 2014; Kluetz, O'Connor & Soltys 2018). In Deutschland ist der Begriff bislang wenig ausgeprägt. Ein eigener Definitionsversuch in Anlehnung an die Definition der Customer Experience beschreibt die Patient Experience als die patienteneigene Wahrnehmung des behandelnden Personals – des ärztlichen, pflegerischen und administrativen Personals – sowie sämtlicher Behandlungsprozesse, ob technisch oder methodisch, während des gesamten Behandlungszeitraumes. Analog dazu meint die Physician Experience die ärzteseitige Wahrnehmung der Leistungserbringung – vom Um-

gang mit den Patienten über administrative Aufgaben, die Allokation und die Rahmenbedingungen für die eigenen Ressourcen bis hin zur Wahrnehmung sämtlicher methodischen und technischen Schritte des Behandlungsprozesses.

1.3 Forschungsmethodik und Empirie

Die Untersuchung setzt bei der aktuellen Lage im Gesundheitssektor mit besonderem Fokus auf Innovationen an. Das erfordert eine intensive Betrachtung unterschiedlicher Technologieakzeptanzmodelle bis hin zur Dynamik der Kundenzufriedenheit und eine entsprechende Übertragung auf das Gesundheitswesen. Darüber hinaus richtet sich der Blick auf den Arzt und die neuen Bedarfe für die moderne Leistungserbringung im Kontext des „New Work"-Gedankens, also der neuartigen Gestaltung der Arbeitsbedingungen und -umfeld an die Wünsche und Bedürfnisse von Arbeitnehmern (vgl. Bergmann 2019: 3). Durch die eingehende Erörterung der oben genannten Fragestellung soll ein umfassendes Verständnis der Thematik geschaffen werden. Dabei werden die Erkenntnisse zur Behandlungsqualität, zur Patient Experience und zur Physician Experience in Bezug auf Online-Videosprechstunden und zu KI-basierten Symptomcheckern in der medizinischen Erstbehandlung berücksichtigt.

Zum einen werden für diese Dissertation qualitative Interviews mit niedergelassenen Allgemeinmedizinern und Klinikärzten durchgeführt, die einen unterschiedlichen Digitalisierungsgrad bei der Leistungserbringung und der Patientenkommunikation aufweisen. In diesen Interviews liegt der Schwerpunkt auf der Relevanz von Online-Videosprechstunden im Behandlungsprozess, der Physician Experience und dem Nutzen von KI-basierten Symptomcheckern im Praxisalltag. Zudem werden aus Sicht der Ärzte prädestinierte Indikationen für eine digitale Erstbehandlung erfasst, die einen möglichen Ansatzpunkt für Prozessinnovationen in der medizinischen Erstbehandlung liefern können.

Zum anderen sollen Gruppenexperimente mit Studiengruppen einen Vergleich zwischen Erfahrungen mit traditionellen physischen Arztkonsultationen und einer Online-Videosprechstunde aus Sicht der Studienteilnehmer ermöglichen. Die Teilnehmer mussten während des Experiments einer digitalen Live-Konsultation beiwohnen, um so die Einstellungsakzeptanz vor und nach dieser Form der Arzt-Patienten-Interaktion unmittelbar vergleichen zu können.

1.4 Aufbau der Arbeit

Im Anschluss an die Einleitung im **ersten Kapitel** bietet das **zweite Kapitel** zu Innovationen im deutschen Gesundheitssystem eingangs einen Überblick über Gesundheitsaspekte in der deutschen Bevölkerung, den demografischen Wandel und die Strukturen des Gesundheitssystems sowie dessen Entwicklung und aktuelle Trends. Die Ausführungen zeigen, dass der demographische Wandel das Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen stellt. Es folgt ein Fokus auf die Grundlagen der digitalen Anwendungen mit Begriffsbestimmungen und detaillierten Beschreibungen der Kernanwendungen der Online-Videosprechstunde und der auf künstlicher Intelligenz basierenden Symptomchecker, die für diese Dissertation eine maßgebliche Rolle spielen. Im Anschluss werden die politischen Rahmenbedingungen betrachtet, die Aufschluss über den Stand der Umsetzung der gesetzgeberischen Aktivitäten im Gesundheitswesen geben. Darüber hinaus werden erste Implikationen für die unterschiedlichen Akteure des Systems beleuchtet.

Kernaspekt des **dritten Kapitels** sind die Grundlagen von Innovationen. Das Kapitel dient als erste theoretische Basis für die unterschiedlichen Definitionen und Innovationsarten, die Dimensionen sowie die Kriterien für die Adaption von Innovationen. Besonders die Adaption ist ein wichtiger Aspekt bei der Frage nach der Technologieakzeptanz. Im Hinblick auf einen interdisziplinären Wissenstransfer zwischen verschiedenen Branchen bei der Diffusion von Innovationen (z. B. im Bereich eCommerce, eGovernment und eHealth) bedürfen die jeweiligen Unterschiede einer differenzierten Betrachtung, da das Gesundheitswesen mit Blick auf Akteurskonstellation, Patientenverhalten und Systemeigenarten eine Besonderheit darstellt und sich nicht ohne Weiteres mit anderen Bereichen vergleichen lässt.

Der Bereich der digitalen Gesundheit wird im **vierten Kapitel** näher beleuchtet. Zunächst erfolgt ein Überblick über den Wandel sowohl aus Sicht des Patienten als auch aus der Sicht des Arztes im Zuge einer zunehmend digitalisierten Umgebung. Daran schließen sich Erläuterungen zu den unterschiedlichen Erklärungsmodellen zur Akzeptanz neuer Technologien an, um eine Bewertung der Tauglichkeit einzelner Modelle für die weitere Argumentation vorzunehmen.

Im **fünften Kapitel** wird die Patient Experience näher untersucht. Zu Beginn erfolgen grundlegende Begriffsbestimmungen. Im Anschluss wird auf die unterschiedlichen Herangehensweisen zur Messung der Kundenzufriedenheit eingegangen und in diesem Zusammenhang das Patientenengagement im Rahmen der Digitalisierung im

Gesundheitswesen betrachtet. Zudem wird auf den Unterschied, die Potenziale und die Nachteile der narrativbasierten und der evidenzbasierten Medizin eingegangen. Diese stellen in der medizinischen Erstversorgung unterschiedliche Ansätze dar und es ergeben sich bei beiden durch die neuen digitalen Kontaktpunkte mit Patienten in Bezug auf Online-Videosprechstunden und KI-basierten Symptomcheckern sowohl Chancen als auch Risiken für die moderne Gesundheitsversorgung.

Das **sechste Kapitel** beleuchtet die Physician Experience. In diesem Zusammenhang wird auf die Entwicklung des „New Work“ mit Bezug auf den Arztberuf eingegangen und es werden perspektivisch die Bedarfe einer Digital-Native-tauglichen Physician Experience näher erörtert. Der digitale Arbeitsplatz stellt im Gesundheitswesen ein Novum dar. Er bringt im Kontext der Produktivität und der Work-Life Balance für Ärzte und Patienten neuartige medizinische Prozessketten mit sich, die durchaus ambivalent wahrgenommen werden können.

Die empirische Studie wird im **siebten Kapitel** beschrieben. Zuerst wird ein Überblick über das Studiendesign, die angewandten Methoden und die Besonderheiten der Datenerhebung gegeben. Das betrifft sowohl die qualitativen Interviews mit niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten zu den Potenzialen und Risiken digitaler Gesundheitsanwendungen als auch die Experimente mit Studierendengruppen zur Einstellungsakzeptanz der Nutzung von Online-Videosprechstunden nach dem Erleben einer Live-Konsultation ohne etwaige Vorerfahrungen seitens der Probanden. Das theoretische Fundament für die Auswertung der Interviews bilden zum einen die Grundlagen des Innovationsmanagements und zum anderen die unterschiedlichen Erklärungsmodelle der Technologieakzeptanz, die mit den Aussagen der befragten Ärzte abgeglichen werden. Weiterhin werden die Ergebnisse beider empirischer Untersuchungen dargestellt. Eine Reflexion des eigenen Vorgehens schließt das Kapitel ab.

Im **achten Kapitel** erfolgt die Diskussion der Ergebnisse und die Rückkopplung an den Kontext der theoretischen Grundlage. Abschließend fasst das **neunte Kapitel** die Befunde zusammen, formuliert Handlungsempfehlungen und gibt einen Ausblick auf die gesundheitspolitischen und gesetzgeberischen Bedarfe einer modernen Gesundheitsversorgung im Zuge neuartiger digitalisierter medizinischer Versorgungprozesse.