

Aus der
Urologischen Klinik und Poliklinik
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München



**Einflussfaktoren auf die Auswahl des behandelnden Arztes und auf die
Arzt-Patienten-Beziehung bei urologischen Patienten**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Leo Federico Stadelmeier

aus
München

Jahr
2025

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München

Erstes Gutachten: Prof. Dr. Alexander Buchner

Zweites Gutachten: Prof. Dr. Thomas Kolben

Drittes Gutachten: Prof. Dr. Michael Siebels

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 12.03.2025

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
1 Vorwort	8
2 Wissenschaftlicher Hintergrund	11
2.1 Urologie in Deutschland und international	11
2.2. Versicherungssysteme in Deutschland	12
2.3 Epidemiologie Urologischer Erkrankungen	14
2.4 Arztwahl und Zufriedenheit	17
2.5 Kriterien der Arztwahl	17
2.6 Vertrauen in den Behandler	19
2.7 Kognitives und affektives Vertrauen bei der Internetrecherche	20
2.8 Hygiene in der Praxis	20
2.9 Einfluss digitaler Medien	20
3 Zielsetzung	22
4 Material und Methoden	23
4.1 Patientenpopulation	23
4.2 Studiendesign	23
4.3 Statistische Auswertung	32
5 Ergebnisse	33
5.1 Interne Faktoren	34
5.1.1 Sie sind? (Geschlecht)	34
5.1.2 Wie alt sind Sie?	34
5.1.3 Haben Sie studiert?	35
5.1.4 Wie sind Sie versichert?	36
5.2 Externe Faktoren	36
5.2.1 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	38
5.2.2 Worauf achten Sie am ehesten bei der Auswahl Ihrer Ärztin/Ihres Arztes?	39
5.2.3 Von wem möchten Sie am ehesten behandelt werden?	40
5.2.4 Wie sollte eine Praxis sein?	42
5.2.5 Welche Praxisform bevorzugen Sie?	43
5.2.6 Angenommen Sie sind Patient/Patientin in einer Gemeinschaftspraxis. Möchten Sie immer von derselben Ärztin/demselben Arzt behandelt werden?	44
5.2.7 Vertrauen Sie Ihrem niedergelassenen Urologen bei der Empfehlung einer Klinik zur Weiterbehandlung?	45

5.2.8 Wen halten Sie, allein anhand des Titels, für den besten Arzt?	46
5.3 Frauen und Männer im Vergleich	47
5.4 Altersgruppen im Vergleich	52
5.5 Bildungshintergründe im Vergleich	57
5.6 Versicherungsformen im Vergleich.....	60
6 Diskussion.....	64
7 Zusammenfassung.....	74
8 Abstract	77
9 Literaturverzeichnis	79
10 Lebenslauf	84
11 Publikationsliste	85
Artikel in begutachteten Fachzeitschriften:	85
Kongressbeiträge:.....	85
12 Danksagung	87
Affidavit.....	88

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Geschlecht	24
Abbildung 2 - Alter	24
Abbildung 3 - Bildungsgrad	25
Abbildung 4 - Versicherungsmodalität	25
Abbildung 5 - Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	26
Abbildung 6 - Worauf achten Sie am ehesten bei der Auswahl Ihrer Ärztin/Ihres Arztes?	26
Abbildung 7 - Von wem möchten Sie am ehesten behandelt werden?	27
Abbildung 8 - Wie sollte eine Praxis sein?	27
Abbildung 9 - Welche Praxisform bevorzugen Sie?	28
Abbildung 10 - Angenommen, Sie sind Patient/Patientin in einer Gemeinschaftspraxis. Möchten Sie immer von derselben Ärztin/demselben Arzt behandelt werden?	28
Abbildung 11 - Angenommen, Sie werden von Ihrem niedergelassenen Urologen in eine Klinik überwiesen. Vertrauen Sie auf die Meinung Ihrer Ärztin/Ihres Arztes und lassen sich in der vorgeschlagenen Klinik operieren oder wählen Sie die Klinik selbst?	28
Abbildung 12 - Achten Sie nur auf die fett markierten Titel der unten stehenden Auflistung. Wen halten Sie, allein anhand der unten stehenden Titel, für die beste Ärztin, den besten Arzt?	29
Abbildung 13 - Anweisungen zur Durchführung	30
Abbildung 14 - Deckblatt	31
Abbildung 15 - Geschlechterverteilung	34
Abbildung 16 – Altersverteilung in Prozent	34
Abbildung 17 - Bildungshintergründe	35
Abbildung 18 – Versicherungsmodalitäten in Prozent	36
Abbildung 19 – Art der Aufmerksamkeitsgewinnung in Prozent	39
Abbildung 20 – Wichtigstes Kriterium bei der Arztwahl in Prozent	40
Abbildung 21 - Geschlechterpräferenz beim Behandler	41
Abbildung 22 - Präferenzen bei der Praxiseinrichtung	42
Abbildung 23 - Bevorzugte Praxisformen in Prozent	43
Abbildung 24 - Bindung an einen Behandler	44
Abbildung 25 - Vertrauen bei der Überweisung	45
Abbildung 26 - Kompetenzzuschreibung anhand des Titels in Prozent	46
Abbildung 27 - Altersverteilung innerhalb der Geschlechter in Prozent	47
Abbildung 28 - Anteile der Bildungsabschlüsse in Prozent	48
Abbildung 29 - Anteil der Versicherungsmodalitäten nach Geschlecht in Prozent	48
Abbildung 30 - Aufmerksamkeitsgewinnung nach Geschlecht in Prozent	49
Abbildung 31 - Wichtigste Eigenschaft des Behandlers nach Geschlecht in Prozent	50
Abbildung 32 - Geschlechtspräferenz nach Geschlecht des Patienten in Prozent	51
Abbildung 33 - Vertrauen in Überweisung nach Geschlecht in Prozent	52
Abbildung 34 - Aufmerksamkeitsgewinn nach Altersgruppe in Prozent	53
Abbildung 35 - Präferenzen nach Altersgruppen in Prozent	54
Abbildung 36 - Geschlechtspräferenz nach Altersgruppen in Prozent	56
Abbildung 37 - Versicherungsmodalitäten nach Bildungshintergrund in Prozent	57
Abbildung 38 - Präferenzen in der Praxisgestaltung nach Bildungshintergrund in Prozent	58
Abbildung 39 - Kompetenzzuschreibung nach Bildungshintergrund in Prozent	59
Abbildung 40 - Präferenzen in der Praxisgestaltung nach Versicherungsmodalität in Prozent	60
Abbildung 41 - Kompetenzzuschreibung nach Versicherungsmodalität in Prozent	61
Abbildung 42 - Präferenz bei der Praxisform nach Versicherungsmodalität in Prozent	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Interne Faktoren	33
Tabelle 2 - Externe Faktoren.....	38

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BDU	Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.
BOO	Bladder outlet obstruction
BPE	Benign prostatic enlargement
BPH	Benigne Prostatahyperplasie
BPO	Benign prostatic obstruction
BPS	Benignes Prostatasyndrom
ED	Erektile Dysfunktion
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IIEF	International Index of Erectile Function
LUTS	Lower urinary tract symptoms
MD	Medical Doctor
Mio.	Millionen
ml	Milliliter
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OP	Operation
PCD	Primary Care Doctor
PhD	Philosophiae Doctor
PKV	Private Krankenversicherung
RKI	Robert Koch Institut
STD	Sexually Transmitted Disease
UK	Vereinigtes Königreich
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
ZI	Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland

1 Vorwort

Patienten wählen im Alltag ihren Arzt nach vielen unterschiedlichen, persönlichen Kriterien aus. Gerade im urologischen Kontext ist eine stabile Arzt-Patienten-Beziehung für die Entstehung eines Vertrauens- und Behandlungsverhältnisses enorm wichtig. Dementsprechend ist es umso wichtiger, diese Auswahlkriterien zu verstehen, um den Patienten die nach Möglichkeit besten Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Behandlung zu ermöglichen. Für die Patienten mögen einerseits persönliche Empfehlungen oder altersspezifische Präferenzen ausschlaggebend sein, für den Arzt können aber auch bestimmte berufliche Qualifikationen und Ausstattungsmerkmale Grundlage für die erfolgreiche Patientenakquise sein.

Die Urologie ist das Fachgebiet der Medizin, welches sich mit Aufbau und Funktion sowie Diagnose und Behandlung von Erkrankungen und Funktionsstörungen der harnbildenden sowie harnableitenden Organe und der männlichen Geschlechtsorgane befasst [1]. Die Arzt-Patienten-Beziehung in diesem Bereich ist besonders wichtig, da sie erheblichen Einfluss auf das Ergebnis der Behandlung haben kann [2, 3]. In der urologischen Sprechstunde werden regelmäßig sensible Themen, wie beispielsweise männliche Unfruchtbarkeit, erektile Dysfunktion und Harninkontinenz behandelt, weshalb ein vertrauensvolles und offenes Verhältnis zum Patienten unerlässlich ist [4]. Dies gilt insbesondere für Menschen mit komplexen Erkrankungen wie Prostata- oder Blasenkrebs, die einen langfristigen Behandlungsplan erfordern [5, 6].

Die Bedeutung eines guten Arzt-Patienten-Verhältnisses in der Urologie wird zusätzlich dadurch unterstrichen, dass sich dieses Fachgebiet mit einer Reihe von medizinischen, psychologischen und sozialen Fragen befasst. Patienten schämen sich oft, wenn sie mit ihrem Arzt über intime Themen sprechen [4]. Deshalb ist es wichtig, dass Urologen in der Lage sind, auf ihre Patienten einzugehen und ein offenes und unterstützendes Umfeld zu schaffen. Dies erfordert ein hohes Maß an Vertrauen, das nur durch gute Kommunikation und gemeinsame Entscheidungsfindung hergestellt werden kann. Eine gute Kommunikation ist unerlässlich, um sicherzustellen, dass alle beteiligten Parteien einander verstehen und die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt werden.

Urologen sollten sich darum bemühen, eine unterstützende Atmosphäre zu schaffen, in der sich Patienten sicher fühlen, ihre Sorgen und Fragen mitzuteilen. Sie sollten auch klare und genaue Informationen über Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten sowie über ihre eigenen Qualifikationen und Erfahrungen geben können. Außerdem sollten sie bereit sein, sich die Perspektive der Patienten anzuhören und sie bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen. Diese partizipative Herangehensweise, die den Patienten bestärkt, an der Planung seiner Therapie teilzuhaben, ist ein weiterer wichtiger Faktor für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung in der Urologie. Dies bedeutet, dass der Patient in den Entscheidungsprozess einbezogen wird, wodurch seine Bedürfnisse Berücksichtigung finden können [7, 8].

Zu den Auswahlkriterien auf Patientenseite gehören berufliche Qualifikation, akademische Erfolge, aber natürlich auch menschliche Qualitäten der Ärzte sowie praktische Faktoren, wie die Lokalität der Praxis. Dass an dieser Stelle zwischen verschiedenen Patientenkollektiven unterschiedliche Mechanismen greifen, wurde bereits in mehreren Publikationen angedeutet [9-11]. Im urologischen Kontext, wo es auch bei Routine- und Vorsorgeterminen zu Untersuchungen kommt, die für viele Patienten und auch Urologen als schambehaftet empfunden werden, ist es umso wichtiger, herauszufinden, welche Modalitäten und Rahmenbedingungen bestehen müssen, damit eine respekt- und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung entstehen kann.

Auf der anderen Seite stehen die behandelnden Ärzte, die herausfinden müssen, welche Qualitäten, nebst herkömmlichen, in Zukunft für eine erfolgreiche Patientenakquise notwendig sein werden. Getrieben werden sie hierbei von digitalen Neuerungen, wie telemedizinischen Angeboten oder Bewertungsportalen im Internet [12-15].

Hierbei ist überdies zu beachten, dass der größte Teil der urologisch behandelten Patienten zur Gruppe der über 60-jährigen gehört [1]. Da der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesellschaft im Verlauf der nächsten Jahre, aufgrund des demographischen Wandels, der gestiegenen Lebenserwartung und dem Älterwerden der geburtenstarken Jahrgänge der Sechziger Jahre, steigen dürfte, wird die Anzahl urologischer Behandlungen in den kommenden Jahren voraussichtlich zunehmen [16]. Zusätzlich führen auch verbesserte Screenings

und Diagnosemöglichkeiten, die auch bei älteren Patienten durchgeführt werden, zu einer Erhöhung der Inzidenz zahlreicher Erkrankungen [17]. Der Urologie kommt hier eine besondere Rolle zu, da Erkrankungen des urologischen Kontexts hauptsächlich ältere Männer betreffen und das Prostatakarzinom die häufigste bösartige Neubildung beim Mann darstellt [18].

Trotzdem fokussierten sich bisherige Publikationen bis vor Kurzem hauptsächlich auf die Entscheidungsfindungsfertigkeiten von Ärzten, beeinflussende Faktoren und die Optimierung der klinischen Rahmenbedingungen, jedoch weniger auf die objektiven und subjektiven Kriterien, die Patienten bei der Auswahl ihres Arztes beeinflussen [19, 20].

Aus diesen Voraussetzungen ergibt sich die Notwendigkeit einer Untersuchung der ausschlaggebenden Faktoren bei der Wahl des urologischen Behandlers, um gewährleisten zu können, auch in Anbetracht der größer werdenden Nachfrage weiterhin eine qualitative Behandlung und eine respekt- und vertrauensvolle Arzt-Patienten Beziehung zu bieten.

In dieser Arbeit wird die Bedeutung einer guten Arzt-Patienten-Beziehung in der Urologie untersucht, wobei eine Reihe von Themen im Mittelpunkt stehen, darunter patientenzentrierte Versorgung, praktische Aspekte der Umsetzung sowie patientengruppenabhängige Kriterien. Darüber hinaus werden die Vorteile einer guten Arzt-Patienten-Beziehung in Bezug auf die Patientenzufriedenheit, verbesserte Ergebnisse und Kosteneinsparungen erörtert. Auch werden in dieser Arbeit die Herausforderungen untersucht, die sich bei der Entwicklung solcher Beziehungen stellen, darunter Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede und soziale Stigmatisierung. Schließlich werden verschiedene Strategien zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung in der Urologie vorgestellt, wie z. B. Ausbildung, Veränderung der Rahmenbedingungen und technologiebasierte Lösungen.

2 Wissenschaftlicher Hintergrund

2.1 Urologie in Deutschland und international

Von den im Jahr 2020 insgesamt 409.115 in Deutschland berufstätigen Ärzten, stellte die Urologie insgesamt 6.347 Fachärzte, wovon 2.793 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnahmen. Damit machte die Urologie die zwölftgrößte Fachdisziplin aus [21].

Der größte Teil der urologisch behandelten Patienten gehört zur Gruppe der über 60-jährigen Männer [1]. Da der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesellschaft im Verlauf der nächsten Jahre aufgrund des demographischen Wandels steigen dürfte, wird die Anzahl urologischer Behandlungen in den kommenden Jahren voraussichtlich zunehmen. Der Anteil der über 64-jährigen an der männlichen Gesamtbevölkerung in Deutschland stieg laut Daten des Bundesgesundheitsministeriums allein zwischen 1998 und 2017, von 12,2 % auf 18,9 % an [18]. Die Zahl der über 50 Jahre alten Männer soll sich laut derselben Publikation bis 2050 sogar verdoppeln [18].

Der genannte demographische Wandel betrifft jedoch auch die ärztliche Seite. In ihrer „Ärztestatistik zum 31.12.2022“ stellt die Bundesärztekammer demographische Daten aller in Deutschland tätigen, gemeldeten Ärzte dar. Die zunehmende Alterung der Gesellschaft betrifft auch diese Berufsgruppe, in der bereits zum genannten Stichtag mit 46 % fast die Hälfte das fünfzigste Lebensjahr überschritten hatten. 28 % der in Deutschland tätigen Fachärzte sind 60 Jahre oder älter, im niedergelassenen Bereich waren zum Stichtag sogar 41 % aller tätigen Ärzte 60 Jahre oder älter [22]. Gleichzeitig sinkt ab diesem Alter zunehmend der Grad der Erwerbstätigkeit. Der Anteil der in Teilzeit tätigen Ärzte beträgt in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen 18 % und springt bei den über 65-Jährigen auf 58 % [22]. Neben den demographischen Faktoren kommen noch weitere gesellschaftliche und geographisch-strukturelle Herausforderungen, wie zum Beispiel Landflucht und neue Arbeitsmodelle auf die Urologie in Deutschland zu, welche die Versorgungslücke in diesem Fach verschärfen werden [23, 24]. Erhebungen des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) postulieren sogar, dass die Urologie die Fachdisziplin ist, welche

den größten Zuwachs an Versorgungsbedarf erleben wird, die Autoren sprachen 2018 von einem Bedarfszuwachs von fast 20 % bis zum Jahr 2025 [25].

Die genannten Entwicklungen findet man in ähnlicher Form auch in anderen Industrienationen, wie beispielsweise den USA, wieder. Hier wurde die zunehmende Bedeutung urologischer Erkrankungen, welche auch mit erheblichen Kosten des Gesundheitssystems verbunden sind, in mehreren Publikationen beschrieben [26, 27]. Auch hier wird zeitgleich eine Überalterung der im Fachbereich tätigen Ärzte und ein relativer Mangel an Nachwuchs festgestellt, so lag, bei rückläufigen Pro-Kopf-Verhältnissen in der Versorgungsabdeckung speziell in ländlichen Regionen, das Durchschnittsalter amerikanischer Urologen im Jahr 2013 bei 52,5 Jahren [28].

2.2. Versicherungssysteme in Deutschland

Das in Deutschland vorherrschende System ist das sogenannte gesetzliche Krankenkassensystem. Der Ursprung dieses gesetzlich verankerten Versicherungssystems reicht weit zurück. Im Jahr 1883, als Teil der Sozialreformen Otto von Bismarcks, eingeführt, basierte es von Anfang an auf einem solidarischen Prinzip, welches auf zwei Grundmechanismen aufbaut. Bürger werden unabhängig ihres individuellen Gesundheitszustands aufgenommen und zahlen einen einkommensabhängigen, prozentualen Betrag an die Krankenkassen, welche die behandelnden Ärzte für ihre Arbeit entlohnen. Patienten sind in diesem System in ihrer Arztwahl weitgehend frei und suchen sich selbstständig ihren Behandler aus [29]. Das deutsche Gesundheitssystem lässt seinen Patienten eine relativ hohe Freiheit bei der Wahl ihres Behandlers, auch gesetzlich Versicherte können beinahe jeden Arzt besuchen und sind nicht durch Vorgaben ihrer Versicherer auf eine spezifische Auswahl beschränkt [29-31].

Unterschieden werden in ihren Reinformen häufig das deutsche Krankversicherungssystem, das britische, steuerfinanzierte „Beveridge-System“ und marktwirtschaftlich organisierte Gesundheitssysteme, wie es beispielsweise in den USA vorliegt, wobei heute Einflüsse aller drei Systeme in Deutschland zu finden sind [29, 30, 32, 33].

Ein Umlageverfahren, bei dem aus den eingezahlten Beiträgen die zeitgleich laufenden Gesundheitskosten gedeckt werden, bildet die finanzielle Grundlage dieses Systems. Der Beitrag zur Krankenversicherung für gesetzlich Versicherte in Deutschland beträgt 7,3 % des Jahreseinkommens und wird in selber Höhe noch einmal vom Arbeitgeber übernommen, was kombiniert einem Gesamtbetrag von 14,6 % des Einkommens entspricht [34]. Eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist in Deutschland für Angestellte bis zu einem Jahreseinkommen von 66.600 € verpflichtend [35, 36]. Diese Pflicht entfällt für Angestellte, die mehr verdienen sowie selbstständig tätige Personen, die frei wählen dürfen, ob sie der Gesetzlichen Krankenversicherung beitreten möchten, oder sich selber privat krankenversichern [35]. Der gesetzlich festgelegte, maximale Beitragssatz für freiwillig Kassenversicherte lag im Jahr 2023, ohne krankenkassenspezifische Zusatzbeiträge, bei 728,28 €, wovon der halbe Betrag durch den Arbeitgeber übernommen wird [37].

Die private Krankenversicherung folgt keinem Solidar- sondern einem Äquivalenzprinzip, bei dem die Prämienhöhe von den versicherten Leistungen sowie vom individuellen Gesundheitszustand und dem Erkrankungsrisiko abhängt, welche von den privatwirtschaftlichen Versicherungsanbietern auf Basis statistischer Modelle berechnet werden [36].

Da in Deutschland der Bildungsgrad stark mit dem Einkommen korreliert, haben Akademiker in der Regel häufiger die Möglichkeit, sich über eine private Krankenversicherung zu versichern und nicht Mitglied einer GKV zu sein [38]. Der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst eines habilitierten oder promovierten Akademikers lag im April 2022 mit 8.687 € deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt von 4.105 € [38]. In den Jahren 2020/21 waren in Deutschland nach Angaben des Branchenverbandes „Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.“ 8,7 Mio. Menschen in Deutschland vollständig privat krankenversichert, was einem Anteil von 10,6 % entsprach, weitere 28,5 Mio. Menschen hatten mindestens eine private Zusatzversicherung, sicherten sich also über einen privaten Anbieter zusätzlich zur GKV ab, zum Beispiel um Leistungen abzudecken, die nicht in der GKV enthalten waren [39, 40].

2.3 Epidemiologie Urologischer Erkrankungen

Urologische Erkrankungen betreffen zwar Patienten aller Altersgruppen und Geschlechter, jedoch unterscheiden sich die Patientenzahlen sowie die Krankheitsbilder, mit denen eine Vorstellung beim Urologen notwendig wird, zwischen den verschiedenen Jahrgängen stark. Choi et al. beobachteten über sechs Jahre eine Patientenkohorte aus dem koreanischen Militär, die sehr gut die jüngere, männliche Bevölkerung abbildete. 87.2 % der insgesamt 72.248 Untersuchten waren zwischen 18 und 30 Jahren alt. Die hier beobachteten, häufigsten Erkrankungen waren die Urolithiasis, Prostatitis, Epididymoorchitis, Urethritis und Varikozelen [41]. Es lagen also hauptsächlich Krankheiten vor, die eine infektiöse Genese aufweisen oder zumindest in Teilen einer individuellen Prädisposition geschuldet sind, dieser Umstand ändert sich im höheren Alter, wenn obstruktive Beschwerden und maligne Erkrankungen das Bild des urologischen Patienten prägen [1].

Der Bedarf für urologische Behandlungen im onkologischen Bereich wird aller Voraussicht nach weiterhin steigen. Urologische Tumorerkrankungen machen mit dem Prostata-, Harnblasen- und Nierenkarzinom drei der zehn häufigsten Krebserkrankungen beim Mann und mit dem Nierenkarzinom immerhin eine von zehn bei der Frau aus [42]. Schätzungen des Robert Koch Instituts (RKI) auf Basis der Daten des deutschen Krebsregisters zufolge, wird die Inzidenz für die meisten urologischen Tumorentitäten auch weiter steigen. Das RKI prognostiziert beispielsweise für das Prostatakarzinom nach einer Gesamtinzidenz in Deutschland von 64.250 im Jahr 2017 und 65.200 im Jahr 2018 eine Steigerung auf 70.100 im Jahr 2022. Für das Harnblasenkarzinom wird eine Steigerung der Inzidenz bei Frauen von 4.720 (2017) über 4.770 (2018) auf 5.200 (2022) prognostiziert, bei Männern sogar von 12.520 (2017) über 13.500 (2018) auf 14.600 bis zum Jahr 2022 [42].

Doch nicht nur die Inzidenz der malignen, sondern auch die der benignen Erkrankungen aus dem urologischen Spektrum wird künftig weiter steigen. So zum Beispiel die der benignen Prostatahyperplasie (BPH) und der Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), welche obstruktive und irritative Symptome umfassen, ebenso wie sexuell übertragbarer Krankheiten (STDs), deren Inzidenz nach einem

Rückgang bis zu den 2010er Jahren nun wieder steigend ist [43-45]. Bezogen auf die BPH, welche streng genommen nur das histologische Bild beschreibt, ist eine genaue Bestimmung der Inzidenz nur schwer möglich, da unter einer Vielzahl von verwendeten Begriffen verschiedene obstruktive Symptome beschrieben werden [1]. Bei der BPH, bei der sich durch eine hyperplastische Veränderung der Epithel- und Stromazellen das Organ vergrößert, steigt das Prostatavolumen von durchschnittlich 25 Millilitern (ml) im 30. bis 35. Lebensjahr auf durchschnittlich 45 ml im 70. Lebensjahr [46].

Unter dem Begriff LUTS werden international die klinischen Manifestationen irritativer und obstruktiver Miktionsstörungen des unteren Harntrakts zusammengefasst. Es werden damit sowohl Blasenspeicher- als auch Blasenentleerungsstörungen beschrieben [47, 48]. Speicherstörungen liegt häufig eine überaktive Blase („Overactive bladder“, OAB) zugrunde, die die Symptome irritativer LUTS verursacht, zum Beispiel imperativen Harndrang mit oder ohne Dranginkontinenz, Pollakisurie und Nykturie mit oder ohne Harninkontinenz [49]. Obstruktive LUTS hingegen, äußern sich symptomatisch in Form einer protrahierten Miktion, einem postmiktionellen Nachträufeln, Restharnbildung, Pressmiktion sowie Unterbrechungen beim Wasserlassen [50, 51]. Eine gutartige Prostatavergrößerung („Benign prostatic enlargement“, BPE), die zu einem erhöhten Auslasswiderstand der Blase führt („Benign prostatic obstruction“, BPO) liegt in einer Vielzahl der Fälle der Symptomatik zugrunde [48, 52]. Da viele LUTS-Patienten mit vergrößerter Prostata sowohl an irritativen als auch an obstruktiven Symptomen („Mixed LUTS“) leiden, wurde im deutschsprachigen Raum der Begriff des Benignen Prostatasyndroms (BPS), in der internationalen Literatur von LUTS secondary to benign prostate obstruction etabliert, welche das gemischte Krankheitsbild beschreiben [47, 48, 53]. Die Zahl der Männer mit BPH steigt mit zunehmendem Alter an, in einer für Deutschland repräsentativen, retrospektiven Longitudinalstudie, der „Herner LUTS/BPS-Studie“, welche im Jahr 2000 publiziert wurde, konnte folgendes Bild ermittelt werden: Von 11.674.900 untersuchten, über 50-jährigen Männern, wiesen 3,2 Millionen (Mio.) eine prostatiche Größenzunahme (Benign prostatic enlargement, BPE), definiert als Prostatavolumen >25ml auf. 1,5 Mio. Männer mit einem Prostatavolumen >40ml wiesen ein behandlungsbedürftiges LUTS auf. Im Zuge der Studie wurde bei 72 % der Probanden ein Progress des Befundes festgestellt [43]. Bei einem steigenden

Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung wird damit auch die Zahl der behandlungsbedürftigen LUTS steigen [21].

Im Falle der weiblichen Bevölkerung stellen sich im Alter häufig Beschwerden im Sinne einer Inkontinenz ein, was diese zur vorrangigen, benignen, urologischen Problematik bei Frauen des höheren Alters macht [1]. In Studien aus den Vereinigten Staaten gaben von 23.477.726 befragten Frauen über 60 Jahren, 38 % an, Probleme bei der Miktionskontrolle zu haben, ein Wert, der bei den über 85-jährigen sogar auf 41 % anstieg (n = 1.941.869) [27]. Die Beschwerden, die in Form von Stressinkontinenz, Urge-Inkontinenz, koitaler Inkontinenz und Mischformen auftreten können, haben erheblichen negativen Einfluss auf die Lebensqualität der betroffenen Frauen [54, 55]. Neben ökonomischen, sozialen und häuslichen Einschränkungen, beeinflusst die Erkrankung auch das Sexualleben erheblich und kann zu schweren psychologischen Beeinträchtigungen führen [56].

Einen besonderen Stellenwert unter den Störungen des urologischen Spektrums fällt die Erektile Dysfunktion (ED), welche durch eine hohe Prävalenz, hohe Dunkelziffer und großes „stilles Leid“ auffällt [57]. Studien gehen von einer altersabhängigen Prävalenz mindestens einer Form der ED zwischen 3 und 76,5 % aus [58], wobei die meisten Studienautoren für die über 40-jährige, männliche Bevölkerung meist einen Wert von etwa 50 % angeben [59, 60]. Obgleich sich das Problem im Alter verschlimmert, findet sich auch in der unter 40-jährigen Bevölkerung eine Prävalenz von immerhin 1-10 % [61]. Die ED geht für die Betroffenen häufig mit einer schweren psychischen Belastung einher, welche sich auch erheblich negativ auf die Partnerschaft auswirken kann [62, 63]. Zudem gilt eine in jungen Jahren einsetzende, organische ED als gesicherter kardiovaskulärer Risikofaktor [61]. Gleichwohl ist das Wissen über die Erkrankung in der breiten Bevölkerung stark limitiert und Betroffene vermeiden es, nicht nur mit ihrem Partner, sondern auch mit ihren Ärzten, darüber zu reden, wobei als Hauptgrund für dieses Verhalten Scham angegeben wird [4, 57]. Bei einer guten Arzt-Patienten-Beziehung und guter Compliance des Patienten, lassen sich hier jedoch gute Ergebnisse erzielen, eine Interventionsstudie aus Italien konnte zeigen, dass allein durch eine Lebensstiländerung bei übergewichtigen Patienten eine signifikante Verbesserung der ED, gemessen durch höhere Werte im International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5) Test, erzielt wurde [64].

2.4 Arztwahl und Zufriedenheit

Auswahl des Arztes und Zufriedenheit mit der Behandlung stehen in Verbindung. Patienten, die ihren Arzt selber wählen konnten zeigen sich gegenüber anderen Gruppen, die nicht über ihren Behandler entscheiden konnten zufriedener mit dem Ergebnis [65]. Deutschland bekleidet dabei international eine interessante, gesonderte Rolle, da Patienten verhältnismäßig frei über die Wahl ihres Arztes entscheiden dürfen, häufig ohne dabei von Vorgaben der Versicherer oder strukturell-geographischen Limitationen betroffen zu sein, während beispielsweise in den USA häufig der Krankenversicherer eine Auswahl an Ärzten vorgibt, deren Leistungen durch den Versicherungstarif gedeckt werden [66, 67]. Patienten wählen hier zu etwa gleichen Teilen ihren Versicherung danach, zu welchem Arzt sie wollen (49 %) oder ihren Arzt danach, was die Versicherung vorgibt (51 %) [66].

Dies ist unter anderem deshalb relevant, da in vergleichbaren Untersuchungen Patienten, die beispielsweise ihren behandelnden Hausarzt im Rahmen eines Disease-Management-Programms für Diabetes selber wählen konnten, im Verlauf der Therapie eine höhere Adhärenz und bessere Compliance bei der Einhaltung der regelmäßigen Screening-Intervalle zeigten [68]. Einige Autoren gehen sogar so weit, zu postulieren, dass eine auftretende Non-Compliance eher das Symptom einer schlechten Arzt-Patienten-Beziehung als ein Fehlverhalten auf Patientenseite sei [69]. Dies ist speziell bei Erkrankungen, bei denen der zeitliche Rahmen der Behandlung eine Rolle spielt bedeutend. Eine schlechte Compliance limitiert zudem auch die therapeutischen Optionen, da zum Beispiel Therapiekonzepte, welche regelmäßige Kontrollen voraussetzen nicht durchführbar sind [5, 6]. Unzufriedenheit auf Patientenseite ist hingegen mit häufigem Arztwechsel bei gleichbleibender Problematik (Doctor Shopping) und niedrigerer Compliance vergesellschaftet [70, 71].

2.5 Kriterien der Arztwahl

In Untersuchungen aus den USA bezüglich der Präferenzen von Patienten ließen sich bereits einige Tendenzen feststellen. Bornstein et al. konnten in ihrer dort

durchgeführten Studie zur Wahl des Primary Care Doctors (PCD), also des Familien- und Hausarztes zeigen, dass Eigenschaften des Arztes, die mit einer vermeintlich besseren Behandlung in Verbindung gebracht wurden, von den Patienten als am wichtigsten bewertet wurden. Hierbei wurden Patienten an drei unterschiedlichen Orten befragt, in einer Einkaufsgegend, bei Veranstaltungen einer privaten Organisation und in Arztpraxen. Dadurch konnte eine Kohorte gebildet werden, die das Patientenkollektiv des PCD repräsentativ abbildet. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass die Ausbildung des Arztes im Vordergrund steht und damit das vorrangig wichtigste Kriterium ist. Die sprachlichen Fertigkeiten, sowie das Alter, Geschlecht und der ethnisch-kulturelle Hintergrund sowohl des Arztes als auch der Patienten wurden als Einflussfaktoren bei der Wahl des Arztes als weniger wichtig identifiziert. Die Autoren versahen dieses Resultat jedoch mit der Einschränkung, dass die Geschlechtspräferenz bei der Wahl des Behandlers vermutlich bei urologischen und gynäkologischen Behandlungen stärker ausgeprägt sein dürfte als bei der Wahl des Hausarztes. Auch weitere Faktoren auf Patientenseite, wie Bildungsgrad und Art der Versicherung haben ihren Anteil daran, auf welchen Behandler die Wahl wahrscheinlicher fällt [11].

Ein weiterer wichtiger Faktor in der Wahl des PCD, welcher meist die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen darstellt, ist eine gute räumliche Erreichbarkeit und schnelle Terminvergabe. In britischen Studien zu dem Thema wurden eine gute Praktikabilität in diesen zwei Bereichen als wichtigste Faktoren bei der Wahl eines PCD genannt [31, 72]. Entsprechend schlecht fallen in durchgeführten Untersuchungen die Bewertungen von Praxen aus, deren Wartezeiten für zu lang empfunden wurden, was in der Folge häufig mit einem Wechsel des PCD verbunden war [73].

Als weiterer wichtiger Faktor konnten in Studien Empfehlungen von Freunden und Bekannten identifiziert werden [74]. Schwangere Frauen, die in der Wahl ihres Behandlers in der Schwangerschaftsvorsorge durch Vorgaben der Versicherungen limitiert waren und weniger Ratschläge aus dem Bekannten- und Freundeskreis annehmen konnten, zeigten sich hier mit der Wahl des Behandlers weniger zufrieden, wobei auch hier die Expertise des Behandlers als mit Abstand wichtigstes Kriterium genannt wurde [74].

2.6 Vertrauen in den Behandler

Mehrere Studien konnten zeigen, dass Vertrauen ein sehr wichtiger Faktor in der Wahl und Beibehaltung eines Arztes ist [9, 10, 75]. Patienten gaben an, es vorzuziehen, keine gesonderten Recherchen über die Qualität ihres Arztes zu betreiben, sondern zu vertrauen und anders als im reinen Konsumentenmarkt, nicht aktiv zu vergleichen und Alternativen zu suchen [75]. Auch kulturelle Einflüsse und sprachliche Barrieren beeinflussen die Wahl des Behandlers. Lateinamerikanische Frauen in den USA zeigten sich zufriedener mit ihrer onkologischen Behandlung, wenn sie ein hohes Maß an Vertrauen in ihren Behandler und ein hohes Maß an Partizipation in der Therapieentscheidung erlebten [9].

Südasiatische (Indien, Bangladesch, Pakistan) Patienten und solche mit Wurzeln in diesen Ländern, die im Vereinigten Königreich (UK) leben, gaben an, eine bessere Behandlung bei ihrem PCD zu genießen, wenn in der besuchten Praxis ihre Muttersprache gesprochen wurde [10]. Zusätzlich vermuten die Autoren, dass auch die Fähigkeit der betreffenden Ärzte, welche meist selber einen familiären Hintergrund im südasiatischen Raum haben, auf kulturelle Gepflogenheiten und Bedürfnisse der Patienten einzugehen, stärker ausgeprägt war [10]. Keine Unterschiede gab es zwischen Weißen und Angehörigen ethnischer Minderheiten bei der Gewichtung des ethno-kulturellen Hintergrunds ihres Behandlers, ebenso wenig unterschieden sich Frauen und Männer in der Gewichtung der Wichtigkeit des Geschlechts ihres behandelnden PCD [10].

Andererseits scheint es anderen Orts keinen Unterschied in der Patientenzufriedenheit zwischen Gruppen unterschiedlicher kultureller Hintergründe zu geben. Eine Studie des Universitätsspitals Lausanne, welche in einer Poliklinik des Hauses die Zufriedenheit ihrer Patienten unter Berücksichtigung des kulturellen Hintergrundes untersuchte, konnte keinen signifikanten Einfluss des ethnokulturellen Hintergrunds auf die Behandlungszufriedenheit feststellen [76]. Dieselbe Forschungsgruppe stellte 2004 auch einen Zusammenhang zwischen dem soziökonomischen Status und der Wahl der Praxis her, demzufolge sozial schwächere Patienten die Polikliniken

eines Universitätsspitals bevorzugen, während finanziell bessergestellte Patienten private Praxen präferieren [77].

2.7 Kognitives und affektives Vertrauen bei der Internetrecherche

Vertrauensbildung auf Basis des Internetauftritts spielt neben der Behandlungserfahrung des Patienten eine der wichtigsten Rollen bei der Auswahl des behandelnden Arztes durch Patienten im Kontext einer Suche im Internet. In einer chinesischen Studie zu dem Thema wurden die Daten einer chinesischen Ärztesuchplattform analysiert [78]. Aus Bewegungsdaten der verfolgten Augenbewegungen, sowie den Daten einer Umfrage wurden zwei große Einflussfaktoren bei der Arztwahl abgegrenzt. Das kognitive Vertrauen, das aus rationalisierbaren Gründen und Eigenschaften, wie dem Lebenslauf, der fachlichen Qualifikation etc. gebildet wird, sowie das affektive Vertrauen, das intuitiveren Ursprung hat. Letzteres wurde durch ansprechende Bilder der Ärzte gebildet. Die affektive Komponente, die das Vertrauen schaffte, konnte als Schlüsselfaktor identifiziert und in ihrer leicht stärkeren Wichtigkeit gegenüber den als kognitiv wahrgenommenen Faktoren bestätigt werden [78].

2.8 Hygiene in der Praxis

In Bezug auf die Lokalitäten der Versorgung konnte gezeigt werden, dass für Patienten die Reinlichkeit und Hygiene in der Poliklinik des Krankenhauses, in dem sie behandelt werden sollten, die absolut höchste Priorität hatten. Die Sauberkeit wurde sogar vor dem fachlichen Renommee der Klinik als das wichtigste Kriterium genannt [79].

2.9 Einfluss digitaler Medien

Digitale Errungenschaften, technologische Neuerungen und soziale Medien haben durch die erhöhte Vernetzung und die größere Breite der Informationen dazu geführt, dass Ärzte sich einer Erwartungshaltung von Patientenseite

gegenübersehen, eine Präsenz in den sozialen Medien aufrechtzuerhalten und dort zu informieren und erreichbar zu sein [13]. Diese Entwicklung, die bereits seit den Anfangszeiten der sozialen Medien begann, wurde nun durch die globale COVID-19 Pandemie katalysiert und führt dazu, dass Patienten auch telemedizinische Konzepte oder Gesundheitsdienstleistungen über soziale Netzwerke erwarten. Dies betrifft vor allem Problem- und Fragestellungen, die sensibel, schambehaftet oder mit einem sozialen Stigma verbunden sind, wie zum Beispiel der Tod naher Verwandter an Krankheiten mit zum Teil genetischer Komponente oder Unfruchtbarkeit. Hier wird deutlich, dass telemedizinische Produkte aus vielen Gründen in Anspruch genommen werden, da sie Patienten mehrere Vorteile bieten. Einerseits besteht der Vorzug einer schnellen Versorgung, die nicht mit dem mitunter weiten Weg zum Arzt verbunden ist. Andererseits bietet die digitale Oberfläche auch eine gewisse Distanz, welche helfen kann, das Thematisieren sensibler Probleme zu erleichtern [14]. Nichtsdestoweniger konnten Untersuchungen auch zeigen, dass außerhalb von Notfallsituationen das persönliche Gespräch von der Mehrheit der Patienten bevorzugt wurde. Lediglich bei akuten Notfällen, wurde dem Telefonat sowie dem Videoanruf eine ähnlich hohe Akzeptanz entgegengebracht, da den Patienten hier die zeitliche Dringlichkeit gegenüber der persönlichen Verbindung Vorrang hatte [12]. In der tatsächlichen Nutzung dieser digitalen Gesundheitsangebote besteht jedoch ein erheblicher Unterschied in den verschiedenen Altersgruppen, im Vergleich von Personen unter 65 Jahren und ab 65, zeigte sich, dass sowohl in der Benutzung von Smartphones und Computern , als auch spezifischer in der Verwendung von Apps, die einen gesundheitlichen Nutzen haben sollen, jüngere Kohorten aktiver waren [80].

3 Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Faktoren zu erforschen, die sich im Allgemeinen oder für spezifische Patientengruppen positiv auf die Arzt-Patienten-Beziehung auswirken und das Vertrauen in den Arzt oder die Ärztin stärken. Insbesondere soll geklärt werden, ob sich verschiedene Kollektive empirisch hinsichtlich ihrer Präferenzen und Prioritäten unterscheiden und, ob diese erfassbar und auswertbar sind. Es wird erwartet, gerade auf Basis von Geschlecht, Altersgruppe und Bildungsgrad erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Auswahl des Arztes sowie die Ansprüche an den Arzt zu finden. Die Nutzung unterschiedlicher Medien zur Arztsuche sowie geografische Faktoren könnten zwischen den Altersgruppen differieren. Eine weitere Frage, die beantwortet werden soll, ist, ob verschiedene Bildungsgrade und der Versicherungsstatus Auswirkungen auf die Wahl des Urologen haben. Ebenso, ob privat versicherte Patienten, die dem Kollektiv der gutverdienenden oder selbstständig tätigen Bevölkerung entsprechen, andere Erwartungen und Ansprüche haben, als die aus Angestelltenverhältnissen stammenden Kassenpatienten. Nach wie vor prägen stereotype Geschlechterrollen die Erwartungen, die an gewisse Patientenkollektive geknüpft sind. Daher ist eines der Ziele dieser Arbeit, festzustellen, ob weibliche Patienten bei der Wahl ihres Behandlers tatsächlich im Vergleich zu Männern mehr Empathie oder andere „soft skills“ erwarten. Ein weiteres Ziel der vorliegenden Arbeit, war es, herauszufinden, welche Rolle akademische Titel bei der Arztwahl spielen.

4 Material und Methoden

Für die Durchführung unserer Studie wurde ein Fragebogen angefertigt, der mit zwölf geschlossenen Fragen den Patienten kategorisiert und auf die erwarteten, wichtigsten Kriterien bei der Auswahl des Urologen eingeht. Durch die Beantwortung der Fragen beschrieben die Patienten ihre Präferenzen und Ansprüche an den Urologen.

Es bestand keine Beratungspflicht durch die Ethikkommission, da die Untersuchungen anhand von irreversibel anonymisierten Datensätzen durchgeführt werden sollten, sprich, dass auch den Bearbeitern kein Rückschluss auf personenbezogene Daten der Probanden möglich war. Die Studie, wurde als deskriptive Querschnittsstudie angelegt [81].

4.1 Patientenpopulation

In der Poliklinik unserer Abteilung wurde den Patienten die Möglichkeit gegeben, freiwillig an unserer Umfrage teilzunehmen. Wir wählten dadurch gezielt Patienten aus, die zum Zeitpunkt der Befragung in unserer Einrichtung behandelt wurden, da sie bereits einen Urologen gewählt hatten und daher von größtem Interesse für unsere Untersuchungen waren. Zusätzlich konnten wir dadurch die größtmögliche Bandbreite an Patienten und Behandlungsgründen erreichen. Diese Vorgehensweise ermöglichte es uns, ein echtes „Random Sampling“ der Patientenkohorte durchzuführen, ohne dabei eine Patientengruppe aus der Befragung auszuschließen [81].

4.2 Studiendesign

Um für eine große Patientenkohorte Daten über deren Auswahlkriterien für einen Urologen zu sammeln, entwickelten wir einen Fragebogen mit zwölf verschiedenen Fragen. Die Items wurden als geschlossene Fragen mit vorcodierten Multiple-Choice Antwortmöglichkeiten konzipiert, da wir die gängigsten Antworten für die meisten Fragen antizipieren und so auf eine offene Fragestellung verzichten

konnten [81]. Die Fragen waren nach Themen gegliedert. Die ersten vier Fragen bezogen sich auf die internen Faktoren des Patienten, also auf die eigenen Charakteristika des Teilnehmers (Geschlecht, Alter, Bildungsstand und Versicherungsmodalität). Die folgenden Fragen drehten sich darum, nach welchen äußeren Aspekten die Patienten ihren Urologen auswählten, also um externe Faktoren. Wir vermieden es, mehrere Teilaspekte in einer einzelnen Frage zu nennen, da dies die Beantwortbarkeit erschwert hätte [81].

1. Sie sind

Bitte wählen Sie nur eine(!) Antwortmöglichkeit aus (☒)

☐ ein Mann

☐ eine Frau

Abbildung 1 - Geschlecht

Die erste Frage definierte das Geschlecht des befragten Patienten. Auf die Frage: „Sie sind?“, wurden die zwei Antwortmöglichkeiten „Ein Mann“, und „Eine Frau“ geboten (Abb. 1).

2. Wie alt sind Sie?

Bitte wählen Sie nur eine(!) Antwortmöglichkeit aus (☒)

☐ unter 20

☐ 20 – 40

☐ 41 – 60

☐ 61 – 80

☐ über 80

Abbildung 2 - Alter

Als zweites wurde das Alter der Befragten erfasst, indem man auf die Frage: „Wie alt sind Sie?“, in eine von fünf Altersgruppen eingeordnet wurde (Abb. 2). Diese waren vier Gruppen, die in Schritten von zwanzig Jahren bis 80 Jahren gingen und einer Gruppe für die über achtzigjährigen Patienten.

3. Haben Sie studiert?

Bitte wählen Sie nur eine(!) Antwortmöglichkeit aus (☒)

- ☐ ja
- ☐ nein

Abbildung 3 - Bildungsgrad

Folgend wurde der Bildungsgrad erfasst, indem die Patienten gefragt wurden, welches ihr höchster, erzielter Bildungsabschluss sei, die Auswahlmöglichkeiten waren hier: „Keine Schulbildung“, „Volks-/Grundschule“, „Hauptschule“, „Realschule/mittlere Reife“, „Gymnasium/Abitur“, „Studium“, „Promotion“ und „Habilitation“ (Abb. 3).

4. Wie sind Sie versichert?

Bitte wählen Sie nur eine(!) Antwortmöglichkeit aus (☒)

- ☐ gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
- ☐ private Krankenversicherung (PKV)
- ☐ selbstzahlend
- ☐ privat Zusatzversichert

Abbildung 4 - Versicherungsmodalität

Als letzte Frage im Rahmen der Patientenkategorisierung wurde die Versicherungsart abgefragt, hier wurden vier Auswahlmöglichkeiten geboten: „gesetzliche Krankenversicherung (GKV)“, „private Krankenversicherung (PKV)“, „Selbstzahler“ und „private Zusatzversicherung“ (Abb. 4).

Die befragten Patienten beantworteten im Folgenden acht weitere Fragen, die den Entscheidungsprozess bei der Arztwahl wiedergeben sollten.

5. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bitte wählen Sie nur eine(!) Antwortmöglichkeit aus (☒)

- ☐ Überweisung / Arzt
- ☐ Familie
- ☐ Freunde
- ☐ Presse
- ☐ Internet
- ☐ Telefonbuch
- ☐ Fernsehen
- ☐ sonstige

Abbildung 5 - Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Es wurden in dieser Reihenfolge folgende Fragen gestellt. „Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?“ Hier wurde abgefragt, ob sich die Patienten auf Empfehlung ihres niedergelassenen Hausarztes oder Urologen, auf Anraten von Familie, Freunden, durch Pressemedien, das Telefonbuch oder das Fernsehen beziehungsweise durch Internetbewertungen für das Klinikum Großhadern als Behandlungsort entschieden hatten (Abb. 5). Traf keine der vorgenannten Optionen zu, konnte dies durch ankreuzen eines Feldes mit der Aufschrift „Sonstiges“, zum Ausdruck gebracht werden.

6. Worauf achten Sie am Ehesten bei der Auswahl Ihrer Ärztin / Ihres Arztes?

Bitte wählen Sie nur eine(!) Antwortmöglichkeit aus (☒)

- ☐ berufliche Qualifikation (Facharzt)
- ☐ Dokortitel (Dr. med.)
- ☐ Werdegang (Lebenslauf)
- ☐ Internetbewertungen
- ☐ Ausstattung der Praxisräume
- ☐ Lage
- ☐ Anbindung an eine Klinik
- ☐ Empathie des Arztes
- ☐ Empfehlung durch Bekannte/Freunde
- ☐ äußerliche Erscheinung

Abbildung 6 - Worauf achten Sie am ehesten bei der Auswahl Ihrer Ärztin/Ihres Arztes?

Die folgende Frage hatte zum Ziel, zu erfassen, welche generalisierte Eigenschaft bei der Arztwahl durch den Patienten als die subjektiv wichtigste eingestuft wurde

(Abb. 6). Zur Auswahl standen hier die Optionen: „berufliche Qualifikation (Facharzt)“, „Dokortitel (Dr. med.)“, „Werdegang (Lebenslauf)“, „Internetbewertungen“, „Ausstattung der Praxisräume“, „Lage“, „Anbindung an eine Klinik“, „Empathie des Arztes“, „Empfehlung durch Bekannte/Freunde“ und „Äußerliche Erscheinung“.

7. Von wem möchten Sie am Ehesten behandelt werden?

Bitte wählen Sie nur eine(!) Antwortmöglichkeit aus (☒)

- ☐ Arzt
- ☐ Ärztin
- ☐ egal

Abbildung 7 - Von wem möchten Sie am ehesten behandelt werden?

In der nächsten Frage, wurde erhoben, ob Präferenzen beziehungsweise Ansprüche bezüglich des Geschlechts des Behandlers bestehen (Abb. 7). Hier gab es drei Antwortmöglichkeiten: „Arzt“, „Ärztin“ und „Egal“, wodurch erkennbar gemacht werden konnte, keine Präferenzen hinsichtlich des Geschlechts des Behandlers zu haben.

8. Wie sollte eine Praxis sein?

Bitte wählen Sie nur eine(!) Antwortmöglichkeit aus (☒)

- ☐ modern / chic
- ☐ familiär / gemütlich
- ☐ egal

Abbildung 8 - Wie sollte eine Praxis sein?

Bei der Folgefrage: „Wie sollte eine Praxis sein?“, konnten die befragten Patienten sich zwischen den Auswahlmöglichkeiten: „modern/chic“, „familiär/gemütlich“ und „egal“ entscheiden (Abb. 8). Diese Frage zielte darauf ab, die Präferenzen der Patienten hinsichtlich der Einrichtung der Praxis bei der Behandlung zu erheben.

9. Welche Praxisform bevorzugen Sie?

Bitte wählen Sie **nur eine(!)** Antwortmöglichkeit aus (☒)

- ☐ Gemeinschaftspraxis
- ☐ Einzelpraxis
- ☐ Ärztezentrum (MVZ)
- ☐ Krankenhaus (Poliklinik)
- ☐ egal

Abbildung 9 - Welche Praxisform bevorzugen Sie?

Die folgende Frage erhob, welche Praxisform die zur Behandlung bevorzugte sei, die Befragten hatten hier die Wahl, zwischen der „Gemeinschaftspraxis“, der „Einzelpraxis“, dem „Ärztezentrum (MVZ)“, dem „Krankenhaus (Poliklinik)“ und der Auswahlmöglichkeit „egal“ (Abb. 9).

10. Angenommen Sie sind Patient/Patientin in einer Gemeinschaftspraxis.

Möchten Sie immer von derselben Ärztin / demselben Arzt behandelt werden?

Bitte wählen Sie **nur eine(!)** Antwortmöglichkeit aus (☒)

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ egal

Abbildung 10 - Angenommen, Sie sind Patient/Patientin in einer Gemeinschaftspraxis. Möchten Sie immer von derselben Ärztin/demselben Arzt behandelt werden?

Als nächstes sollten die Patienten angeben, ob eine ambulante Behandlung durch stets dieselben Behandler gewünscht sei (Abb. 10). Auf die Frage: „Angenommen, Sie sind Patient/Patientin in einer Gemeinschaftspraxis. Möchten Sie immer von derselben Ärztin/demselben Arzt behandelt werden?“, enthielt der Fragebogen wieder die Antwortmöglichkeiten „ja“, „nein“ und „egal“.

11. Angenommen Sie werden von Ihrem niedergelassenen Urologen in eine Klinik überwiesen. Vertrauen Sie auf die Meinung Ihrer Ärztin / Ihres Arztes und lassen sich in der vorgeschlagenen Klinik operieren oder wählen Sie die Klinik selbst?

Bitte wählen Sie **nur eine(!)** Antwortmöglichkeit aus (☒)

- ☐ Ich wähle die Klinik selbst
- ☐ Ich vertraue auf meine/n überweisende/n Ärztin / Arzt

Abbildung 11 - Angenommen, Sie werden von Ihrem niedergelassenen Urologen in eine Klinik überwiesen. Vertrauen Sie auf die Meinung Ihrer Ärztin/Ihres Arztes und lassen sich in der vorgeschlagenen Klinik operieren oder wählen Sie die Klinik selbst?

Die darauffolgende Frage widmete sich der Fragestellung, ob bei anfallenden stationären Behandlungen dem Rat des niedergelassenen Behandlers bezüglich der Klinik gefolgt werden würde, oder ob eine eigene Auswahl getroffen wird (Abb. 11). Die Frage „Angenommen, Sie werden von Ihrem niedergelassenen Urologen in eine Klinik überwiesen. Vertrauen Sie auf die Meinung Ihrer Ärztin/Ihres Arztes und lassen sich in der vorgeschlagenen Klinik operieren oder wählen Sie die Klinik selbst?“, bot die zwei Antwortmöglichkeiten: „Ich wähle die Klinik selber“ und „Ich vertraue auf meine/n überweisende/n Ärztin/Arzt“.

12. Achten Sie nur auf die fett markierten Titel der unten stehenden Auflistung. Wen halten Sie, allein anhand der unten stehenden Titel, für die beste Ärztin / den besten Arzt?

Bitte wählen Sie nur eine(!) Antwortmöglichkeit aus (☒)

- ☐ M. Mustername (**kein Titel**)
- ☐ **Dr. med.** M. Mustername
- ☐ M. Mustername, **MD**
- ☐ M. Mustername, **MD, PhD**
- ☐ **Dr. med. univ.** M. Mustername
- ☐ **Priv. Doz. Dr. med.** M. Mustername
- ☐ **Prof. Dr. med.** M. Mustername
- ☐ **Prof. Dr. med. Dr. h.c.** M. Mustername
- ☐ **Prof. h.c. Dr. med.** M. Mustername

Abbildung 12 - Achten Sie nur auf die fett markierten Titel der unten stehenden Auflistung. Wen halten Sie, allein anhand der unten stehenden Titel, für die beste Ärztin, den besten Arzt?

Durch die letzte Frage sollte erhoben werden, nach welchen Kriterien Patienten die fachliche Qualität des Behandlers abschätzen. Da die objektive Qualifikation der Ärzte nur schwer einschätzbar ist, baten wir unsere Teilnehmer anzukreuzen, welchem akademischen Grad sie, ohne weitere Informationen zum Urologen, die meiste Kompetenz zuschreiben würden (Abb. 12). Dazu sollten die befragten Patienten die Frage „Achten Sie nur auf die fett markierten Titel der unten stehenden Auflistung. Wen halten Sie, allein anhand der unten stehenden Titel, für die beste Ärztin, den besten Arzt?“, mit einer der Möglichkeiten: „M. Mustername (kein Titel)“, „Dr. med. M. Mustername“, „M. Mustername, MD“ (das amerikanische Berufsdoktorat), „M. Mustername, MD, PhD“ (der internationale Dokortitel „PhD“, der mehrere Jahre Forschung voraussetzt), „Dr. med. univ. M. Mustername“, „Priv. Doz. Dr. med. M. Mustername“, „Prof. Dr. med. M. Mustername“, „Prof. Dr. med.

Dr. h.c. M. Mustername“ oder „Prof. h.c. Dr. med. M. Mustername“ beantworten [82].

Wir bitten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Bitte wählen Sie jeweils **nur einen(!)** zutreffenden Punkt aus (☒).

Abbildung 13 - Anweisungen zur Durchführung

Um Verzerrungen zu minimieren und den Einfluss der Anwesenheit des Arztes zu verringern, wurden die Fragen direkt formuliert und der Fragebogen zu Beginn jeder Seite mit einer einfach verständlichen, schriftlichen Anweisung zur Durchführung der Umfrage versehen (Abb. 13). Pro Item sollte nur eine Option durch Ankreuzen der entsprechenden Antwort ausgewählt werden. Wir überarbeiteten den Fragebogen nach der Datenerhebung in einer Pilotstudie mit 78 Patienten. Item 3 über den Bildungsstand der Patienten musste aufgrund einer zu hohen Ungenauigkeit bei der Angabe verschiedener Schulformen umformuliert werden und erfasste nun den Bildungsgrad, indem die Patienten lediglich gefragt wurden, ob sie studiert hatten. Diese Frage konnte mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Zudem wurden die Anweisungen für die Beantwortung jedes Items nicht mehr nur am oberen Rand jeder Seite notiert, sondern jedem einzelnen Item beigelegt.



Klinikum der Universität München • Urologische Klinik und Poliklinik • Marchionnistr. 15 • 81337 München

Umfrage zur Auswahl des behandelnden Arztes

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie kommen aufgrund eines urologischen Problems zu uns in Behandlung. Einige von Ihnen mögen durch die Empfehlung eines Zuweisers, Freundes oder Bekannten oder aber durch Eigeninitiative auf uns aufmerksam geworden sein.

Im Interesse aller Patienten arbeiten wir ständig daran, den hohen medizinischen Standard in unserer Klinik weiter zu verbessern. Aus diesem Grund ist für uns die Art und Weise, wie Sie als Patient Ihren behandelnden Arzt auswählen von großem Interesse. Wir bitten Sie daher, sich etwas Zeit für die Beantwortung des beiliegenden Fragebogens zu nehmen.

Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Es werden keine personenbezogenen Daten weitergegeben. **Ihre Teilnahme ist freiwillig. Soweit Sie sich nicht beteiligen möchten oder Ihre Zustimmung später mündlich und/oder schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen möchten, erwachsen Ihnen daraus keine Nachteile.**

Für Ihre Mithilfe durch die Beantwortung der Fragen bedanken wir uns jetzt schon herzlich bei Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen

Jan-Niclas Mumm
Assistenzarzt der Klinik

Alexander J. Tamalunas
Urologische Forschung

Prof. Dr. med. C. Stief
Direktor der Klinik

Abbildung 14 - Deckblatt

Die Teilnehmer erhielten mit dem Fragebogen ein Deckblatt mit einem Anschreiben, das den Befragten zur Teilnahme an der Studie ermutigen sollte und außerdem Informationen über die Organisation, die die Umfrage durchführt, und die Kontaktdaten der projektverantwortlichen Forscher bereitstellte (Abb. 14). Die

Zufallsstichprobe wurde in unserer Einrichtung mehrfach von November 2018 bis Februar 2020 durchgeführt. Den Patienten wurde bei ihrem Besuch ein Fragebogen ausgehändigt. Im Verlauf wurden insgesamt 1.100 Fragebögen ausgeteilt und 1.002 ausgefüllte Fragebögen eingesammelt. Alle Daten wurden anonym erhoben und können nachträglich keinen Personen zugeordnet werden, die an unserer Umfrage teilgenommen haben. Die ausgefüllten Fragebögen konnten jederzeit anonym in einem verschlossenen Behälter abgegeben werden [81].

4.3 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit der Software SPSS V26.0 (SPSS Statistics, Version 26.0.; IBM, Armonk, NY, USA) durchgeführt. Ergebnisse wurden als Prozentsätze für kategoriale Variablen angegeben und auf eine Nachkommastelle gerundet. Zur Signifikanztestung verwendeten wir den χ^2 Test für bikategoriale Variablen sowie Fisher's exakten Test für kategoriale Variablen mit mehr als zwei Möglichkeiten und den t-Test sowie Mann-Whitney-U Test für kontinuierliche Variablen. Alle angegebenen p-Werte waren 2-seitig und galten als statistisch signifikant, wenn $p < 0,05$.

5 Ergebnisse

Insgesamt wurden 1.002 Fragebögen ausgewertet. Wir konnten hierbei eine Rücklaufquote von 91,1 % (1.002/1.100) verzeichnen. Kein Fragebogen musste aufgrund einer niedrigen Antwortquote verworfen werden, welche wir vorab als solche definiert hatten, bei denen die Teilnehmer weniger als die Hälfte der Fragen beantwortet hätten.

Tabelle 1 enthält eine Aufschlüsselung der Merkmale unserer Stichprobe, die zur Selbstauskunft gehören, also die individuellen, internen Faktoren, die den Patienten definieren. Die Patienten gehörten verschiedenen Altersgruppen und Geschlechtern an, hatten unterschiedliche Bildungshintergründe und eine Vielzahl von Versicherungsmodalitäten.

Tabelle 1 – Interne Faktoren (n = 1002)

Sie sind? (Geschlecht) (n = 996)	
Ein Mann	81,8 %
Eine Frau	18,2 %
Wie alt sind Sie? (n = 1000)	
Unter 20	0,6 %
20 - 40	8,3 %
41 - 60	27,1 %
61 - 80	55,6 %
Über 80	8,4 %
Haben Sie studiert? (n = 997)	
Ja	41,5 %
Nein	58,5 %
Wie sind Sie versichert? (n = 991)	
Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	69,3 %
Private Krankenversicherung (PKV)	22,3 %
Selbstzahler	1,2 %
Privat zusatzversichert	7,2 %

Tabelle 1 - Interne Faktoren

5.1 Interne Faktoren

5.1.1 Sie sind? (Geschlecht)



Abbildung 15 - Geschlechterverteilung

815 (81,8 %) der befragten Personen unserer Studienkohorte (n = 996) waren männlich, 181 (18,2 %) der Befragten waren weiblich.

5.1.2 Wie alt sind Sie?

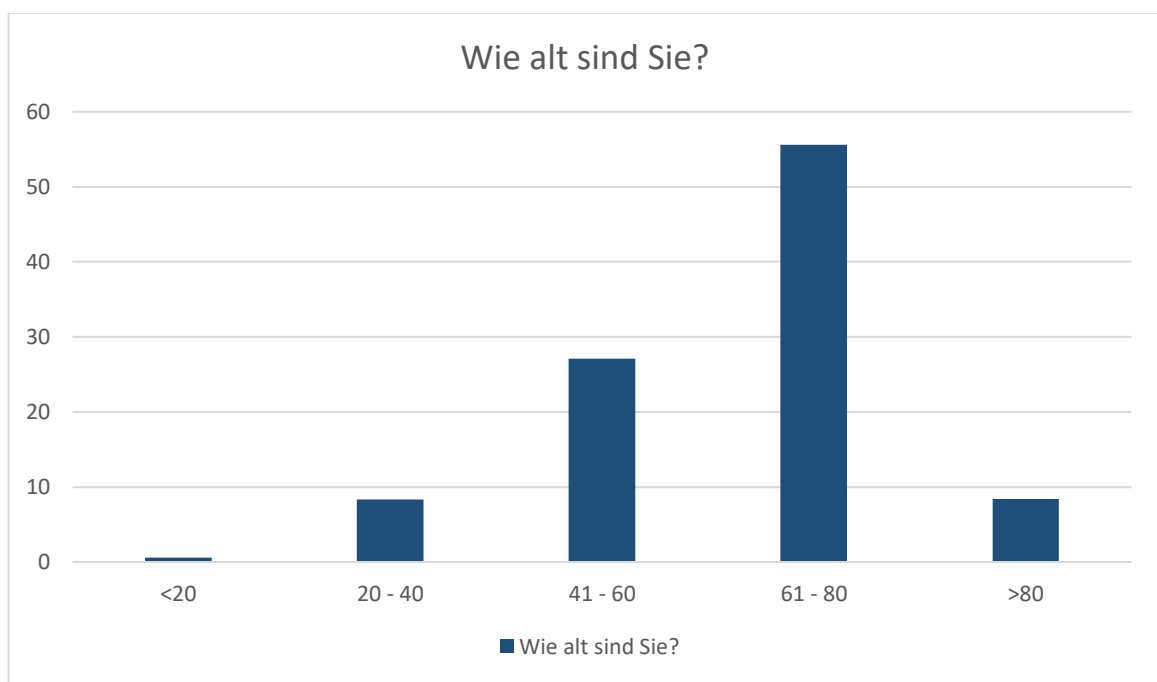


Abbildung 16 – Altersverteilung in Prozent

Wir beobachteten den höchsten Anteil der Patienten, 55,6 %, in der Altersgruppe der 61- bis 80-Jährigen, während die anderen Altersgruppen weit weniger Teilnehmer aufwiesen. Die zweitgrößte Altersgruppe der 41- bis 60-jährigen stellte 27,1 % der Kohorte, 8,4 % der Studienteilnehmer waren über 80 Jahre alt, 8,3 % waren im Alter zwischen 20 und 40 Jahren. Die kleinste Gruppe waren die unter 20-jährigen mit einem Anteil von 0,6 %.

5.1.3 Haben Sie studiert?

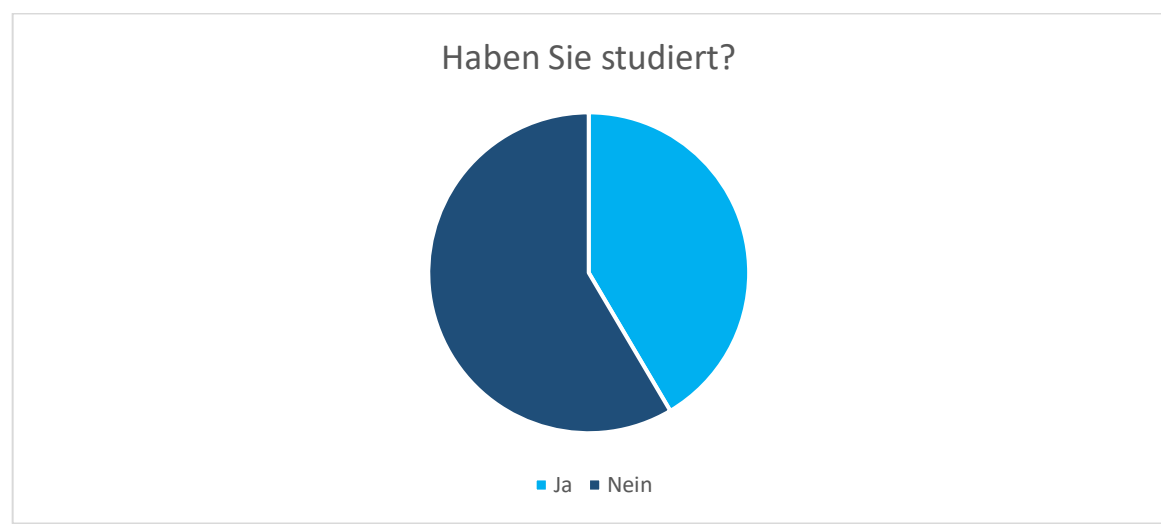


Abbildung 17 - Bildungshintergründe

Bei unserer Frage nach dem höchsten Bildungsabschluss ($n = 997$), gaben 41,3 % der Teilnehmer an, studiert zu haben, während 58,2 % der Teilnehmer eine nicht-universitäre Bildung angaben.

5.1.4 Wie sind Sie versichert?

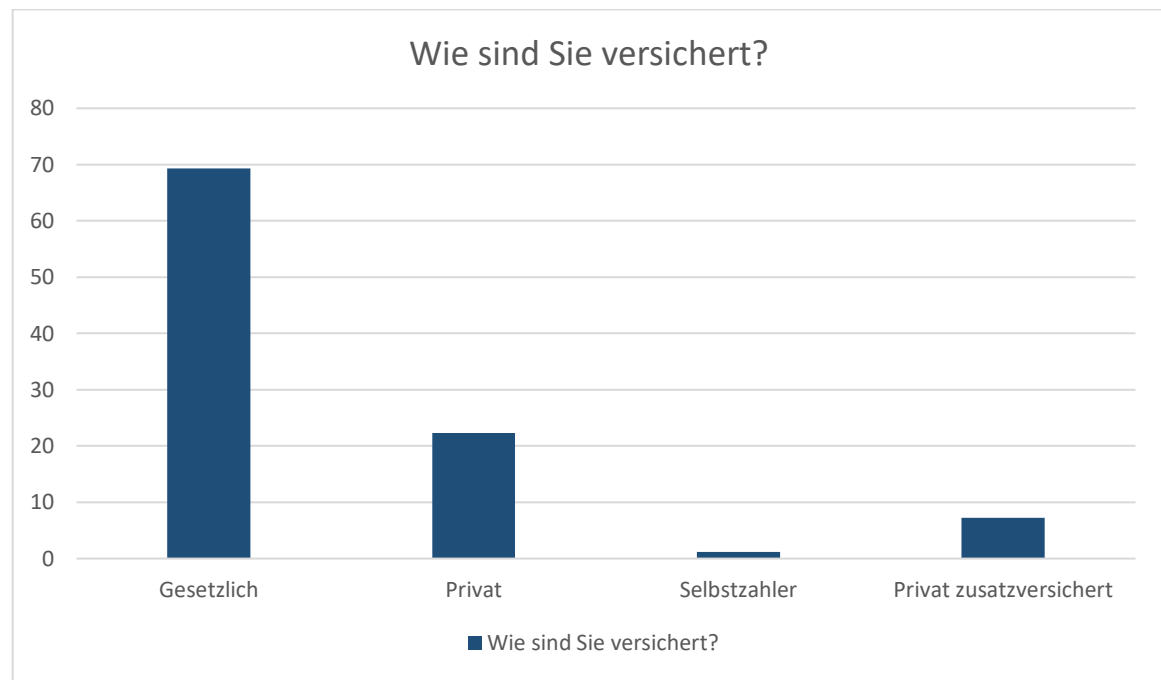


Abbildung 18 – Versicherungsmodalitäten in Prozent

69,3 % der Befragten (n = 991) gaben in unserer Umfrage an, gesetzlich versichert zu sein, 22,3 % waren privat versichert, 1,2 % gaben an, Selbstzahler zu sein, 7,2 % der Befragten waren privat zusatzversichert.

5.2 Externe Faktoren

Während unsere ersten 4 Fragen darauf abzielten, einen Überblick über die persönlichen Faktoren, „interne Faktoren“ zu erhalten, die die Wahl des Facharztes, d. h. des Urologen beeinflussen, sind in Tabelle 2 acht Items aufgeführt, die sich auf die Arztwahl beziehen und unter dem Begriff "externe Faktoren" zusammengefasst werden.

Tabelle 2 – Externe Faktoren (n = 1002)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (n = 988)

Überweisung/Arzt	66,1 %
Freunde	8,5 %

Internet	7,9 %
Familie	6,3 %
Presse	1,5 %
TV	0,4 %
Telefonbuch	0,2 %
Sonstige	9,1 %

Worauf achten Sie am ehesten bei der Auswahl Ihrer Ärztin/Ihres Arztes?
(n = 978)

Qualifikation (Facharzt)	67,6 %
Empfehlung durch Freunde/Bekannte	14,3 %
Empathie	7,2 %
Anbindung an ein Krankenhaus	3,1 %
Onlinebewertungen	2,1 %
Lage der Praxis	2,1 %
Dokortitel	1,8 %
Werdegang (Lebenslauf)	1,3 %
Ausstattung der Praxisräume	0,3 %
Äußerliche Erscheinung	0,1 %

Von wem möchten Sie am ehesten behandelt werden? (n = 997)

Von einem Mann	20,9 %
Von einer Frau	3,7 %
Egal	75,4 %

Wie sollte eine Praxis sein? (n = 986)

Familiär/gemütlich	26,4 %
Modern/chic	23,2 %
Egal	50,4 %

Welche Praxisform bevorzugen Sie? (n = 989)

Krankenhaus (Poliklinik)	24,0 %
Einzelpraxis	19,0 %
Gemeinschaftspraxis	16,9 %
Ärztezentrum (MVZ)	6,1 %
Egal	34,1 %

Angenommen Sie sind Patient/Patientin in einer Gemeinschaftspraxis. Möchten Sie immer von derselben Ärztin/demselben Arzt behandelt werden? (n = 989)	
Ja	83,0 %
Nein	3,6 %
Egal	13,3 %
Vertrauen Sie Ihrem niedergelassenen Urologen bei der Empfehlung einer Klinik zur Weiterbehandlung? (n = 989)	
Ich vertraue meinem Arzt	67,7 %
Ich wähle die Klinik selber aus	32,3 %
Wen halten Sie, allein anhand des Titels für den besten Arzt? (n = 953)	
Prof. Dr. med. M. Mustername	45,1 %
Dr. med. M. Mustername	22,9 %
Dr. med. univ. M. Mustername	8,9 %
Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Mustername	8,5 %
Priv. Doz. Dr. med. M. Mustername	6,8 %
M. Mustername (kein Titel)	4,6 %
Prof. h.c. Dr. med. M. Mustername	2,3 %
M. Mustername, MD	0,5 %
M. Mustername, MD, PhD	0,3 %

Tabelle 2 - Externe Faktoren

5.2.1 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

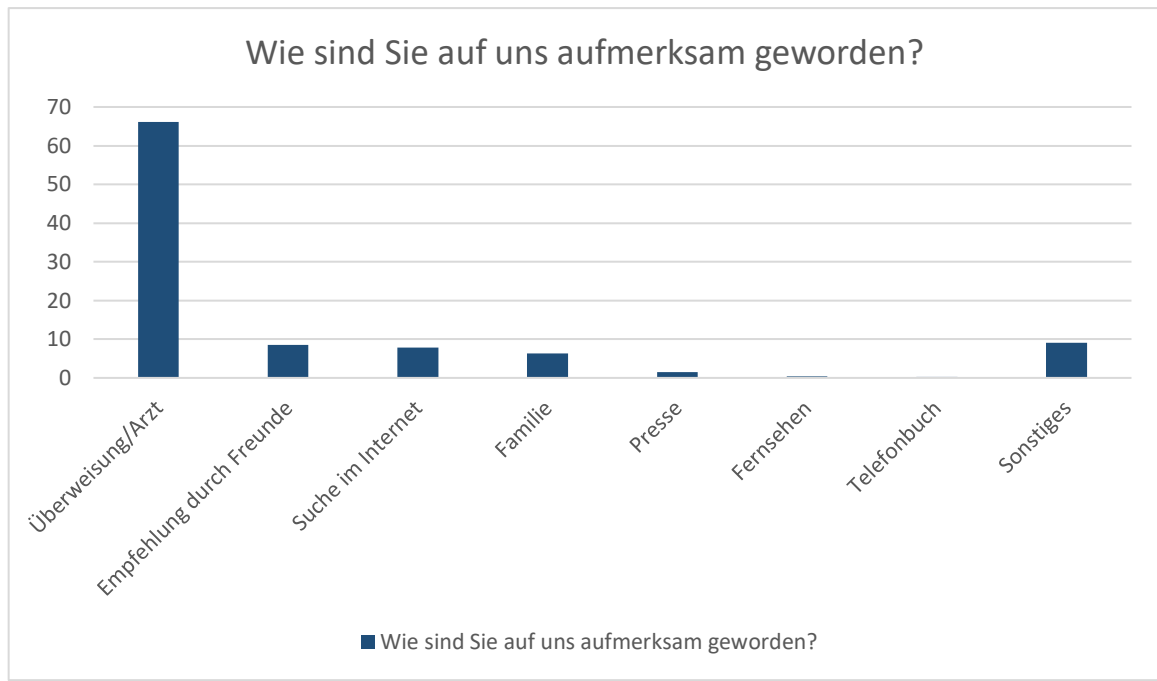


Abbildung 19 – Art der Aufmerksamkeitsgewinnung in Prozent

Die meisten Teilnehmer kamen auf Überweisung durch einen anderen Arzt zu unserer Abteilung. Auf die Frage, „Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?“ antworteten 66,1 % der Befragten (n = 988) mit „Überweisung/Arzt“, gefolgt von der Empfehlung durch einen Freund (8,5 %) und der Suche im Internet (7,9 %). 6,3 % der Befragten kamen auf Empfehlung eines Familienmitglieds, 1,5 % wurden durch eine Presseveröffentlichung auf unsere Klinik aufmerksam. Durch Fernsehen und Telefonbuch fanden 0,4 % respektive 0,2 % der Befragten zur Klinik, ein recht hoher Anteil von 9,1 % gab „Sonstiges“ an, wurde also durch einen anderen als die genannten Wege auf unsere Klinik aufmerksam.

5.2.2 Worauf achten Sie am ehesten bei der Auswahl Ihrer Ärztin/Ihres Arztes?

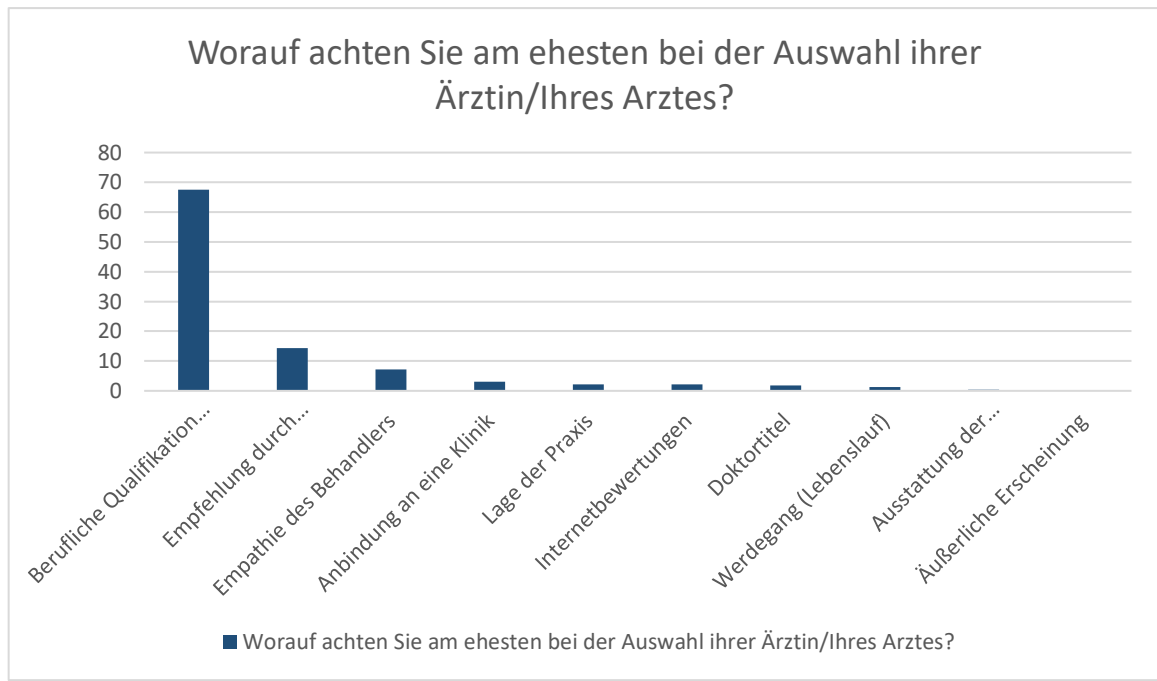


Abbildung 20 – Wichtigstes Kriterium bei der Arztwahl in Prozent

Als wichtigstes Kriterium bei der Auswahl des behandelnden Urologen nannte mit 67,6 % der größte Anteil der Befragten (n = 978) die berufliche Qualifikation, also den Facharzt, gefolgt von der Empfehlung durch Freunde oder Bekannte, welche 14,3 % als ihr wichtigstes Kriterium angaben. Der Empathie des Behandlers als Auswahlkriterium gaben 7,2 % der Studienteilnehmer die höchste Priorität, 3,1 % gaben die Anbindung an eine Klinik an. Die Lage der Praxis und die Internetbewertungen wurden gleichermaßen von jeweils 2,1 % der Befragten angekreuzt. 1,8 % nannten den Dokortitel (Dr. med.) als das Kriterium, auf das sie am ehesten achten würden, während 1,3 % allgemein den Lebenslauf beziehungsweise Werdegang des Arztes nannten. Die Ausstattung der Praxisräume mit 0,3 % sowie die äußerliche Erscheinung des Arztes mit 0,1 % wurden ebenfalls angegeben.

5.2.3 Von wem möchten Sie am ehesten behandelt werden?

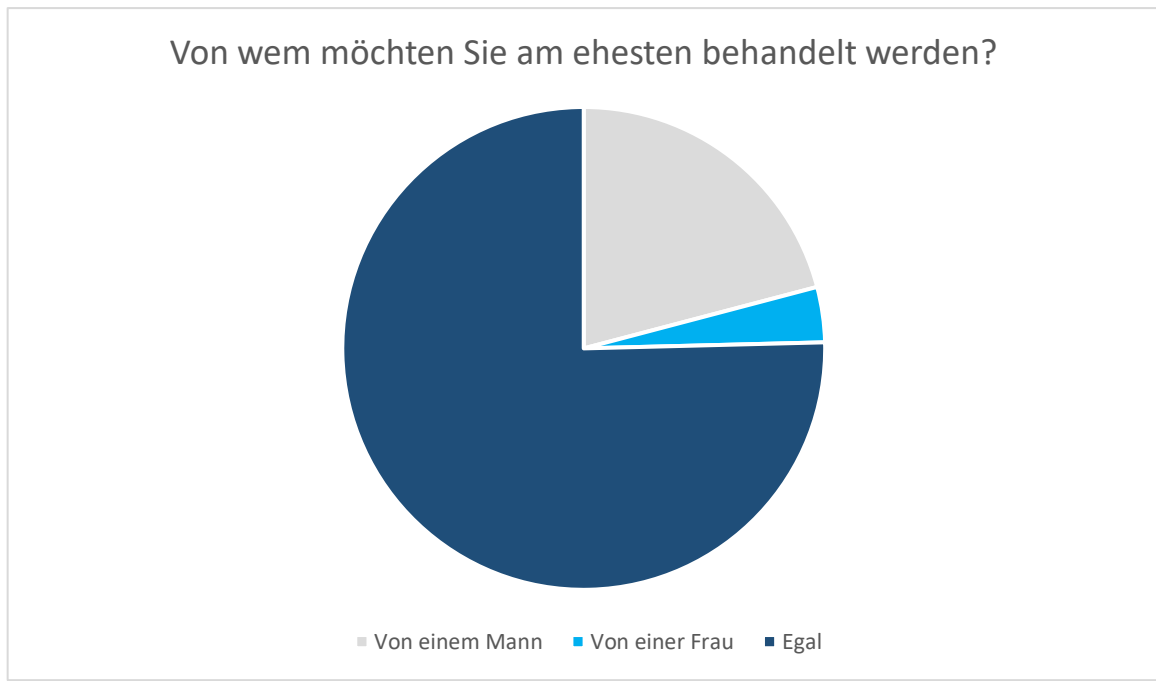


Abbildung 21 - Geschlechterpräferenz beim Behandler

Auf die Frage, von wem sie am ehesten behandelt werden möchten, gaben 20,9 % der Befragten (n = 997) an, von einem männlichen Urologen behandelt werden zu wollen, 3,7 % gaben an, einen weiblichen Urologen zu bevorzugen. Der größte Teil der Studienteilnehmer, 75,4 % gab an, dass es ihnen egal sei, welches Geschlecht ihr Urologe hätte.

5.2.4 Wie sollte eine Praxis sein?

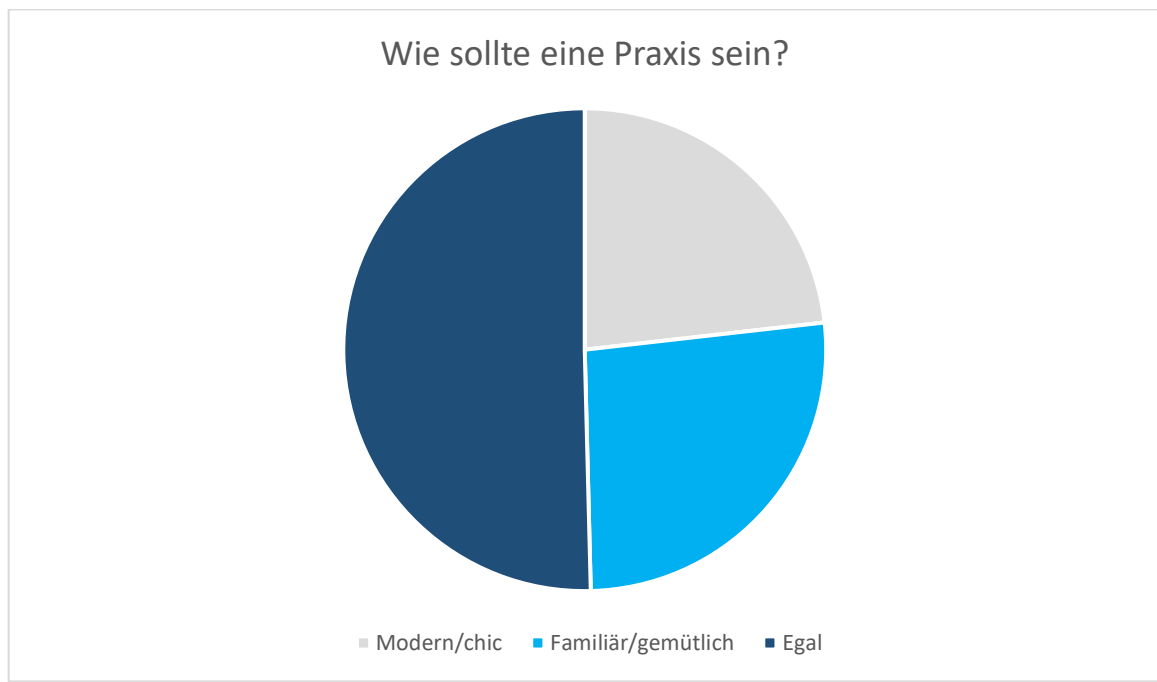


Abbildung 22 - Präferenzen bei der Praxiseinrichtung

23,2 % der Teilnehmer (n = 986) gaben an, eine moderne/chice Praxis zu bevorzugen, 26,4 % wollten lieber in einer familiär gemütlichen Praxis behandelt werden. Der größte Teil der Befragten (50,4 %) gab an, dass es ihm egal sei, wie eine Praxis eingerichtet ist.

5.2.5 Welche Praxisform bevorzugen Sie?

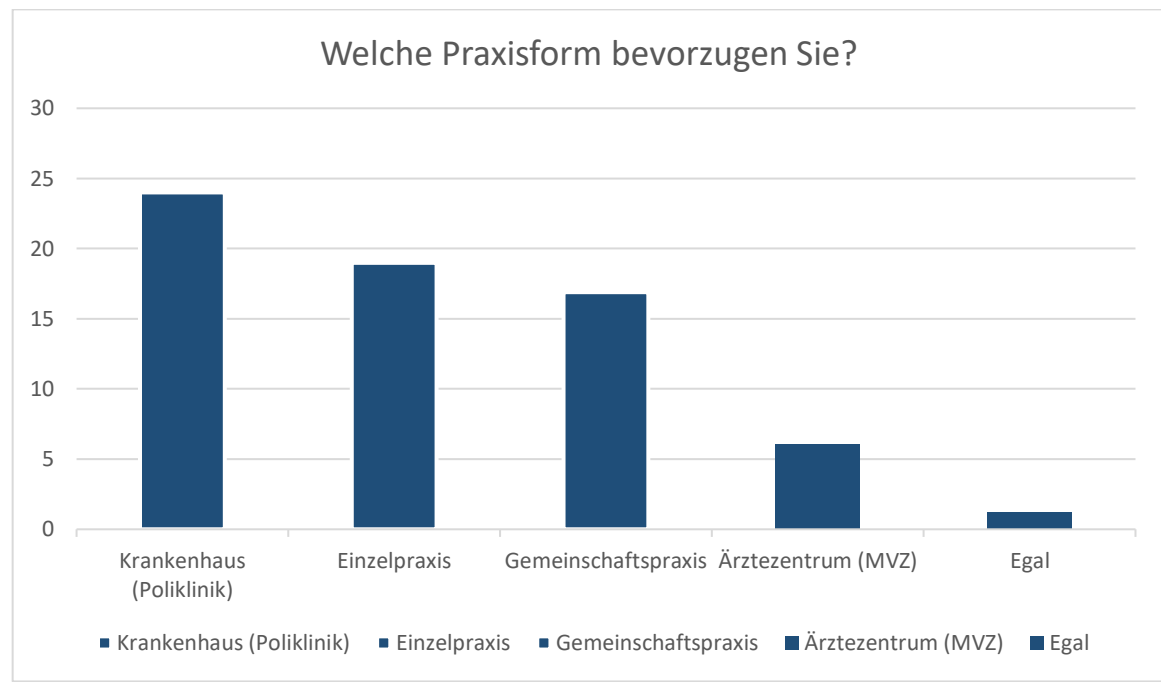


Abbildung 23 - Bevorzugte Praxisformen in Prozent

Die Frage nach der präferierten Praxisform beantworteten insgesamt 24,0 % der Studienteilnehmer (n = 989) mit der Antwortmöglichkeit „Krankenhaus (Poliklinik)“, 19,0 % der Befragten gaben an, dass eine Einzelpraxis ihre bevorzugte Praxisform sei. 16,9 % der Befragten nannten die Gemeinschaftspraxis als ihre präferierte Art der Praxis, mit 6,1 % war das Ärztezentrum oder MVZ die am seltensten genannte Option. Obwohl die Umfrage in unserer Poliklinik durchgeführt wurde, gab mit 34,1 % der größte Anteil der Befragten an, keine Präferenzen bei der Praxisform zu haben.

5.2.6 Angenommen Sie sind Patient/Patientin in einer Gemeinschaftspraxis. Möchten Sie immer von derselben Ärztin/demselben Arzt behandelt werden?

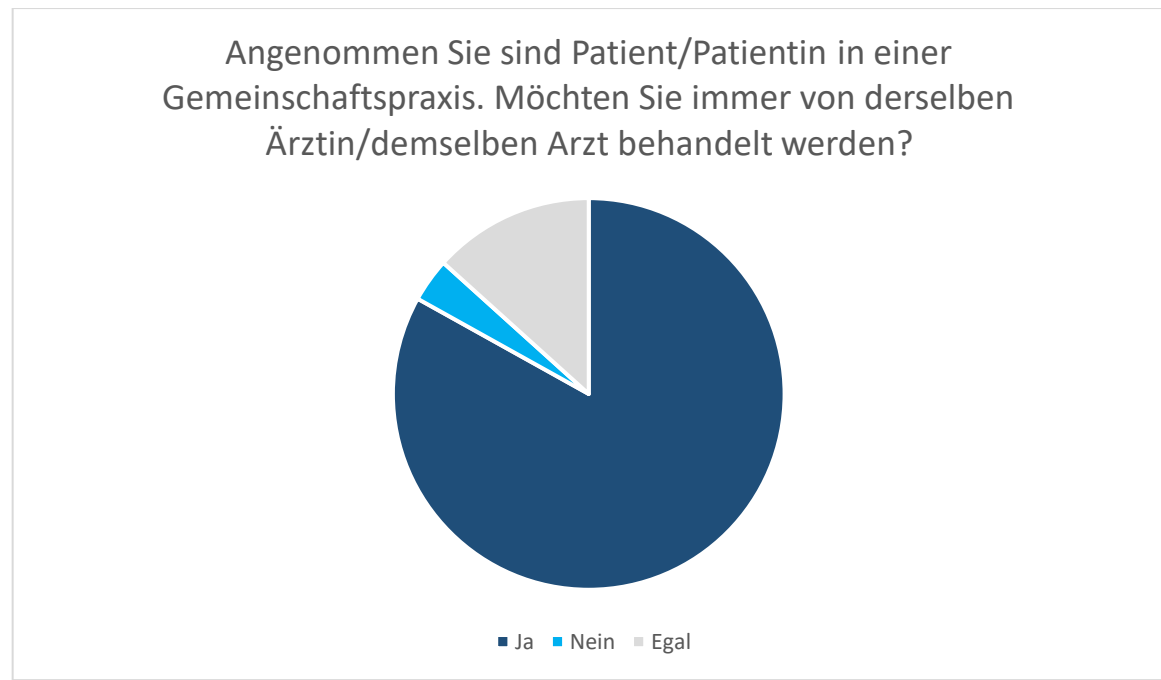


Abbildung 24 - Bindung an einen Behandler

Auf die Frage, ob in einem Gemeinschaftspraxis-Setting eine Behandlung durch stets denselben Arzt oder gewünscht sei, gaben mit 83,0 % die bei weitem meisten Befragten (n = 989) an, immer denselben Behandler zu wünschen, dem standen nur 3,6 % der Studienteilnehmer gegenüber, die „nein“ ankreuzten und 13,3 % die angaben, dass es ihnen egal sei.

5.2.7 Vertrauen Sie Ihrem niedergelassenen Urologen bei der Empfehlung einer Klinik zur Weiterbehandlung?

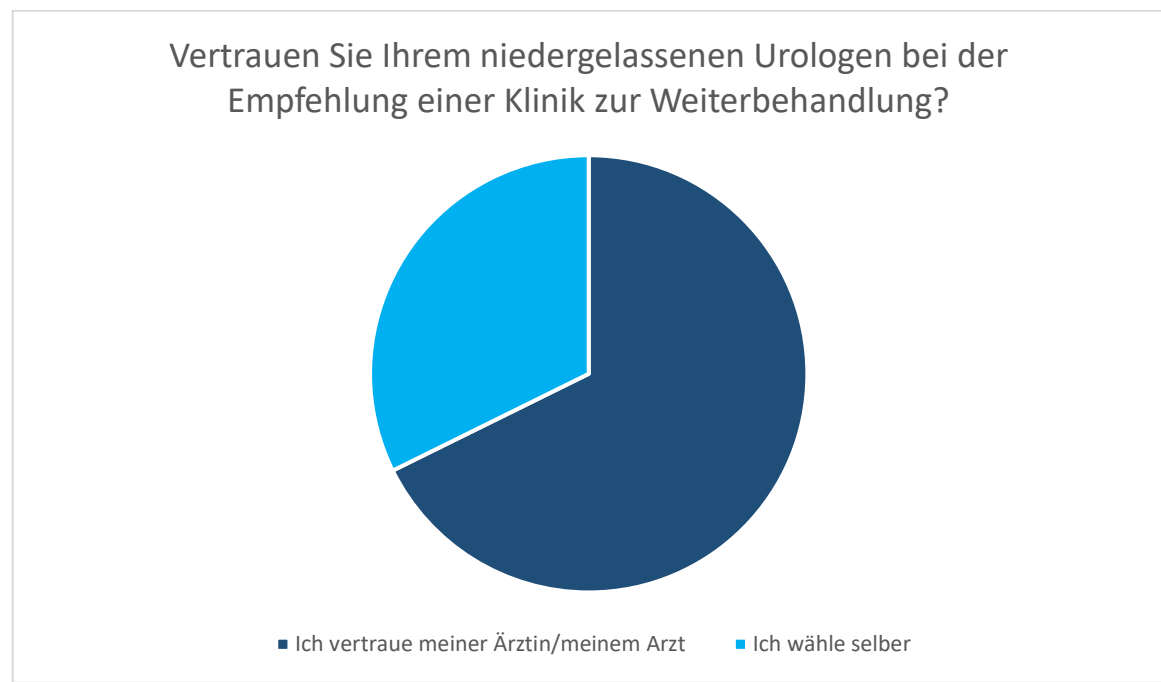


Abbildung 25 - Vertrauen bei der Überweisung

Auf die Frage, die sich mit dem Vertrauen auf den Ratschlag des behandelnden, niedergelassenen Urologen bezüglich einer Klinik zu einer nicht näher spezifizierten Operation (OP) befasste, antworteten 32,3 % der Befragten (n = 989) dass sie die Klinik selbst auswählen würden. Der Großteil, 67,7 %, würden in einem solchen Fall der Empfehlung ihres Arztes vertrauen.

5.2.8 Wen halten Sie, allein anhand des Titels, für den besten Arzt?

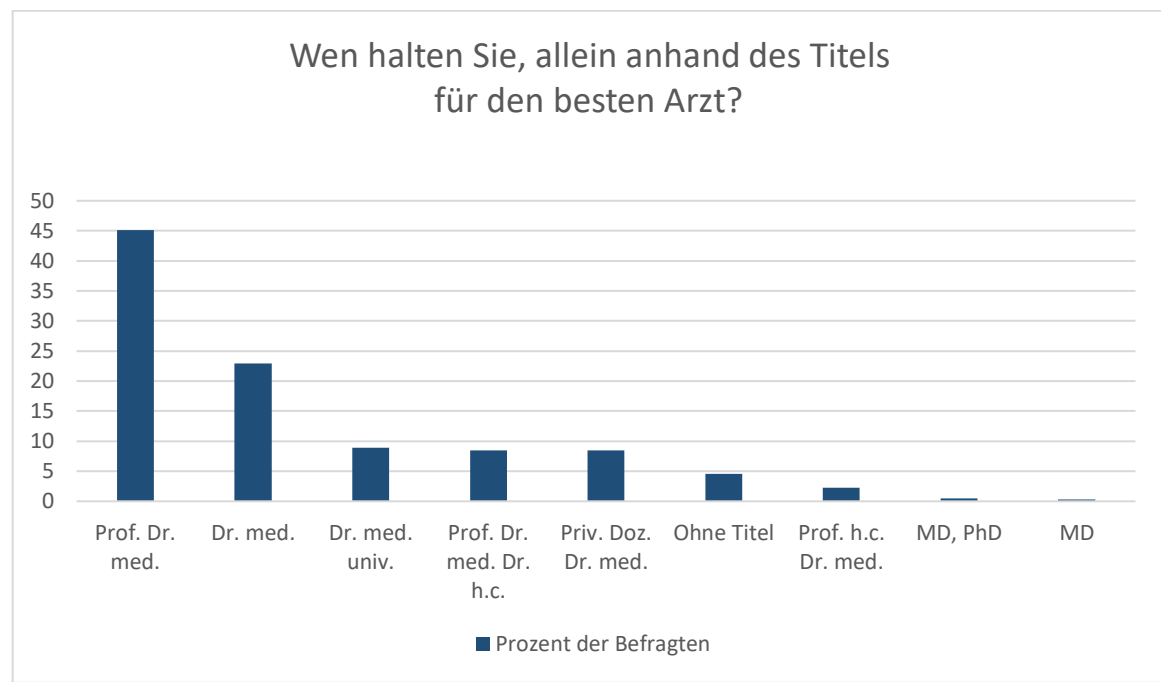


Abbildung 26 - Kompetenzzuschreibung anhand des Titels in Prozent

Die letzte Frage des Fragebogens befasste sich mit der gefühlten Wahrnehmung der Kompetenz des urologischen Behandlers anhand seines Titels. Allein anhand des Titels schrieben 45,1 % der Befragten (n = 953) dem „Prof. Dr. med.“ die höchste fachliche Kompetenz zu. Es folgten der „Dr. med.“ mit 22,9 %, der österreichische Diplomtitel „Dr. med. univ.“ mit 8,9 % sowie der „Prof. Dr. med. Dr. h.c.“ mit 8,5 %. In der Reihenfolge der Kompetenzzuschreibung folgten der habilitierte „Priv. Doz. Dr. med.“ mit 6,8 %, der akademisch titellose Arzt mit 4,6 %, „Prof. h.c. Dr. med.“ mit 2,3 % sowie die amerikanischen Bezeichnungen „MD, PhD“ mit 0,5 % und „MD“ mit 0,3 %.

5.3 Frauen und Männer im Vergleich

Einer der wichtigsten Aspekte der Studie war, welche Unterschiede sich in den einzelnen Teilbereichen zwischen Frauen und Männern finden lassen.

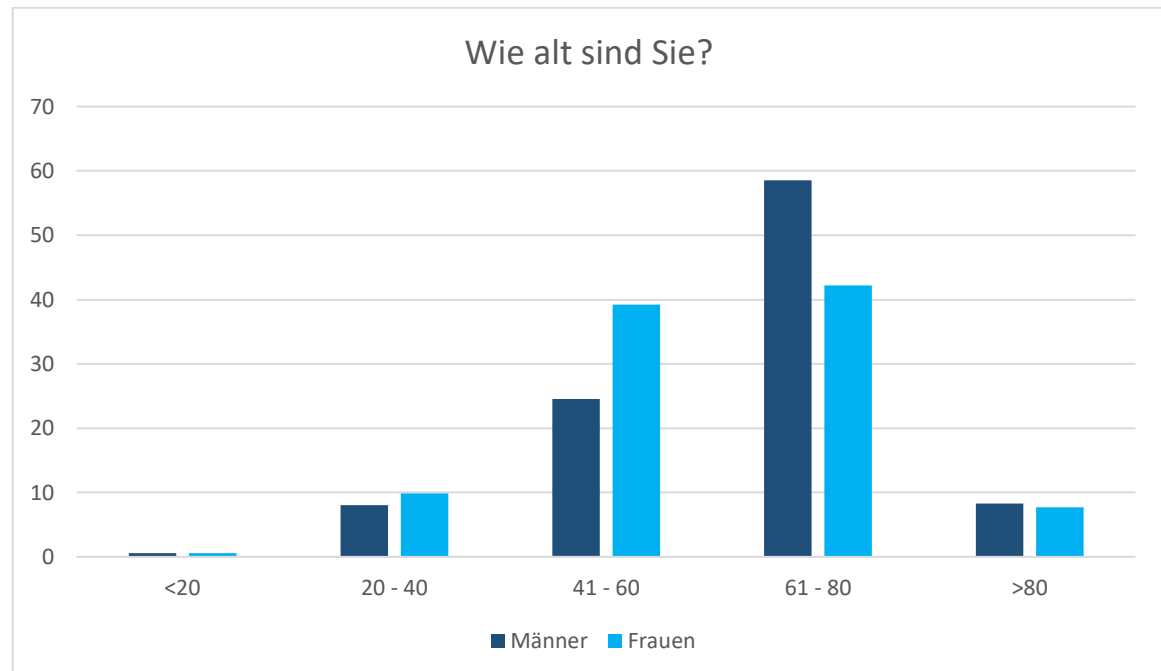


Abbildung 27 - Altersverteilung innerhalb der Geschlechter in Prozent

Die Patientengruppen desselben Geschlechts unterschieden sich leicht in ihrer Alterszusammensetzung. Während der Anteil der unter-20-jährigen bei Frauen wie Männern mit jeweils 0,6 % gleichermaßen sehr gering ausfiel und auch in der Gruppe der 20- bis 40-jährigen mit 8,0 % der Männer und 9,9 % der Frauen kaum Unterschiede auffielen, zeigten sich in den höheren Altersklassen stärkere Tendenzen in der Verteilung. Während so die Gruppen der 41- bis 60-jährigen und 61- bis 80-jährigen bei den Frauen annähernd gleich waren (39,2 % und 42,2 %) fand man bei den Männern hier einen klaren Unterschied, mit einem Anteil der 41- bis 60-jährigen von nur 24,5 %, während der mit Abstand größte Teil der männlichen Patientenkohorte, 58,5 %, der Gruppe der 61- bis 80-jährigen entsprach. Dies unterstreicht die Bedeutung einer urologischen Anbindung für Menschen dieser Altersgruppe. Bei den über 80-jährigen glichen sich die Anteile mit 8,3 % der Männer und 7,7 % der Frauen wieder an.

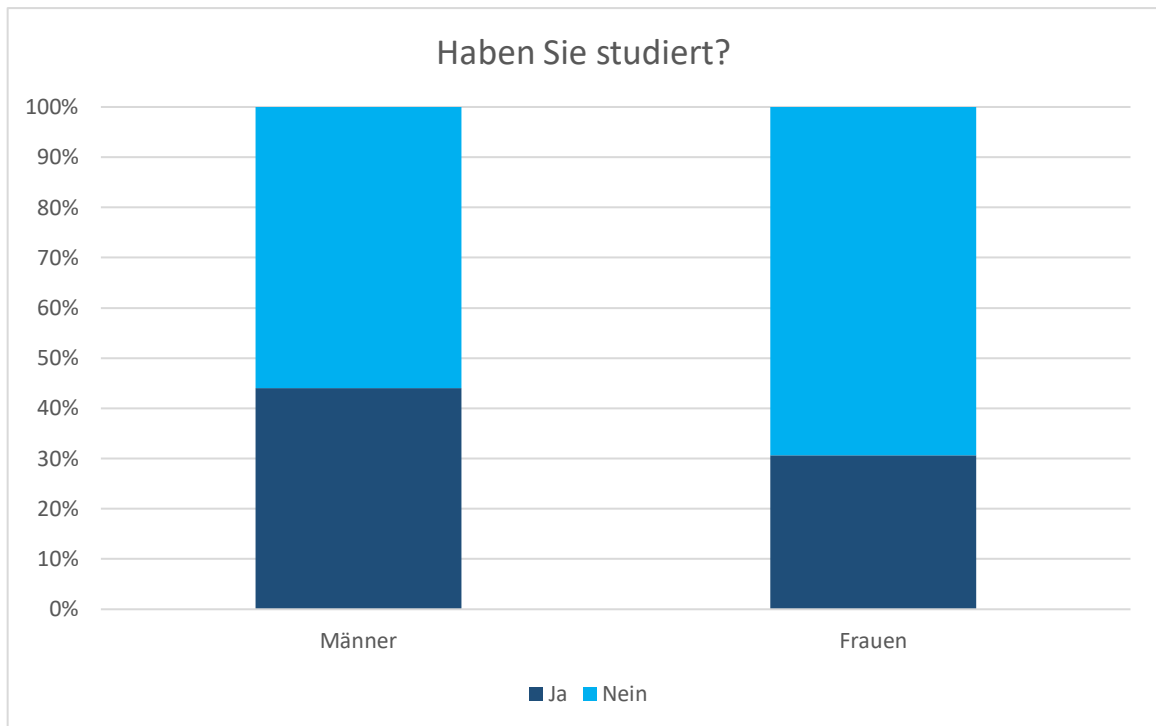


Abbildung 28 - Anteile der Bildungsabschlüsse in Prozent

Ein signifikant höherer Prozentsatz der 813 befragten Männer hatte eine universitäre Ausbildung, nämlich 44,0 % (358 Personen) gegenüber 30,6 % (von 180 Probandinnen) bei den Frauen ($n = 993$; $p = 0,001$).

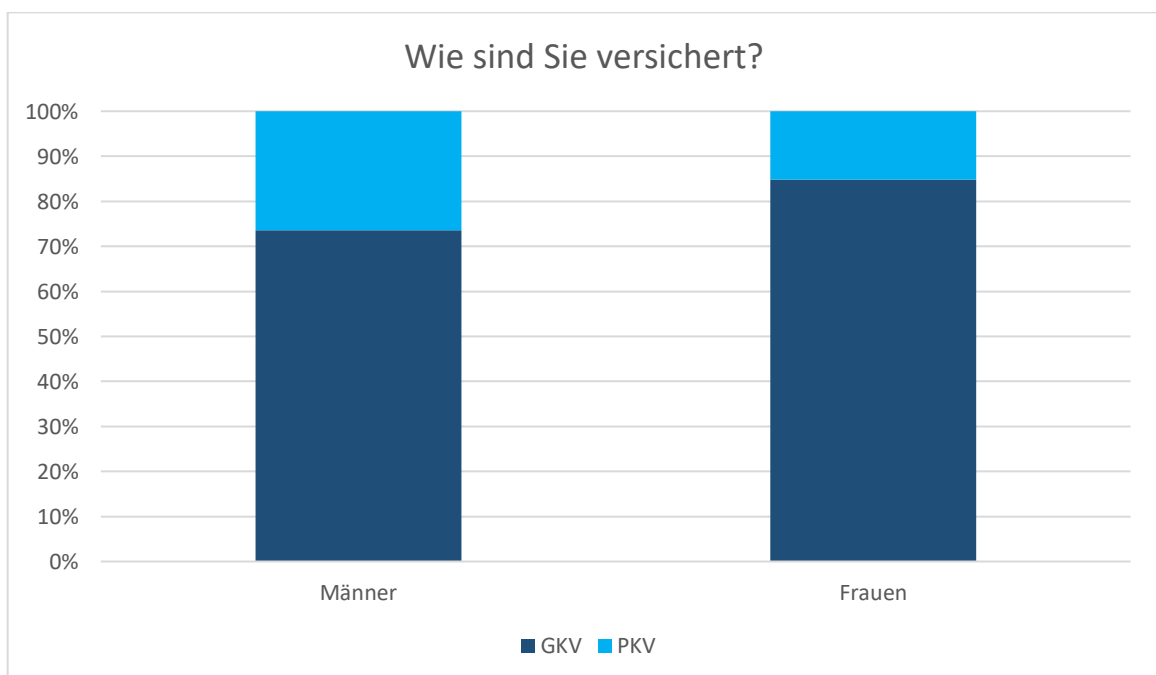


Abbildung 29 - Anteil der Versicherungsmodalitäten nach Geschlecht in Prozent

Beim Vergleich der zwei in Deutschland vorherrschenden Versicherungsmodalitäten PKV und GKV fiel auf, dass deutlich mehr Männer als Frauen privat versichert waren. Von den 739 Männern, die beide Fragen beantwortet hatten und in einem der beiden Versicherungssysteme krankenversichert waren, waren 26,4 % privat versichert, bei lediglich 15,2 % aufseiten der 165 Frauen ($n = 904$; $p = 0,002$; Abb. 1b).

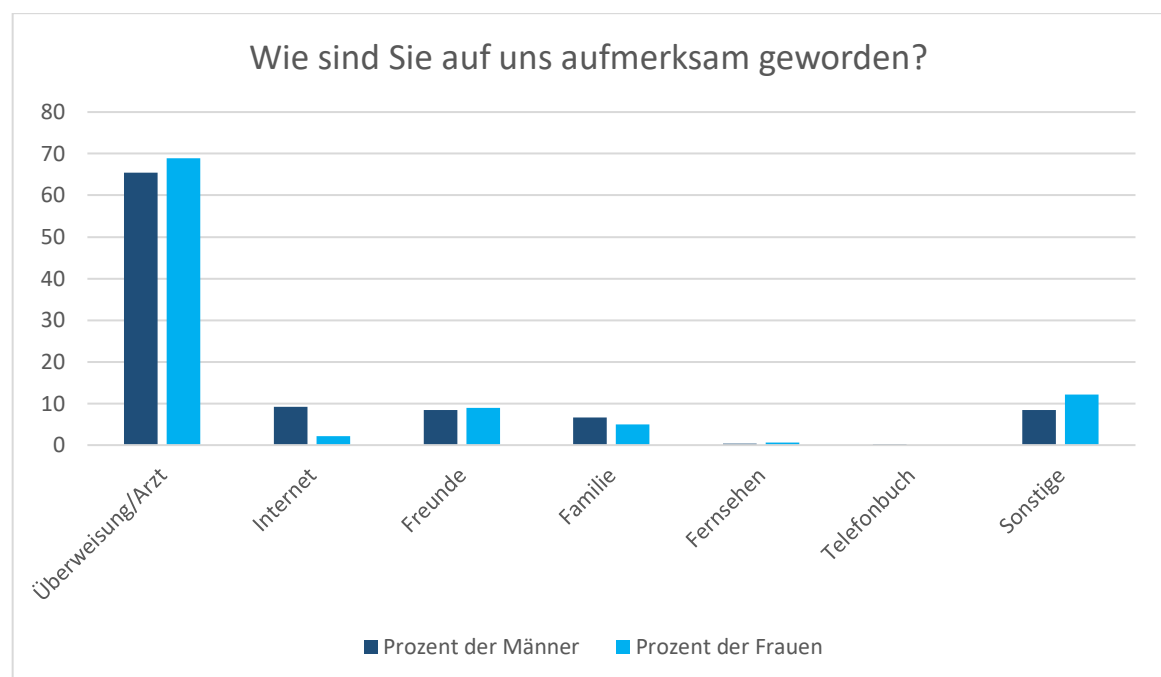


Abbildung 30 - Aufmerksamkeitsgewinnung nach Geschlecht in Prozent

Bei Frage fünf „Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?“, gaben geschlechtsunabhängig die meisten Patienten an, auf Überweisung ihres Arztes vor Ort zu sein (65,5 % der Männer vs. 68,9 % der Frauen). Den größten Unterschied zwischen Frauen und Männern konnten wir hier bei den Patienten finden, die angaben, über das Internet auf uns aufmerksam geworden zu sein. Hier standen 2,2 % bei den Frauen einem Anteil von 9,2 % bei den Männern gegenüber ($n = 982$; $p < 0,02$), obwohl die Kohorte der Männer zu 66,8 % aus über 60-jährigen bestand (gegenüber 49,9 % der Frauen). Die restlichen Patienten wurden durch Freunde (8,4 % der Männer, 8,9 % der Frauen), Familienangehörige (6,6 % der Männer, 5,0 % der Frauen), Presseveröffentlichungen (1,4 % der Männer, 2,2 % der Frauen) oder das Fernsehen (0,4 % der Männer, 0,6 % der Frauen) auf unsere Klinik aufmerksam. Zwei Männer gegenüber keiner Frau gaben das Telefonbuch

als ihre Methode zur Arztsuche an, 8,4 % der Männer und 12,2 % der Frauen nutzten eine andere Methode als die Angegebenen.

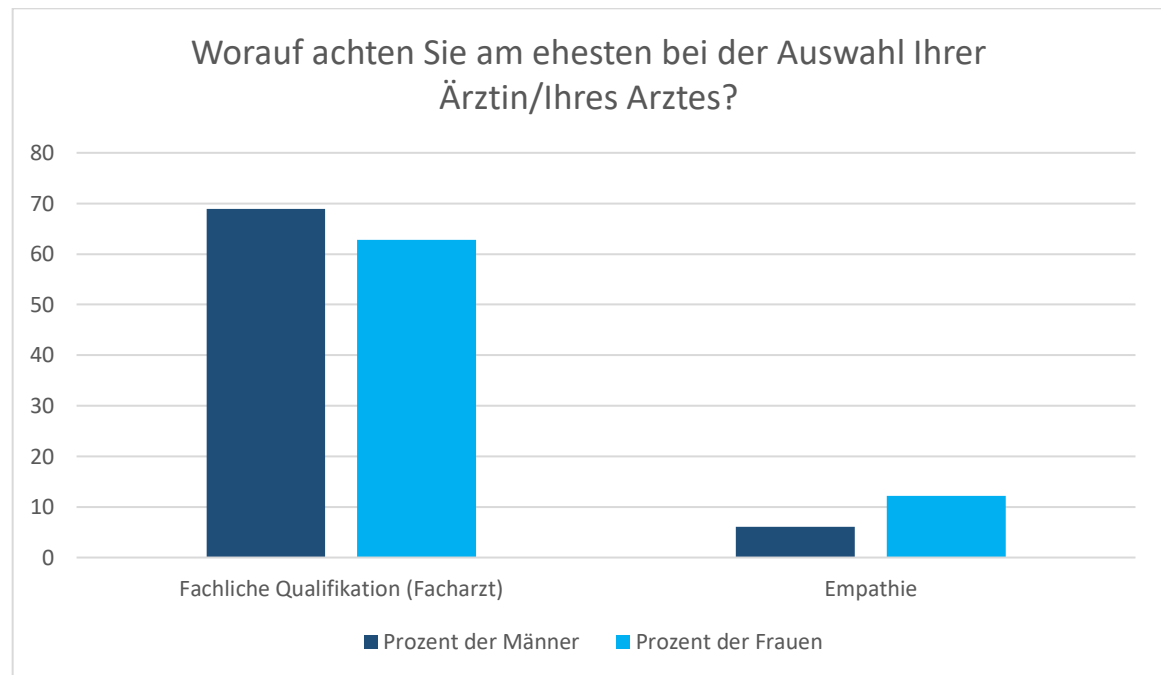


Abbildung 31 - Wichtigste Eigenschaft des Behandlers nach Geschlecht in Prozent

Das Einfühlungsvermögen des Arztes schien für Frauen wichtiger zu sein als für Männer. Auf die entsprechende Frage, worauf man am ehesten bei der Auswahl eines Arztes achten würde, antworteten hier 12,2 % der Frauen mit der Option „Empathie“. Demgegenüber wurde diese Eigenschaft nur von 6,1 % der Männer als Charakteristikum genannt, auf das am ehesten geachtet wird ($p = 0,007$). Nichtsdestotrotz schätzen beide Geschlechter die fachliche Qualifikation in Form der Facharztbezeichnung als wichtigstes Kriterium ein (62,8 % der Frauen bzw. 68,9 % der Männer).

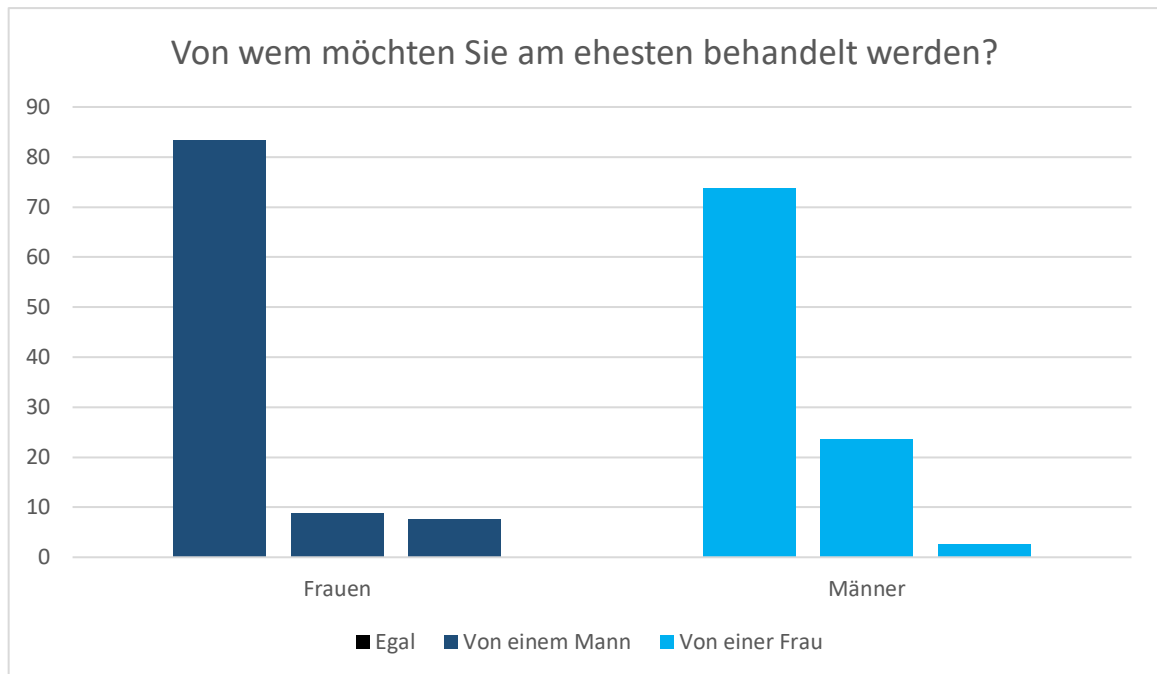


Abbildung 32 - Geschlechtspräferenz nach Geschlecht des Patienten in Prozent

Geschlechtsunabhängig legte zwar die Mehrheit der Teilnehmer unserer Umfrage keinen Wert auf das Geschlecht des Arztes (75,4 %). Bei genauerer Betrachtung der Geschlechter zeigt sich jedoch, dass hier eine klare Tendenz zur Geschlechtspräferenz auf Seiten der Männer besteht. Während bei der weiblichen Kohorte 83,4 % der Befragten angaben, dass ihnen das Geschlecht des Behandlers egal sei und bei den Übrigen die Präferenzen mit 8,8 % für den männlichen Arzt und 7,7 % für die weibliche Ärztin relativ ähnlich verteilt waren, gaben nur 73,7 % der Männer an, dass ihnen das Geschlecht des Behandlers egal sei. Gegenüber 2,7 % der befragten Männer, die eine Ärztin bevorzugten, standen 23,6 % die vorzugsweise von einem männlichen Arzt behandelt werden wollten ($n = 991$, $p < 0,001$);).

Hinsichtlich der Einrichtung einer Praxis, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Geschlechterunabhängig gaben 50,5 % der Studienteilnehmer an, keine Präferenzen hinsichtlich der Einrichtung einer Praxis zu haben, die Werte für Männer (49,9 %) und Frauen (53,1 %) wichen davon nur geringfügig ab. Es ließ sich jedoch eine Tendenz der weiblichen Befragten hin zu einer familiär/gemütlichen Einrichtung im Gegensatz zu einer modern/chicen Praxis feststellen (29,6 % der befragten Frauen vs. 25,5 % der Männer, $n = 982$; $p = 0,098$).

Hinsichtlich der Praxisform und der Präferenz von Behandlung durch den immer gleichen Behandler in einer Gemeinschaftspraxis, gab es zwischen Frauen und Männern keine signifikanten Unterschiede ($p = 0,179$ für Praxisform, $p = 0,263$ bei gleichem Behandler).

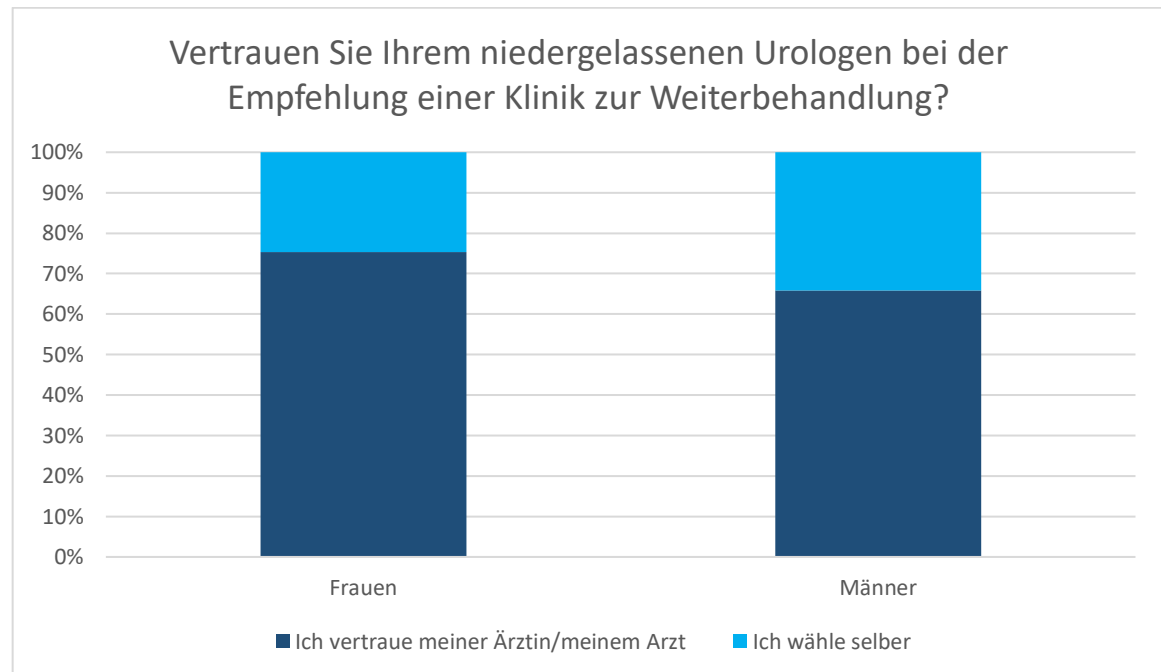


Abbildung 33 - Vertrauen in Überweisung nach Geschlecht in Prozent

Bei der Frage, ob sich die Studienteilnehmer im Falle einer Überweisung in eine Klinik, zu einem operativen Eingriff, auf den Rat ihres niedergelassenen Urologen bezüglich der Klinik verlassen würden, zeigten beide Geschlechter eine hohe Bereitschaft, diesem Rat zu folgen (67,6 %, $n = 985$). Frauen wiesen jedoch im Vergleich zu Männern eine signifikant höhere Bereitschaft auf, einer Empfehlung ihres niedergelassenen Urologen zu vertrauen. 75,3 % der Frauen gegenüber 65,9 % der Männer ($n = 985$; $p < 0,02$) gaben die Bereitschaft an, einem theoretischen Rat zu vertrauen und nicht selbst einen Arzt auszusuchen.

5.4 Altersgruppen im Vergleich

Die verschiedenen Altersgruppen in ihren Präferenzen bei der Wahl ihres Urologen zu vergleichen war eine wichtige Aufgabe dieser Arbeit, da wie bereits dargelegt, speziell höhere Altersgruppen von guter urologischer Versorgung profitieren.

Allerdings war davon auszugehen, erhebliche Unterschiede in den Bedürfnissen, Erwartungen und im Verhalten der verschiedenen Kohorten zu finden.

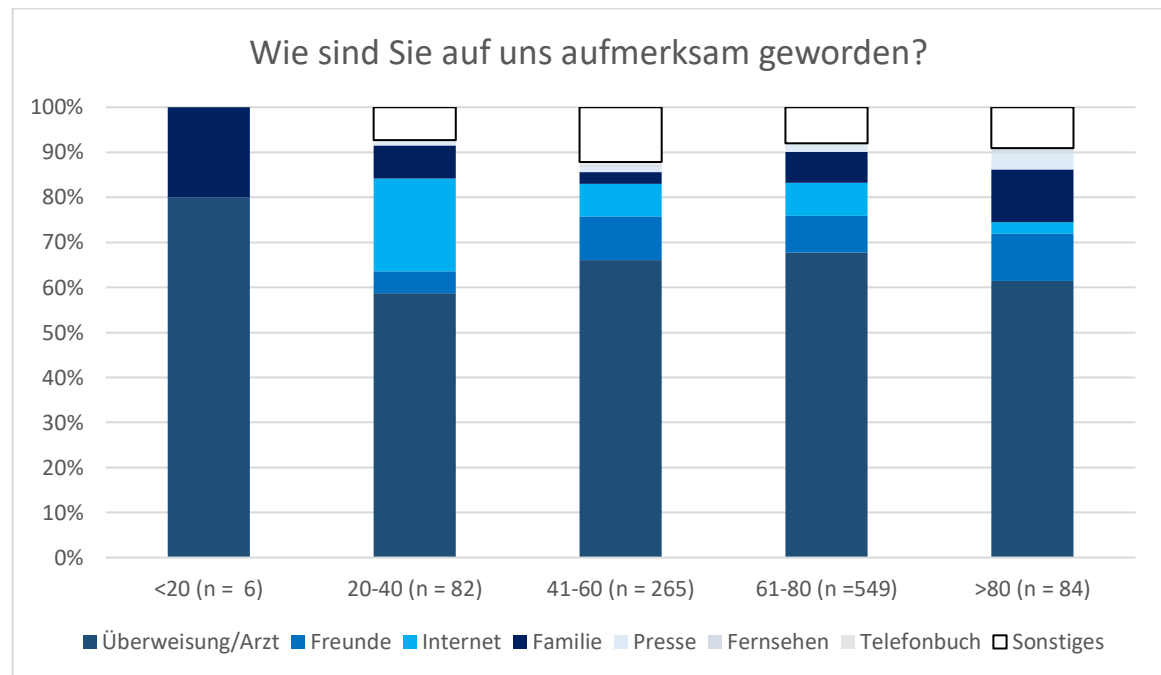


Abbildung 34 - Aufmerksamkeitsgewinn nach Altersgruppe in Prozent

Bei der Arztsuche, dargestellt durch Frage 5 „Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?“, zeigte sich, dass unabhängig des Alters nach wie vor die Empfehlung durch den eigenen Arzt die wichtigste Rolle bei der Wahl der weiterbehandelnden Klinik spielt. 61,9 % der über 80-jährigen (n = 84), 67,8 % der 61-80-jährigen (n = 549), 66,0 % der 41-60-jährigen (n = 265), 58,8 % der 20-40-jährigen (n = 82) und 66,7 % der unter 20-jährigen (n = 6) gaben an, auf Empfehlung ihres Arztes vor Ort zu sein. Die Empfehlung durch Freunde war im Alter über 40 wichtiger als in der Gruppe von 40 Jahren und darunter. 0 % der unter 20-Jährigen und nur 4,9 % in der Altersgruppe 20-40 Jahren gaben diese Methode an. Dem gegenüber nannten 9,8 % der 41-60-Jährigen, 8,2 % der 61-80-Jährigen und 10,7 % der über 85-Jährigen eine Empfehlung aus dem Freundeskreis als Grund für die Auswahl unserer Klinik. Das Internet als Methode zur Arztwahl gaben 0 % der unter 20-Jährigen, 20,7 % der 20-40-Jährigen, 7,2 % und 7,3 % der 41-60-, respektive 61-80-Jährigen an, bei den über 80-Jährigen sank der Wert auf 2,4 %. Hier ließ sich, wenn auch verzerrt durch die nur kleine Gruppe der unter 20-Jährigen ein klarer Trend zur verstärkten Internetnutzung bei jüngeren Patienten

finden (n = 986; p<0,02). 11,9 % der über 80-Jährigen, 6,9 % der 61-80-jährigen, 2,6 % der 41-60-jährigen, 7,3 % der 20-40-jährigen und 16,7 % der unter 20-jährigen gaben an, auf Empfehlung ihrer Familie zu uns gekommen zu sein. Presseerzeugnisse gaben 3,6 % der über 80-Jährigen, 1,5 % der 61-80-jährigen, 1,1 % der 41-60-jährigen, 1,2 % der 20-40-jährigen und 0 % der unter 20-jährigen an. Das Fernsehen und Telefonbuch spielten ähnlich geringe Rollen, mit jeweils 0 % in den beiden Altersgruppen bis 40, 0,4 % und 0,8 % in der Gruppe der 41-bis 60-Jährigen, jeweils 0,2 % in der Gruppe der 61-80-Jährigen und 1,2 %, respektive 0 % in der Altersgruppe über 80 Jahren. Eine andere Methode als die zur Auswahl gestellten gaben 9,1 % der über 80-Jährigen, 8,0 % der 61-80-jährigen, 12,1 % der 41-60-jährigen, 7,3 % der 20-40-jährigen und 16,7 % der unter 20-jährigen an.

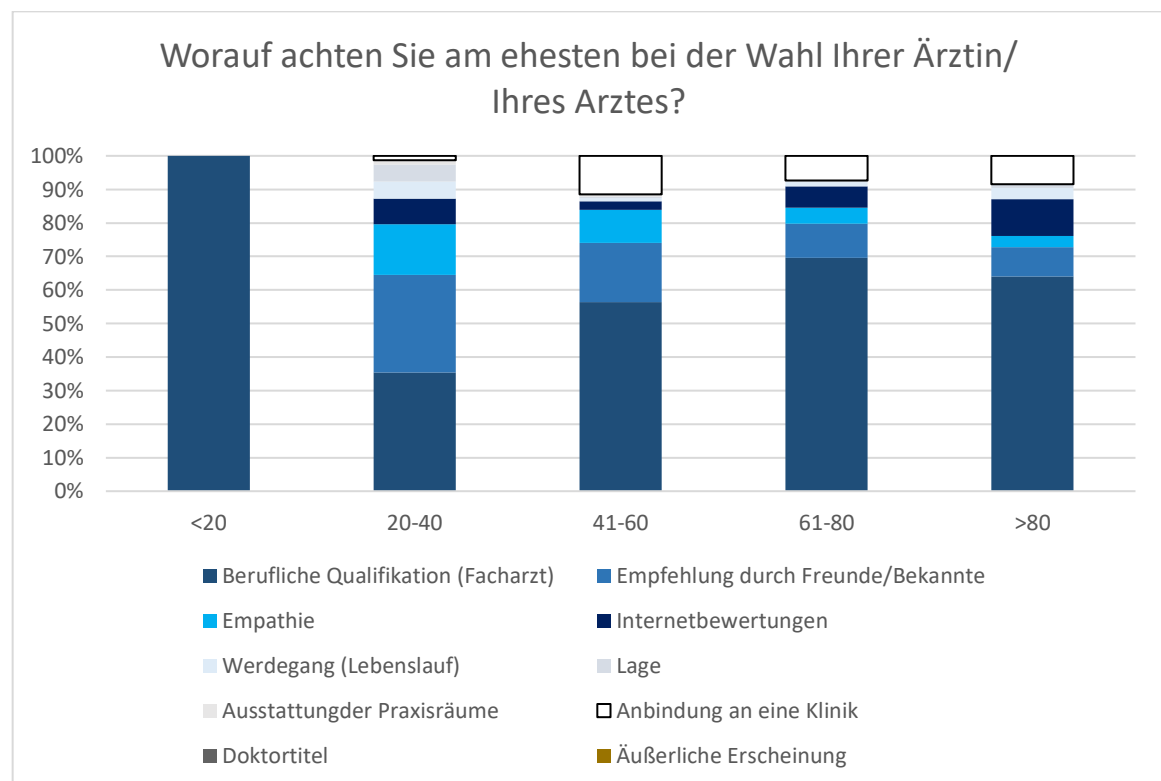


Abbildung 35 - Präferenzen nach Altersgruppen in Prozent

Dem entgegen stehen die Ergebnisse von Frage 6: „Worauf achten Sie am Ehesten bei der Auswahl ihrer Ärztin/Ihres Arztes?“, also die theoretische Frage, worauf man achten würde und nicht, wie man tatsächlich auf den aktuell besuchten Arzt gekommen ist, wie in Frage 5. Hier zeigt sich ein anderes Bild: Zwar wurde in

allen Altersgruppen die berufliche Qualifikation, also der Facharztstitel als wichtigstes Kriterium bei der Arztwahl angegeben, doch bei einem genaueren Blick in die einzelnen Alterskohorten kommt teils Überraschendes zutage. In der Gruppe der unter 20-Jährigen nannten 100 % der Befragten (n = 6) die berufliche Qualifikation als wichtigstes Kriterium, doch bereits in der Gruppe der 20- bis 40-Jährigen gestaltete sich das Bild heterogener. Mit 35,4 % wurde hier die fachliche Qualifikation zum wichtigsten Kriterium gewählt, dies war allerdings der schlechteste Wert in allen Altersklassen. Fast ebenso wichtig mit 29,1 % wurde die Empfehlung durch Freunde oder Bekannte genannt, gefolgt von der Empathie des Arztes mit 15,2 %, den Internetbewertungen (7,6 %), dem Werdegang und der Lage (jeweils 5,1 %) sowie der Ausstattung der Praxisräume und Anbindung der Klinik (jeweils 1,3 %). Äußerliche Erscheinung und Dokortitel wurden von niemandem als wichtigstes Kriterium genannt. Erstaunlich ist hier der Kontrast der lediglich 7,6 % der Teilnehmer, die das Internet als wichtigstes Kriterium angaben sowie der hohen Zahl von 29,1 %, die am ehesten auf den Rat von Freunden oder Bekannten hören würden, im Vergleich zu den in Frage 5 angegebenen tatsächlichen Gründen, auf die Klinik, in der man aktuell in Behandlung war, gekommen zu sein. Hier hatten immerhin nur 4,9 % der 20- bis 40-Jährigen angegeben, auf Empfehlung von Freunden unsere Klinik ausgewählt zu haben, während 20,7 % eine Internetrecherche als Hauptgrund ihrer Entscheidung nannten. Ideal und Realität klaffen hier weit auseinander. Wie bereits erwähnt schnitt die berufliche Qualifikation mit 67,5 % unter allen Befragten in allen Altersgruppen als wichtigstes Kriterium ab (n = 976; <20J: 100 %; 20-40J: 35,4 %; 41-60J: 59,8 %; 61-80J: 75,3 %; >80J: 69,0 %), gefolgt von der Empfehlung durch Freunde und Bekannte mit 14,3 % (<20J: 0 %; 20-40J: 29,1 %; 41-60J: 18,6 %; 61-80J: 11,0 %; >80J: 9,5 %) und der Empathie des Arztes mit 7,2 % (<20J: 0 %; 20-40J: 15,2 %; 41-60J: 10,6 %; 61-80J: 5,0 %; >80J: 3,6 %). Die Anbindung an eine Klinik (3,1 %), Internetbewertungen und Lage (jeweils 2,2 %), Dokortitel (1,8 %), Werdegang (1,3 %), Ausstattung der Praxisräume (0,3 %) und die äußerliche Erscheinung des Arztes (0,1 %) spielten untergeordnete Rollen (Siehe Abbildung 21).

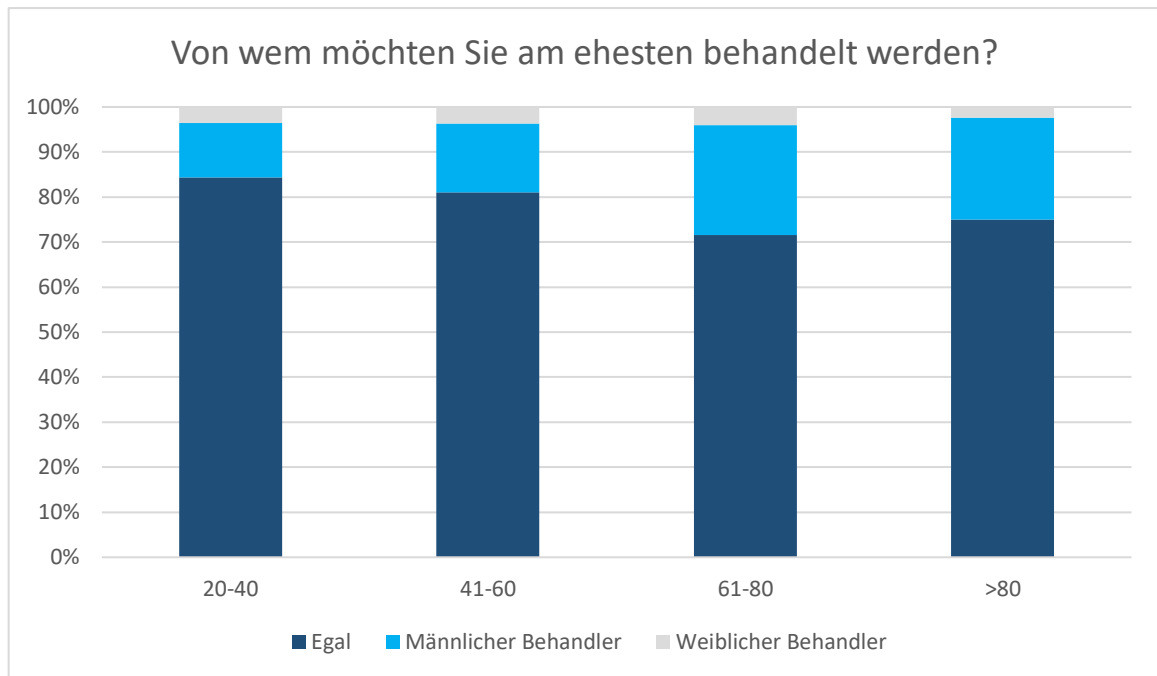


Abbildung 36 - Geschlechtspräferenz nach Altersgruppen in Prozent

Mit zunehmendem Alter konnten wir einen Trend hin zur stärkeren Präferenz eines männlichen urologischen Behandlers feststellen. Die Altersgruppe unter 20 wurde aufgrund ihrer kleinen Größe ($n = 6$) nicht in der Analyse der Daten berücksichtigt. In der Gruppe der 20-40-Jährigen ($n = 83$) gaben 84,3 % der befragten Patienten an, keinerlei Präferenz hinsichtlich des Geschlechts zu haben, demgegenüber standen 81,0 % der 41-60-Jährigen ($n = 269$), nur 71,6 % der 61-80-Jährigen ($n = 553$) und 75,0 % der über 80-Jährigen ($n = 84$) ($n = 995$; $p < 0,05$). Die Präferenz zum männlichen gegenüber einem weiblichen Behandler bestand in allen Gruppen, 12,0 % vs. 3,6 % (20-40), 15,2 % vs. 3,7 % (41-60), 24,4 % vs. 4,0 % (61-80), 22,6 % vs. 2,4 % (>80). Hier wird sichtbar, dass diese Tendenz zur Präferenz allgemein und zum männlichen Behandler am stärksten in der Gruppe der 61- bis 80-Jährigen war, die auch insgesamt die größte Untergruppe innerhalb der Studienkohorte stellte.

5.5 Bildungshintergründe im Vergleich

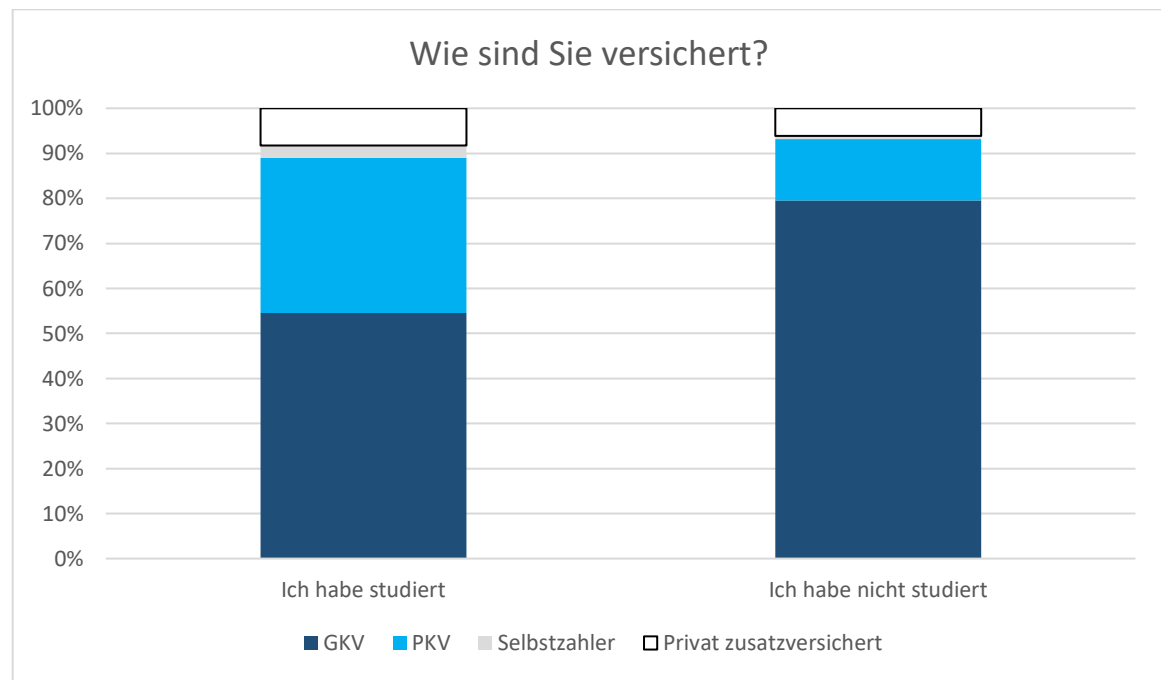


Abbildung 37 - Versicherungsmodalitäten nach Bildungshintergrund in Prozent

Die Frage nach dem Bildungshintergrund, welche wir aufgrund der Vielzahl der möglichen Antworten nicht offen, sondern bikategorial kodiert hatten (Haben Sie studiert? Ja/Nein) setzten wir, nachdem, wie bereits oben beschrieben, ein starker Zusammenhang zwischen Geschlecht und Versicherungsart festgestellt werden konnte, in ein Verhältnis zur Versicherungsart. Die Erwartung war, dass aufgrund der durchschnittlich höheren Löhne von Akademikern auch ein höherer Anteil privatversichert sein würde. Tatsächlich ließ sich ein starker Zusammenhang zwischen akademischem Hintergrund und Versicherungsart zeigen. Obgleich der Anteil gesetzlich Versicherter in beiden Gruppen am höchsten war (54,5 % in der Gruppe mit Studium, 79,9 % ohne Studium), war der Anteil Privatversicherter in der Kohorte mit Hochschulhintergrund ($n = 411$) mit 34,5 % bedeutend höher als in der Gruppe der Studienteilnehmer, die nicht studiert hatten ($n = 577$), bei denen nur 13,7 % diese Versicherungsmodalität angaben ($n = 988$: $p < 0,001$). Die übrigen beiden Versicherungsvarianten „selbstzahlend“ (2,7 % mit Studium, 0,2 % ohne Studium) und „privat zusatzversichert“ (8,3 % mit Studium, 6,2 % ohne Studium) waren unabhängig des Bildungshintergrundes seltener vertreten, auch wenn hier ebenfalls eine Tendenz zur größeren Häufigkeit bei Akademikern nachweisbar war.

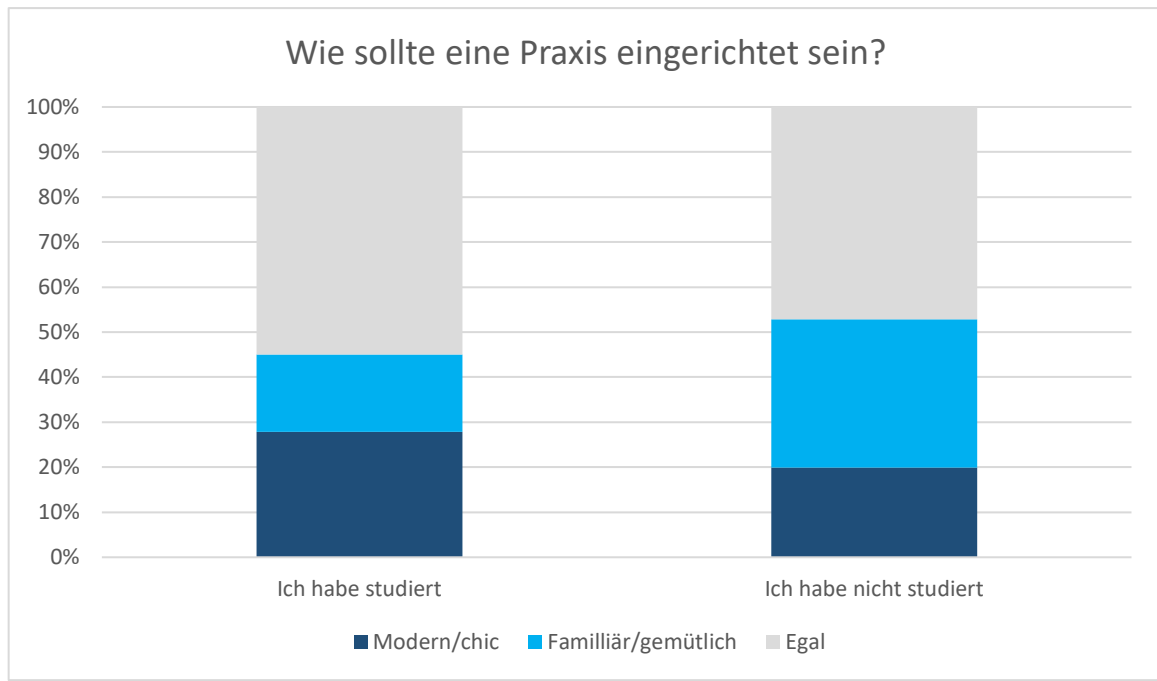


Abbildung 38 - Präferenzen in der Praxisgestaltung nach Bildungshintergrund in Prozent

Auf die Frage, wie eine Praxis eingerichtet sein sollte, gab die Mehrzahl der Befragten an, dass es ihr egal sei (55,0 % Personen mit Studium, 47,1 % Personen ohne Studium, 50,4 % insgesamt). Unter den Teilnehmern mit Präferenz bevorzugten allerdings Personen, die studiert hatten, eine modern/chice Einrichtung (27,8 %) gegenüber einer familiär gemütlichen (17,2 %), während sich bei den Personen, die nicht studiert hatten eine gegenteilige Präferenz aufweisen ließ, diese gaben klar einer familiär gemütlichen Einrichtung (32,9 %) den Vorzug vor einem modern/chicen Interieur (19,9 %) ($n = 984$; $p < 0,001$).

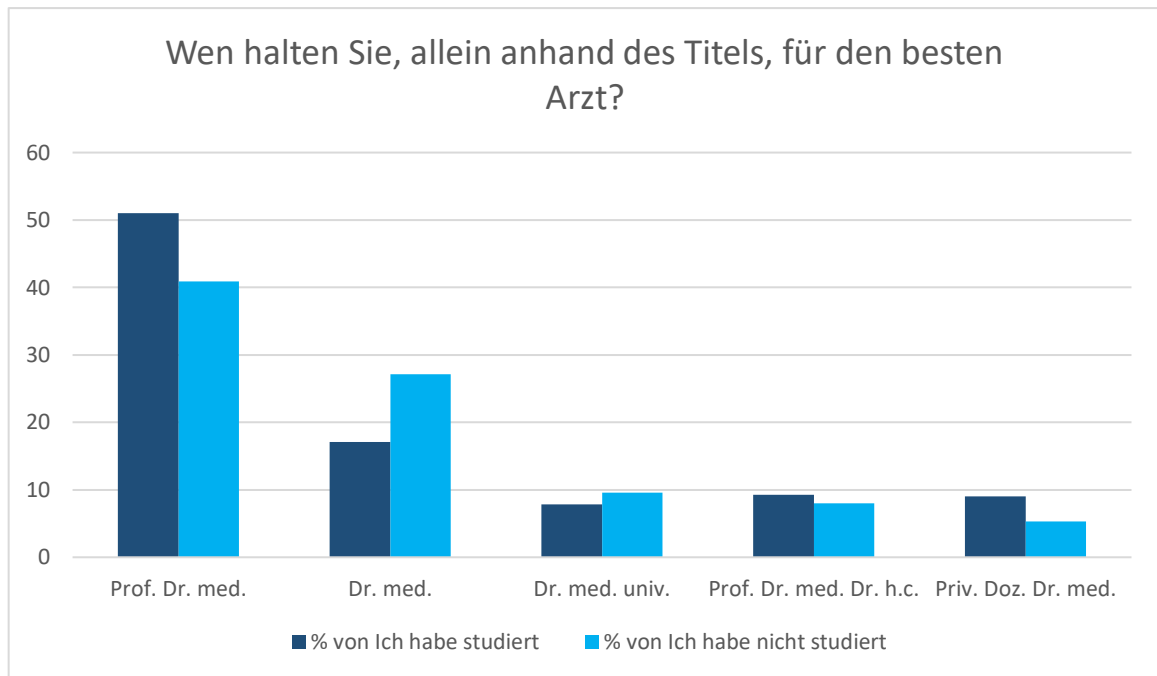


Abbildung 39 - Kompetenzzuschreibung nach Bildungshintergrund in Prozent

In Betrachtung des akademischen Hintergrundes der Gruppe mit Studium, erwarteten wir uns im Vergleich zu Personen ohne Studium bei der Kompetenzzuschreibung anhand des akademischen Titels eine Verteilung, die näher an der tatsächlichen Hierarchie hinsichtlich der akademischen Arbeit liegen würde, die zur Erlangung des jeweiligen Titels vonnöten ist. Insgesamt wählten 45,1 % der Befragten einen Professor, 22,9 % den deutschen Dokortitel und 8,9 % den österreichischen Dokortitel als den akademischen Grad, den sie als fachlich am kompetentesten wahrnahmen. Es folgten die Titel „Prof. Dr. med. Dr. h.c.“ (8,5 %), „Priv. Doz. Dr. med.“ (6,8 %), kein Titel (4,6 %), „Prof. h.c. Dr. med.“ (2,3 %), „MD, PhD“ (0,8 %) und „MD“ (0,3 %). Es zeigte sich jedoch ein signifikanter Unterschied zwischen Teilnehmern mit Universitätsabschluss, die vermehrt dem Professor die höchste Kompetenz zuschrieben und Teilnehmern ohne Universitätsabschluss (51,0 bzw. 40,9 %; $p < 0,001$). Andererseits wiesen beide Gruppen, „studiert“ und „nicht-studiert“, dem Titel des Privatdozenten, also eines habilitierten Arztes, eine niedrigere Kompetenz zu (9,0 % vs. 5,3 %) als dem deutschen Dokortitel (17,1 % vs. 27,1 %) und dem Prof. Dr. med. Dr. h.c. (9,3 % vs. 8,0 %). Die Gruppe der Probanden ohne Studium schrieb allein anhand des Titels auch dem österreichischen Diplomdokortitel Dr. med. univ. mit 9,6 % eine höhere Kompetenz zu (7,8 % bei Studierten). Dies unterstreicht die relative Unbekanntheit dieses akademischen Titels, da der Dr. med. und Dr. med. univ.

zumindest nominell mit weniger wissenschaftlichem Renommee verbunden sind als der Titel des Privatdozenten, welcher im Regelfall einen Dokortitel voraussetzt.

5.6 Versicherungsformen im Vergleich

Entsprechend der ökonomischen Implikationen der Versicherungsmodalität erwarteten wir zwischen den Gruppen der unterschiedlich Versicherten, klare Unterschiede in der Erwartungs- beziehungsweise Anspruchshaltung gegenüber dem gewünschten Urologen.

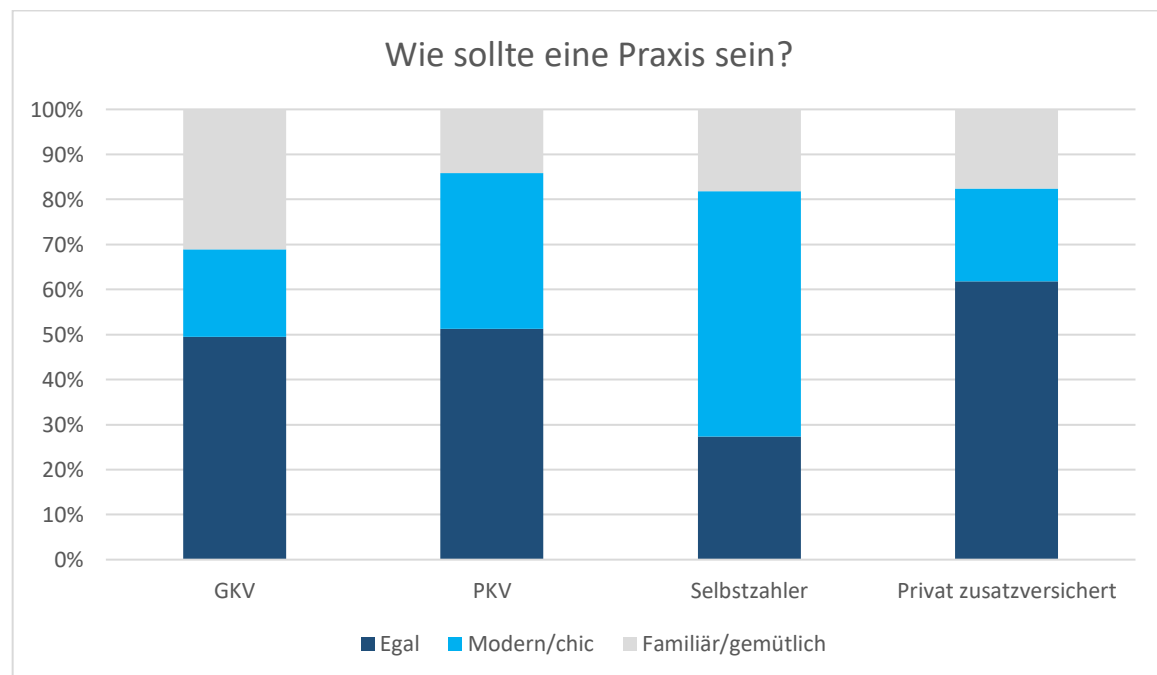


Abbildung 40 - Präferenzen in der Praxisgestaltung nach Versicherungsmodalität in Prozent

Tatsächlich ließ sich bei Frage 8 nach der präferierten Praxiseinrichtung ein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen untersuchten Gruppen finden ($n = 977$; $p < 0,001$); Patienten, die über die GKV versichert waren ($n = 679$) gaben zu 49,5 % an, ihnen sei die Einrichtung egal, 31,1 % bevorzugten eine familiär/gemütliche Einrichtung, 19,4 % eine modern/chice Einrichtung. Privat Krankenversicherten ($n = 219$) war mit 51,5 % ebenfalls größtenteils die Einrichtung egal, zogen jedoch im Zweifel eine modern/chice Einrichtung (34,7 %) einer familiär/gemütlichen vor (14,2 %). Unter den privat Zusatzversicherten ($n = 68$) fand sich der größte Anteil an Personen ohne Präferenz (61,8 %) im Zweifel

bevorzugten jedoch auch sie eine moderne Einrichtung (20,6 % vs. 17,6 %). Selbstzahler (n = 11), die die Kosten ihrer Behandlung selber trugen, wollten mehrheitlich eine modern/chice Einrichtung (54,5 %), selten eine familiär/gemütliche (18,2 %) und waren nur in 27,3 % der Fälle indifferent. Trotz der vergleichsweise geringen Anzahl lässt sich hier recht gut die stärkere Anspruchshaltung dieser Patientengruppe, die die höchsten individuellen Kosten an ihrer Behandlung aller verglichenen Gruppen trägt, erkennen.

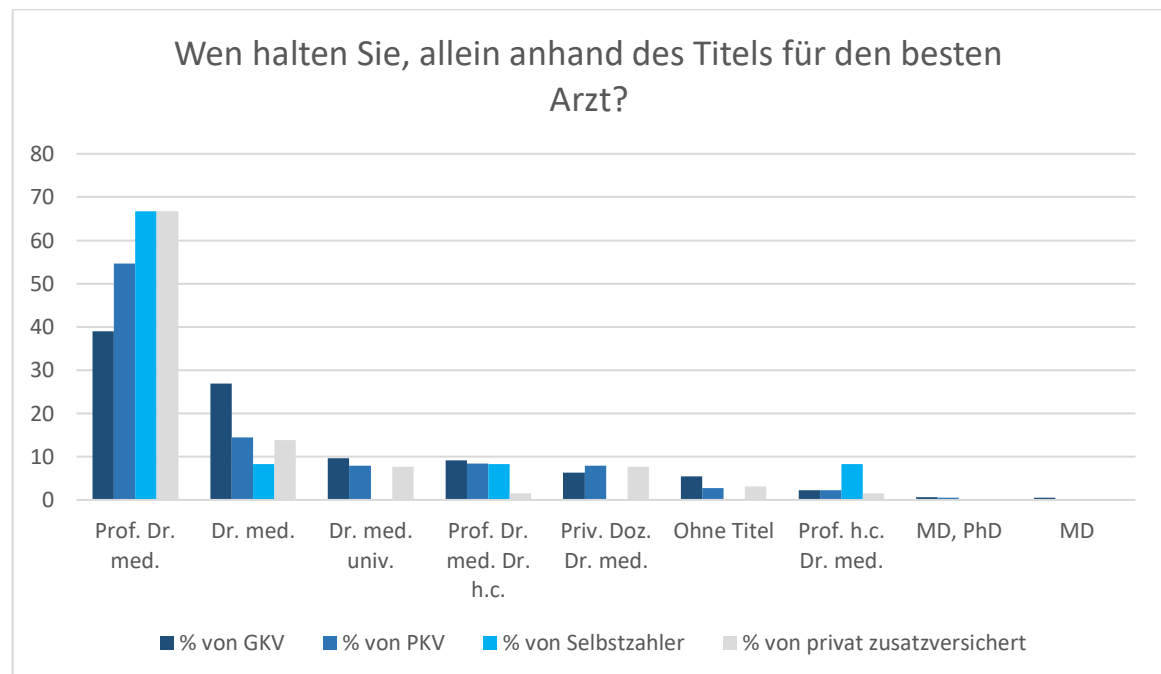


Abbildung 41 - Kompetenzzuschreibung nach Versicherungsmodalität in Prozent

Darüber hinaus ließ sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Versicherungsform und dem bevorzugten Ausbildungsniveau des Arztes darstellen: Während nur 39,0 % der gesetzlich Versicherten (n = 651) das Professoreniveau bevorzugten, wurde das gleiche Ausbildungsniveau von 54,7 % der Privatversicherten (n = 214) bevorzugt, 66,7 % der Selbstzahler (n = 12) und 67,7 % der privat zusatzversicherten Teilnehmer (n = 65) schrieben diesem Titel die höchste vermutete Kompetenz zu (p = 0,002). Den zweiten Platz belegte in allen vier Gruppen der deutsche Dokortitel (GKV: 26,9 %, PKV: 14,5 %, Selbstzahler: 8,3 %, privat zusatzversichert: 13,8 %). Es folgten der österreichische Diplomdokortitel (9,7 % vs. 7,9 % vs. 0 % vs. 7,7 %), der Professorentitel mit zusätzlicher Ehrendoktorwürde (9,2 % vs. 8,4 % vs. 8,3 % vs. 1,5 %), der

Privatdozent (6,3 % vs. 7,9 % vs. 0 % vs. 7,7 %), der titellose Arzt (5,5 % vs. 2,8 % vs. 0 % vs. 3,1 %) und die Ehrenprofessur (2,3 % vs. 2,3 % vs. 8,3 % vs. 1,5 %). Der amerikanische Dokortitel MD alleine oder in Kombination mit einem PhD schnitt hingegen im Vergleich sehr schlecht ab, lediglich 0,5 % der gesetzlich Versicherten und niemand aus den anderen Vergleichsgruppen (n = 291) entschied sich für den „MD“, in Kombination mit einem PhD kreuzten immerhin 0,6 % der Kassenversicherten, und 0,5 % der PKV-Versicherten diese Option an, bei den Selbstzahlern und privat Zusatzversicherten wählte niemand diesen Titel.

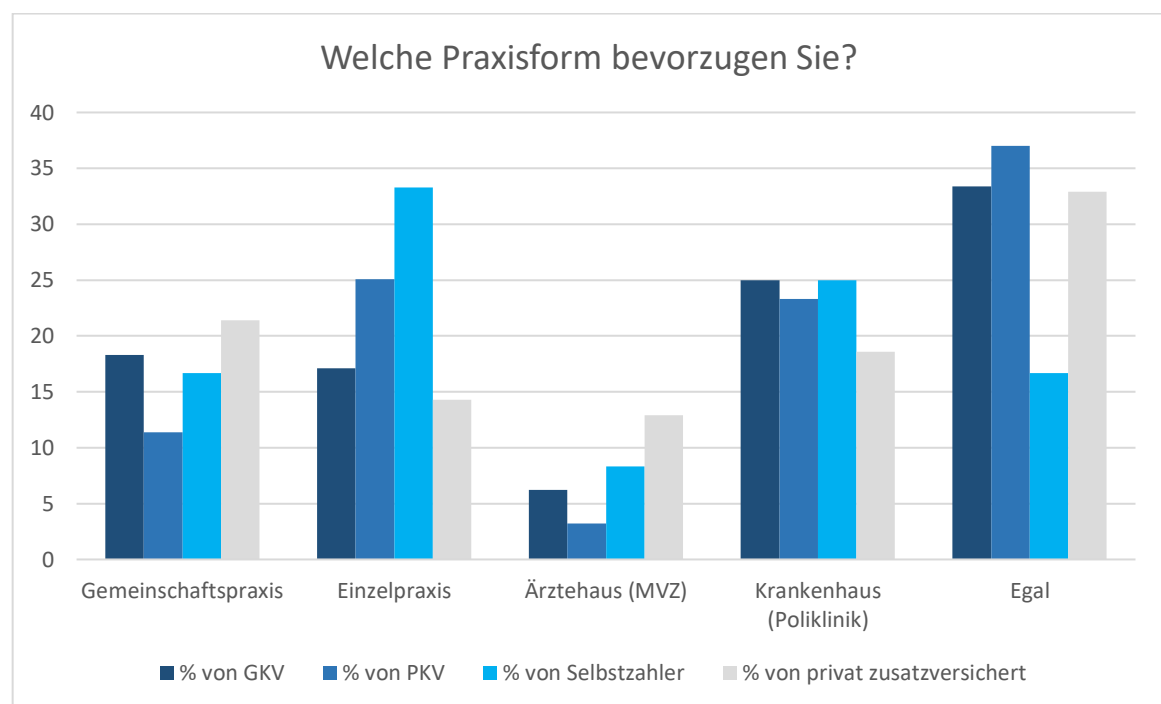


Abbildung 42 - Präferenz bei der Praxisform nach Versicherungsmodalität in Prozent

Ein Zusammenhang ließ sich in unserer Studie auch für die Versicherungsmodalität und die präferierte Praxisform feststellen ($p = 0,017$). Den allermeisten Befragten (34 %) war diese egal. Die Poliklinik des Krankenhauses wurde insgesamt von den meisten Befragten gewählt (GKV: 25,0 %, PKV: 23,3 %, Selbstzahlend: 25,0 %, Privat Zusatzversichert: 18,6 %), gefolgt von der Einzelpraxis (GKV: 17,1 %, PKV: 25,1 %, Selbstzahlend: 33,3 %, Privat Zusatzversichert: 14,3 %), der Gemeinschaftspraxis (GKV: 18,3 %, PKV: 11,4 %, Selbstzahlend: 16,7 %, Privat Zusatzversichert: 21,4 %) und dem Ärztehaus (GKV: 6,2 %, PKV: 3,2 %, Selbstzahlend: 8,3 %, Privat Zusatzversichert: 12,9 %). Trotz der allgemein hohen Akzeptanz der Poliklinik des Krankenhauses, bemerkt man

hier eine klare Tendenz der privat krankenversicherten und selbstzahlenden Subpopulationen hin zur Einzelpraxis.

6 Diskussion

In der Urologie wird man aufgrund der hohen Behandlungsbedürftigkeit in höheren Altersgruppen und begünstigt durch demographische Aspekte wie längerer Lebenserwartung und geburtenstarker Jahrgänge, in den kommenden Jahren mit einer wachsenden Anzahl an Patienten rechnen müssen [1, 21, 23-25]. Um dieser vermehrten Nachfrage auch auf Basis einer patientengerechten Versorgung nachkommen zu können, ist es unerlässlich, Faktoren zu identifizieren, die den Entscheidungsprozess beeinflussen, mit dem Patienten ihren Urologen aussuchen, um gezielt und frühzeitig die richtige Behandlung zu erhalten [7, 8].

Diese Arbeit hatte zum Ziel, ebendiese Faktoren herauszufinden und für die Versorgungsrealität anwendbar zu machen.

Die Urologie als die Fachdisziplin, welche sich mit Bau und Funktion sowie Diagnostik und Therapie von Krankheiten und Dysfunktionen der harnbildenden und -ableitenden Organe sowie der Sexualgesundheit und männlichen Geschlechtsorgane befasst, behandelt Menschen aller Altersgruppen [1, 46]. Anders als bei jungen Menschen, bei denen meist infektiöse oder angeborene Krankheitsbilder Anlass zur Konsultation geben, sind vor allem alte Menschen von chronischen oder onkologischen Krankheiten betroffen, die eine langfristige oder sogar dauerhafte Behandlung erfordern und meist eine intensivere Bindung an ihren Urologen bewirken [1, 41, 46].

Gerade bei chronischen Erkrankungen, ist eine gute Arzt-Patienten-Beziehung immens wichtig, da diese sich positiv auf Adhärenz, Compliance und damit Outcome des Patienten auswirken kann [2, 5, 68]. Eine solche gute Beziehung wiederum hängt stark von der Art ab, wie Arzt und Patient in der Sprechstunde interagieren und wie sehr individuelle Wünsche und Bedürfnisse des Patienten in der Therapieentscheidung Berücksichtigung finden [7, 8]. Letztlich profitieren auch Ärzte selbst von einer guten Beziehung, da langfristige, stabile Beziehungen zu Patienten auch einen wichtigen finanziellen Aspekt mitbringen [33, 83]. Zufriedene Patienten binden sich gewöhnlicherweise langfristig an ihren behandelnden Arzt, halten sich eher an Therapiepläne und empfehlen ihre Ärzte anderen Patienten weiter, was sich für diese finanziell lohnen kann [33, 83]. Auf Patientenseite hingegen ist die Folge von Unzufriedenheit häufig „Doctor Shopping“, also häufiger

Arztwechsel bei Erlebnissen, die nicht den Erwartungen entsprechen, oder eine verminderte Compliance [70, 71].

Für die Urologie als Fachrichtung ist es von besonderer Bedeutung, die Zahl redundanter, vermeidbarer Arztbesuche gering zu halten, da sie ohnehin unter allen Disziplinen in den kommenden Jahren den größten Bedarfszuwachs erleben wird [25]. Die steigende Nachfrage auf Patientenseite, welche auch mit enormen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden ist, trifft auf eine alternde Ärzteschaft [26-28]. Diese sieht sich zudem mit digitalen Neuerungen konfrontiert, die sowohl die Art der Patientenakquise als auch der Sprechstunde verändert haben und zukünftig noch stärker prägen werden [13-15, 80].

Während die Gesamtzufriedenheit von Patienten von zahllosen, interindividuell divergierenden Faktoren, in Form von Qualität der Behandlung, Gesprächsführung und vielen weiteren abhängt, wird der erste Schritt jedoch mit der Auswahl des Behandlers gemacht. Daher sollte hier ein besonderes Augenmerk liegen, da alle weiteren, durch den Arzt beeinflussbaren Modalitäten davon abhängen, von einem Patienten in erster Linie ausgewählt worden zu sein.

Mit einem Männeranteil von 81,8 % lag unsere Kohorte nicht weit entfernt von dem Männeranteil von ca. 84 %, den der Berufsverband der Deutschen Urologen (BDU) im Jahr 2000 in einer Erhebung zur Behandlungszufriedenheit von etwa 9000 Patienten urologischer Praxen angab [90]. Die größte Altersgruppe in unserer Population stellten die 61- bis 80-jährigen, dies beinhaltet das in der BDU Studie angegebene Durchschnittsalter urologischer Patienten von 66 Jahren [90]. Einkommen und Bildung korrelieren, daher war die festgestellte Korrelationen zwischen Bildungsgrad und Versicherungsmodalität erwartbar. Die private Krankenversicherung ist in Deutschland Personen vorbehalten, die ein jährliches Mindesteinkommen vorweisen können oder selbstständig sind [35, 38].

Mit der Frage, wie die Patienten auf uns aufmerksam geworden waren, konnten wir den Ist-Zustand bei Patienten, die sich bereits für eine urologische Behandlung, bzw. einen Urologen entschieden hatten, erfassen. Die mit Abstand meisten der Befragten kamen durch Überweisung eines anderen Arztes, weniger als ein

Sechstel kamen auf Empfehlung durch Freunde oder Familie. Da es hier nicht um einen PCD geht, sondern eine spezialisierte Behandlung, erwarteten wir, dass andere Faktoren greifen als bei der Wahl des Hausarztes. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Chapon et al., die Patienten befragten, welche sich zu dem Zeitpunkt der Umfrage in einer orthopädischen Klinik einer Vorderen Kreuzband (VKB) Operation unterzogen [91]. Auch diese Patienten wurden nach bereits getroffener Entscheidung befragt und nicht zu hypothetischen Aufenthalten. Außerdem handelte es sich auch hier um eine fachärztliche Behandlung. Die Patienten gaben zu 43,8 % (n = 105) an, auf Überweisung ihres Arztes dort zu sein, 41,0 % gaben an, über Freunde oder Familie zu der Klinik gekommen zu sein. Hinzu kamen 5,7 %, welche durch ihren Physiotherapeuten und 9,5 %, welche durch den Notarzt direkt an die Klinik überliefert wurden. Auch hier waren also Freunde, Familie und vor allem die Überweisung durch einen anderen Gesundheitsdienstleister die vorrangigen Gründe zur Wahl der Klinik [91]. Den Vergleich einschränkend war die kleine Kohortengröße von Chapon et al. sowie der Fakt, dass das maximale Alter 55 Jahre bei einem Durchschnittsalter von 28,8 Jahren betrug. Dort zeigte sich daher eine entsprechend stärkere Internetnutzung bei der Arztauswahl als bei uns, 11,4 % gaben an, durch eine Internetsuche auf die behandelnde Klinik gekommen zu sein. Zudem entsprach die Gruppe eher einem Kollektiv der Akutversorgung und nicht einem breiten orthopädischen Spektrum, welches mehr ältere Patienten und chronische Erkrankungen als Behandlungsgrund beinhalten dürfte [91, 92].

Etwa zwei Drittel unserer Befragten stufte die berufliche Qualifikation als wichtigstes Kriterium ein. Dieses Ergebnis wurde nach Publikation unserer Ergebnisse auch durch andere Studien bestätigt. Raza et al. konnten für chirurgische Behandler zeigen, dass Patienten die Arbeitserfahrung des Arztes im spezifischen Therapiefeld als wichtigstes Kriterium bei der Wahl ihres Behandlers nannten [93]. Zachariou et al. wiesen in ihrer Studie, die speziell auf urologische Behandler abzielte, mit dem Fragebogen der European Association of Urology Section of Outpatient and Office Urology (ESUO) ebenfalls den Facharztstitel und Effizienz als wichtigstes Kriterium für Patienten bei der Wahl ihres Urologen aus [94]. Wie in unserer Kohorte gewichteten auch die befragten Patienten in dieser Studie die fachliche Kompetenz gegenüber Empathie als vorrangig und gaben Empfehlungen von Freunden, Verwandten und überweisenden Ärzten den Vorrang

vor Internetbewertungen [94]. Die in zahlreichen anderen Publikationen proklamierte wachsende Bedeutung von Online-Portalen und digitalen Medien in der Gesundheitsbranche sollte man jedoch deshalb nicht gleich als widerlegt ansehen [13, 14, 80]. Einerseits konnten wir zeigen, dass der Anteil in der jüngeren, unter 40-jährigen, Bevölkerung, der durch eine Internetrecherche auf uns gekommen war bei immerhin knapp einem Fünftel entsprach. Andererseits wird die fachliche Kompetenz in Form von Facharzttiteln und Werdegang in entsprechenden Publikationen als wichtiger Aspekt bei der Arztsuche online genannt [12, 15, 78, 95]. Beide Modalitäten der Arztsuche haben einen hohen Stellenwert und gehen eher Hand in Hand, als sich gegenseitig auszuschließen.

Frühere Studien zum Thema der Geschlechtspräferenz lieferten unterschiedliche Ergebnisse. Tempest et al. lieferten Ergebnisse, die sich größtenteils mit den von uns im Rahmen der Studie erhobenen decken. Auf die Frage, ob sie eine Geschlechtspräferenz im urologischen Rahmen hätten, antworteten dort 80 % der Befragten „nein“, von den Teilnehmern mit Präferenz wollten 98 % einen gleichgeschlechtlichen Behandler [97]. Eine Studie aus Israel lieferte ein anderes Bild, von den 119 befragten, ausschließlich männlichen, Patienten, wünschten sich 43 % ausdrücklich einen männlichen Behandler [98]. Dies könnte in dem Fall allerdings auch mit kulturellen Gepflogenheiten oder einer stärkeren Religiosität erklärt werden, welche bereits bei Ahmad et al. zu erheblichen Unterschieden bei den Präferenzen von Patienten führte [10]. Zu dieser Fragestellung lieferte die Arbeitsgruppe des Promovenden später selbst in Form ihrer Publikation Tamalunas et al. eine Antwort, in der die patientengruppenabhängigen Faktoren beleuchtet und die Wichtigkeit der Wertschätzung der Präferenzen des behandelten Patienten unterstrichen wurden [99]. Patienten wurden für verschiedene hypothetische Szenarien nach ihrem bevorzugten Geschlecht des behandelnden Urologen gefragt, wobei lediglich 35 % keine Präferenz angaben. Frauen wie Männer bevorzugten allgemein einen gleichgeschlechtlichen Behandler, geschlechtsunabhängig wurde jedoch ein männlicher Behandler bei Problemen bevorzugt, die als peinlich, belastend oder einschränkend erachtet wurden. Beide Geschlechter präferierten allerdings einen weiblichen Behandler, wenn ein Problem als schmerzhaft empfunden wurde. Hatte es in der Vergangenheit positive Erfahrungen mit einem weiblichen oder männlichen Urologen gegeben, wurde dessen Geschlecht subsequent von Frauen wie

Männern bevorzugt [99]. Eine derart detaillierte und feine Unterscheidung der Beweggründe und Präferenzen war aufgrund des Fragebogendesigns in unserer Studie nicht möglich.

Auch bezüglich anderer Aspekte zeigten sich die Patienten unseres Kollektivs als sehr klar in ihren Vorstellungen. Etwa die Hälfte der Befragten hatten klare Vorstellungen, wenn es um die Einrichtung der Praxis oder die Praxisform ging, hinsichtlich der sogar knapp zwei Drittel angaben, eine klare Präferenz zu haben. Wenn es darum ging, in einer Praxis stets von derselben Person behandelt zu werden, gab sich sogar nur noch knapp jeder Sechste mit jemand anderem zufrieden. Der niedergelassene Urologe wird jedoch auch mit entsprechendem Vertrauen belohnt, zwei Drittel der Befragten gaben an, im Falle eines Eingriffs auf den Rat ihres Arztes zu vertrauen. Dies deckt sich mit Ergebnissen früherer Studien, Walsh beschrieb 2004 die verstärkte Konsumentenrolle von Patienten, verbunden mit höherer Informiertheit, Technologieaffinität und gestiegenen Ansprüchen in den Bereichen Effizienz und Verfügbarkeit [100]. Besonders die Bemühungen, eine konstantere und zeitnähere Verfügbarkeit von Terminen zu gewährleisten, bringen jedoch auch Probleme mit sich. Die Kehrseite des Entgegenkommens von ärztlicher Seite in puncto Verfügbarkeit, ist die Behandlung durch nicht immer denselben, sondern den Arzt, der gerade vor Ort ist, was mit einer niedrigeren Zufriedenheit mit der Behandlung auf Patientenseite assoziiert ist [85, 101]. Patienten profitieren jedoch von einer konstanten Behandlung mit einer Person als Ansprechpartner. Was wir in unserer Studie ebenso bestätigen konnten, postulierten auch Lewis et al., die eine klare Präferenz zum immer gleichen Behandler feststellen konnten [101, 102]. Die unterschiedlichen Ergebnisse im Vergleich der Versicherungsformen, zeigte klare Tendenzen zwischen den verschiedenen Versicherungsmodalitäten, welche auch mehr oder weniger die sozioökonomischen Verhältnisse der Versicherten abbilden. Weniger wohlhabende Menschen haben häufiger mit Krankheiten zu kämpfen und belasten das Gesundheitssystem finanziell verhältnismäßig stärker [103]. Doch obwohl kleinere Studien Indizien lieferten, dass Ärzte bei der Behandlung von wohlhabenden und bedürftigen Patienten keine signifikanten Unterschiede machen, haben ökonomisch schlechter positionierte Menschen auch schlechtere Erfahrungen im Gesundheitssystem und erleben auch zum Teil qualitativ schlechtere Behandlung [104, 105]. Auch ist, aufgrund eines geringer

ausgeprägten Verständnisses für ihren Gesundheitszustand und der notwendigen Behandlungen, die Abhängigkeit von anderen größer und das Risiko von Folgeerkrankungen höher [106]. In Erwartung des Ärztemangels, welcher das Gesundheitssystem in den kommenden Jahren prägen und speziell Regionen und Menschen betreffen wird, welche bereits heute unterversorgt sind, ist es umso wichtiger, die Bedürfnisse dieser besonders vulnerablen Gruppe zu untersuchen, um diese besser zu verstehen und ihr eine bessere Behandlung zuteilwerden zu lassen [107].

Der deutsche medizinische Dokortitel „Dr. med.“, welcher anders als sein österreichisches Pendant nicht automatisch mit Abschluss des Studiums erworben wird, unterlag ebenso wie das Promotionsverfahren in Deutschland häufigen Diskussionen hinsichtlich seiner Qualität [108]. Unsere Studie konnte jedoch zeigen, dass der deutsche Dokortitel sowohl in allen Bildungs- als auch sozialen Schichten weiterhin hohes Ansehen unter Patienten genießt und dem Professorentitel, der weitaus größere akademische Meriten voraussetzt zumindest in der Patientenwahrnehmung nur wenig nachsteht. Speziell im Vergleich zum nominell höherwertigen Titel des Privatdozenten, schnitt der Dr. med. unabhängig von sozioökonomischem und Bildungshintergrund erstaunlich gut ab. Dies unterstreicht die Bedeutung dieses Titels in der Wahrnehmung des Berufsstandes in Deutschland. Auch wenn einige Publikationen andeuten, dass der Titel des Arztes auch für Ärzte an Bedeutung verliert und vom Wesentlichen ablenkt, lässt sich am schlechten Abschneiden des titellosen Arztes (4,6 %) in unserer Studie doch ablesen, dass Patienten mit akademischen Würden doch auch meist hohe Expertise verbinden, selbst wenn sie sich der genauen Bedeutung des Titels nicht immer bewusst sind [109-112].

Eine wesentliche Einschränkung unserer Studie war die Tatsache, dass wir das Patientenkollektiv nicht weiter nach seinem Konsultationsgrund differenziert hatten. In einer späteren Publikation aus der Forschungsgruppe des Promovenden, in der stärker auf den Einfluss von „Gender-Bias“, also den Verzerrungseffekten durch Geschlechtsstereotypisierungen, eingegangen wurde, wurden die befragten Patienten auch hinsichtlich ihres Konsultationsgrundes befragt [99]. Hier ließen sich die Präferenzen bezüglich des Geschlechts des Behandlers klar den Konsultationsgründen der Patienten zuordnen. Je nachdem,

ob ein Problem als schmerzhaft oder peinlich beschrieben, bevorzugten Patienten unabhängig des eigenen Geschlechts einen weiblichen respektive männlichen Behandler [99].

In unserer Patientenkohorte gaben die meisten Patienten mit Präferenz bei der Praxisform an, die Poliklinik eines Krankenhauses als Wunschort einer Behandlung zu empfinden. Hier ist sicherlich ein Selection Bias, also eine Beeinflussung des Ergebnisses durch Zusammensetzung unserer Studienkohorte, welche aus Patienten der Poliklinik eines Universitätsspiitals bestand, anzunehmen [84]. Baker et al. konnten eine höhere Behandlungszufriedenheit bei Patienten nachweisen, welche in kleineren Praxen, die nicht als Ausbildungsstätten fungierten, behandelt wurden, allerdings fokussierte sich diese Studie auf Hausärzte, nicht auf fachärztliche Behandler [85]. Die Beobachtungen von Perron et al., die zeigen konnten, dass wohlhabendere Patienten eine Privatpraxis der Poliklinik eines Universitätsspiitals vorzogen, konnten wir in unserer Untersuchung bestätigen [77]. Zwar wählten die meisten Studienteilnehmer der Gesamtpopulation die Poliklinik als ihre bevorzugte Praxisform, die Gruppe der Privatversicherten und Selbstzahler, die auch die sozioökonomisch stärkeren Gruppen darstellten, zeigten jedoch eine klare Präferenz für die private Einzelpraxis.

Unser Studienkollektiv liegt mit einem relativ hohen Anteil Privatversicherter über dem Bundesdurchschnitt von 10,6 % und auch weit über dem bayerischen Durchschnitt von 12,7 %. Obwohl bei dem überdurchschnittlichen Privatanteil unseres Patientenkollektivs ein Selection Bias vermutet werden könnte, entspricht dieser jedoch ziemlich genau dem Marktanteil der privaten Krankenversicherungen im Landkreis München, welcher von dem Branchenverband der PKV mit 22,6 % angegeben wird [39].

Die Verteilung der Versicherungsmodalitäten ist somit durchaus als repräsentativ für die lokal bestehende Patientenlientel einzuschätzen, durch den trotzdem hohen Anteil an GKV-Versicherten, sollte man daraus trotzdem ein für ganz Deutschland repräsentatives Bild ableiten lassen [39, 40].

Auch der mit 41,3 % ermittelte Anteil an Patienten mit universitärem Bildungshintergrund entspricht nicht dem deutschen Durchschnitt, in einer 2019 durchgeführten und von der Bundeszentrale für politische Bildung veröffentlichten

Erhebung, konnte dargelegt werden, dass in der Gruppe der über vierzehnjährigen Bevölkerung lediglich 18,5 % einen universitären Abschluss (Bachelor, Master, Diplom, Promotion) innehatten [86]. Auch hier ist sicherlich von einem Selection Bias auszugehen, der hohe Anteil universitär gebildeter Patienten in der Kohorte ist jedoch auf der anderen Seite sehr interessant, da sich dadurch gut Unterschiede im Verhalten herausarbeiten lassen. Bisher haben sich nur wenige Publikationen mit den Differenzen befasst, die sich aus unterschiedlichen Bildungshintergründen von Patienten ergeben. Dabei wurde beispielsweise der Einfluss des Bildungsstandes auf den Therapieerfolg von psychiatrischen Akutbehandlungen evaluiert, oder die unterschiedlichen Perspektiven auf gesundheitspolitische Fragen [87-89].

Eine methodische Einschränkung im Bereich der Auswahl der Patienten des Kollektivs, welches wir untersuchten, war, dass sich diese bereits alle für einen Arzt entschieden hatten. Eine zusätzliche Erhebung von Daten bei potentiellen Patienten, die noch keiner Behandlung bedurften, hätte vielleicht einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn bedeuten können. Bornstein et al. rekrutierten die Probanden ihrer Studie an drei verschiedenen Orten, einem Wartezimmer einer neurologischen Praxis, einem Einkaufszentrum und einer lokalen Frauenrechtsorganisation. Dies hatte zum Ziel, eine möglichst heterogene Gruppe von Personen abzubilden sowie einer möglichen Beeinflussung durch den anwesenden PCD, vorzubeugen [11]. Einerseits ist davon auszugehen, dass bei einer urologischen Fragestellung andere Mechanismen bei der Arztwahl greifen, als bei der Auswahl des behandelnden Hausarztes. Andererseits liegt ein entscheidender Nachteil dieser Methode darin, dass man nicht nur Personen inkludiert, die sich zum Zeitpunkt der Befragung bereits in ärztlicher Behandlung befinden, also bereits eine Entscheidung getroffen haben, die sie zu einem bestimmten Arzt gebracht hat. Hier verliert man zugunsten der Heterogenität des untersuchten Kollektivs Gewissheit im Hinblick auf den Realismus bei der Angabe der Präferenzen und Einflussfaktoren. Denn Faktoren, die in einer Situation ohne tatsächlichen Behandlungsbedarf oder Leidensdruck als wichtig empfunden werden könnten, sind nicht unbedingt die, welche nach Eintritt des Krankheitsfalles den Ausschlag bei der Wahl geben.

So konnten wir beispielsweise feststellen, dass speziell jüngere Patienten zwar angaben, Internetbewertungen keine zu hohe Priorität in der Auswahl ihres Arztes einzuräumen, faktisch hatte jedoch knapp jeder Fünfte der Befragten in dieser Altersgruppe zum Zeitpunkt der Behandlung, seinen Arzt über das Internet gefunden. Zudem hat man es im Fall von Bornstein et al. mit einem sogenannten „Non-random-sampling“ zu tun, bei dem durch die Selektion der Untersuchenden eine artifizielle Patientenpopulation entsteht, die nicht der realen Patientenpopulation entspricht [11, 81]. Des Weiteren befragten Bornstein et al. ihre Patienten bewusst außerhalb der Praxisräume des PCD, um eine mögliche Beeinflussung zu verhindern. Die Autoren versahen jedoch ihre Ergebnisse mit der ausdrücklichen Einschränkung, dass sich für die besonderen Implikationen urologischer Behandlungen durchaus andere Prioritäten ergeben dürften [11]. Diesem Rationell folgend, macht es nur Sinn, urologische Patienten im urologischen Setting zu befragen, da hier andere Mechanismen als beim Hausarzt greifen und diese unter Umständen erst bei tatsächlicher Behandlungsnotwendigkeit klar werden.

Entsprechend konnten Bornstein et al. in ihrer Studie über die Präferenzen von Patienten in der Wahl ihres PCD das Geschlecht nicht als relevanten Einflussfaktor erkennen [11]. Dies stellt sich bei der Wahl eines urologischen Behandlers grundverschieden dar (Siehe 5.3), hier konnten wir klare Unterschiede erkennen, die eben den sensiblen und teils schambehafteten Charakter urologischer Krankheitsbilder widerspiegeln [4, 56, 59, 60, 62].

Nichtsdestoweniger sind die von uns präsentierten Daten in Qualität und Umfang einzigartig und wegweisend. Zum aktuellen Zeitpunkt existiert keine vergleichbare Studie, welche eine derart große Patientenkohorte auf die Einflussfaktoren bei der Auswahl des behandelnden Facharztes untersucht hat. Aufgrund der Voraussetzungen des deutschen Gesundheitssystems, können wir davon ausgehen, dass unsere über tausend Probanden weitgehend von äußeren Zwängen befreite Entscheidungen bei der Arztwahl treffen konnten. Es ließen sich Implikationen des Alters, des sozioökonomischen Hintergrunds sowie des Geschlechts herausarbeiten. Auch das bisher eher vernachlässigte Attribut des Bildungshintergrundes der Patienten konnte durch unsere Studie in seiner Wichtigkeit verdeutlicht werden. Insgesamt zeigt unsere Studie klare Faktoren auf,

die die Wahl des behandelnden Urologen beeinflussen und ist im Hinblick auf die Herausforderungen, welche die Urologie als Fachdisziplin erwarten, unerlässlich, um auch in Zukunft eine gute, patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten.

7 Zusammenfassung

Eine alternde Bevölkerung, mit einer steigenden Inzidenz urologischer Erkrankungen wird in den kommenden Jahren auf eine durch Alterung ausgedünnte Ärzteschaft treffen [22, 23, 25-27]. Um weiterhin eine hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten und hohe Patientenzufriedenheit zu erzielen, müssen wir genau wissen, von welchen Faktoren diese abhängen. Ein positives Behandlungserlebnis auf Patientenseite ist unerlässlich für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, welche wiederum für Compliance und langfristige Therapiekonzepte unabdingbar ist [5, 6, 69].

Patienten wählen ihren Arzt nach zahlreichen, interindividuell differierenden Kriterien aus. Für die behandelnden Ärzte ist es wichtig, eine möglichst große Anzahl dieser Kriterien zu kennen und, sofern möglich, zu berücksichtigen, denn speziell in der Urologie ist eine gute Arzt-Patienten-Beziehung noch wichtiger als in vielen anderen Disziplinen.

Noch heute werden eine Vielzahl zeitlich dringender Erkrankungen und Traumata aus dem urologischen Spektrum, die für die Betroffenen mit einem erheblichen Leidensdruck einhergehen, lieber schweigend in Kauf genommen, als sich zu einer Beratung und Therapie zu entscheiden, wobei die Gründe hierfür häufig Scham, Unwohlsein oder Furcht vor den Konsequenzen sind [4, 54, 56, 59, 60, 63]. Hier ist es unerlässlich, den Patienten das Gefühl zu vermitteln, dass sich ihrer Probleme ohne Stigmatisierung und unter Achtung und Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse angenommen wird.

Im Rahmen unserer Studie erhoben wir von insgesamt 1002 Patienten anonymisierte Umfragebögen. In diesen wurden in zwölf Fragen sowohl vier interne Faktoren, die den Patienten kategorisierbar machten als auch acht externe Faktoren, die die individuellen Präferenzen abbildeten, erhoben.

Frauen verhalten sich anders als Männer bei der Wahl ihres urologischen Behandlers. Sie geben der Empathie des Behandlers eine größere Gewichtung, auch wenn beide Geschlechter sich unter Berücksichtigung der Grunderkrankung ähnlich verhalten. Grundsätzlich sollte gerade bei schmerzhaften, als peinlich oder belastend empfundenen Erkrankungen eruiert werden, ob eine

Geschlechtspräferenz bezüglich des Behandlers besteht. Speziell bei älteren Männern, die das Hauptkollektiv urologischer Patienten stellen, ist hier vermehrt darauf zu achten. Männer scheinen zudem stärker auf Onlinedienste zurückzugreifen.

Junge Menschen nutzen bei der Arztwahl erwartungsgemäß mehr digitale Medien als ältere Patienten, der angestammte Arzt als Ansprechpartner bleibt jedoch geschlechts- und altersunabhängig der wichtigste Ratgeber bei der Wahl eines neuen Behandlers. Interessanterweise rückt die berufliche Qualifikation bei jungen Patienten als Kriterium bei der Arztsuche in den Hintergrund und weicht Qualitäten wie zum Beispiel der Empathie.

Der Bildungshintergrund hat erheblichen Einfluss auf die Art und Weise, wie Patienten ihren Arzt aussuchen. Patienten, die studiert haben, sind gegenüber ihren unstudierten Vergleichspartnern häufiger finanziell besser situiert, haben höhere Ansprüche an den beruflichen Werdegang ihres Behandlers und klare Vorstellungen bezüglich Praxisform und -einrichtung.

Auch privatversicherte und selbstzahlende Patienten haben sowohl im Hinblick auf den Leistungserbringer als auch die Umgebung höhere Ansprüche an die ihnen gegenüber erbrachte Gesundheitsdienstleistung. Gesetzlich krankenversicherte Patienten bevorzugen in ihrer Behandlung einen familiäreren Rahmen und verzichten dafür gerne auf erbrachte akademische Leistungen ihres Behandlers.

Patienten aller Bildungshintergründe und Versicherungsarten assoziieren mit dem Professorentitel ein besonders hohes Maß an Fachkompetenz, diese Tendenz ist bei Akademikern und Privatversicherten besonders stark ausgeprägt.

Der wichtigste Faktor in der Auswahl eines Behandlers ist für alle Patientengruppen die fachliche Kompetenz. Diese wird ohne weitere Kenntnis des Werdegangs besonders Trägern des akademischen Titels Professor und Dr. med. zugeschrieben.

Die Ergebnisse der hier vorliegenden Arbeit konnten zeigen, dass neben ökonomischen Faktoren der Bildungshintergrund, das Alter und das Geschlecht eines Patienten großen Einfluss darauf haben, welchem Behandler und in welchem Rahmen er sich diesem gerne anvertrauen möchte. Fachliche Kompetenz,

akademische Leistungen und Empathie eines Urologen werden jedoch mit großem Vertrauen und Treue des Patienten belohnt.

8 Abstract

In the coming years an aging population with an increasing incidence of urological diseases will encounter a medical workforce that is thinning due to equal aging [22, 23, 25-27]. To ensure a high quality of treatment and patient satisfaction, it is crucial to understand the factors on which these depend. A positive treatment experience on the patient's side is essential for a good doctor-patient relationship, which is indispensable for compliance and long-term treatment concepts [5, 6, 69].

Patients choose their doctor based on various individual criteria. For treating physicians, it is important to know and, if possible, consider as many of these criteria as possible, especially in urology, where a good doctor-patient relationship is even more critical than in many other disciplines.

Even today, a variety of urgent urological conditions and traumas, which are associated with significant suffering for those affected, are preferred to be silently endured rather than seeking advice and treatment because of shame, discomfort, or fear of the consequences [4, 54, 56, 59, 60, 63]. It is essential to make patients feel that their problems are accepted without stigmatization and with respect and consideration for their needs.

For our study we gathered anonymized data from 1002 patients from our outpatient office. The survey tested for twelve different items thereof four internal factors categorizing the patient and eight items representing the individual preferences in choice of urologist.

Women behave differently than men in choosing their urologist. They place greater emphasis on the physician's empathy, even though both genders behave similarly when the underlying condition is taken into account. In cases of painful, embarrassing, or distressing conditions, it should be explored whether there is a gender preference by the patient, especially among older men, who constitute the main group of urological patients. Men also appear to rely more on online services.

Young people understandably use more digital media in choosing a doctor than older patients, but the established doctor as a point of contact remains the most important advisor in choosing a new healthcare provider, regardless of gender and

age. Interestingly, professional qualifications are less important for younger patients when selecting a doctor, while qualities such as empathy come to the fore.

Educational background significantly influences the way patients choose their doctor. Patients with higher education are often financially better situated, have higher expectations regarding their doctor's professional background, and clear preferences regarding the practice's form and facilities.

Private and self-paying patients have higher expectations regarding the healthcare service provided, both in terms of the service provider and the environment. Statutorily insured patients prefer a more familiar setting and are willing to forgo their doctor's academic achievements.

Patients of all educational backgrounds and insurance modalities associate a high degree of competence with the academic title „Professor“. This tendency is most expressed in patients who have an academic background or private health insurance.

The most important factor in choosing a healthcare provider for all patient groups is their professional competence. This is attributed without further knowledge of their career path, particularly to individuals with the academic titles of Professor and Dr. med. The results of this study have shown that, in addition to economic factors, a patient's educational background, age, and gender have a significant influence on which healthcare provider they prefer and in what setting they are willing to entrust themselves. Professional competence, academic achievements and the empathy of a urologist are rewarded with patient trust and loyalty.

9 Literaturverzeichnis

1. Schmelz, H.U., C. Sparwasser, and W. Weidner, *Facharztwissen Urologie Differenzierte Diagnostik und Therapie*, in *SpringerLink Bücher*. 2014, Springer: Berlin, Heidelberg. p. Online-Ressource (XVI, 720 S. 90 Abb. in Farbe, online resource).
2. Krueger, K.P., B.A. Berger, and B. Felkey, *Medication adherence and persistence: A comprehensive review*. *Advances in Therapy*, 2005. **22**(4): p. 313-356.
3. Niolu, C. and A. Siracusano, *Psychological Issues in Improving Adherence and Alliance*, in *Adherence to Antipsychotics in Schizophrenia*, E. Sacchetti, et al., Editors. 2014, Springer Milan: Milano. p. 139-156.
4. Rakovac Tisdall, A., et al., *Erectile dysfunction: they don't talk, we don't ask*. *Diabetic Medicine*, 2018. **35**(5): p. 667-668.
5. Detsky, J.S., et al., *Impact of Biopsy Compliance on Outcomes for Patients on Active Surveillance for Prostate Cancer*. *J Urol*, 2020. **204**(5): p. 934-940.
6. Komisarenko, M., L.J. Martin, and A. Finelli, *Active surveillance review: contemporary selection criteria, follow-up, compliance and outcomes*. *Transl Androl Urol*, 2018. **7**(2): p. 243-255.
7. Faiman, B. and J.D. Tariman, *Shared Decision Making: Improving Patient Outcomes by Understanding the Benefits of and Barriers to Effective Communication*. *Clin J Oncol Nurs*, 2019. **23**(5): p. 540-542.
8. Elwyn, G., et al., *Shared decision making: a model for clinical practice*. *J Gen Intern Med*, 2012. **27**(10): p. 1361-7.
9. Cervantes-Ortega, M., et al., *Participatory decision-making for cancer care in a high-risk sample of low income Mexican-American breast cancer survivors: The role of acculturation*. *Int J Healthc*, 2020. **6**(2): p. 35-43.
10. Ahmad, W.I., E.E. Kernohan, and M.R. Baker, *Patients' choice of general practitioner: influence of patients' fluency in English and the ethnicity and sex of the doctor*. *J R Coll Gen Pract*, 1989. **39**(321): p. 153-5.
11. Bornstein, B.H., D. Marcus, and W. Cassidy, *Choosing a doctor: an exploratory study of factors influencing patients' choice of a primary care doctor*. *J Eval Clin Pract*, 2000. **6**(3): p. 255-62.
12. Beul S., e.a., *Users' Preferences for Telemedical Consultations: Comparing users' attitude towards different media in technology-mediated doctor-patient-communication*, in *5th International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare (PervasiveHealth) and Workshops*. 2011, IEEE: Dublin, Ireland.
13. Shutova, M.V.a.R.Y.S., *Digital Media and New Patient-Clinic-Doctor Interaction Patterns*, in *2021 Communication Strategies in Digital Society Seminar (ComSDS)*. 2021, St. Petersburg State University: IEEE. p. pp. 87-90.
14. Mishra, S., *Looking for Medical Advice in Everyday Digital Spaces: A Qualitative Study of Indians Connecting with Physicians on Facebook*. *Vikalpa*, 2021. **46**(2): p. 86-98.
15. Deng, Z., et al., *The Effect of Online Effort and Reputation of Physicians on Patients' Choice: 3-Wave Data Analysis of China's Good Doctor Website*. *J Med Internet Res*, 2019. **21**(3): p. e10170.
16. Pritzkeleit, R., F. Beske, and A. Katalinic, *[Demographic change and cancer]*. *Onkologie*, 2010. **33 Suppl 7**: p. 19-24.
17. Royce, T.J., et al., *Cancer screening rates in individuals with different life expectancies*. *JAMA Intern Med*, 2014. **174**(10): p. 1558-65.
18. Bundesgesundheitsministerium, *Daten des Gesundheitswesens 2019*. 2019.
19. Detmer, D.E., D.G. Fryback, and K. Gassner, *Heuristics and biases in medical decision-making*. *J Med Educ*, 1978. **53**(8): p. 682-3.

20. Dawson, N.V. and H.R. Arkes, *Systematic errors in medical decision making: judgment limitations*. J Gen Intern Med, 1987. **2**(3): p. 183-7.
21. Bundesgesundheitsministerium, *Daten des Gesundheitswesens 2021*, Bundesgesundheitsministerium, Editor. 2022.
22. Bundesärztekammer, *Ärztestatistik zum 31. Dezember 2022*. 2023.
23. Schneider, A.W. and J. Fichtner, *[The demographic development in Germany : challenge and chances for urology]*. Urologe A, 2014. **53**(8): p. 1136-45.
24. Haas, H., et al., *[Structure of outpatient urology care in Germany]*. Urologie, 2023. **62**(5): p. 503-509.
25. Stephan-Odenthal, M., *[Influence of demographic change on urology : What requirements await us?]*. Urologe A, 2019. **58**(1): p. 54-58.
26. Litwin, M.S., et al., *Urologic diseases in America Project: analytical methods and principal findings*. J Urol, 2005. **173**(3): p. 933-7.
27. Miller, D.C., C.S. Saigal, and M.S. Litwin, *The demographic burden of urologic diseases in America*. Urol Clin North Am, 2009. **36**(1): p. 11-27, v.
28. Pruthi, R.S., et al., *Recent trends in the urology workforce in the United States*. Urology, 2013. **82**(5): p. 987-93.
29. Busse, R., et al., *Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition*. Lancet, 2017. **390**(10097): p. 882-897.
30. Bohm, K., et al., *Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification*. Health Policy, 2013. **113**(3): p. 258-69.
31. Salisbury, C.J., *How do people choose their doctor?* BMJ, 1989. **299**(6699): p. 608-10.
32. Wendt, C., L. Frisina, and H. Rothgang, *Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison*. Social Policy & Administration, 2009. **43**(1): p. 70-90.
33. Lucas, J.A., *The satisfaction survey that matters*. Am J Obstet Gynecol, 2012. **206**(6): p. 518-22.
34. Krankenkasse, T. *Wie sind die aktuellen Beitrags-sätze in der Sozialversicherung?* 2023 [cited 2023 14.09.2023]; Available from: <https://www.tk.de/firmenkunden/versicherung/beitraege-faq/beitragssaetze/aktuelle-beitragssaetze-in-der-sozialversicherung-2031554?tkcm=ab>.
35. e.V., V.d.P.K. *Versicherungspflichtgrenze 2024: Wechsel in die PKV wird weiter erschwert*. 2023 [cited 2023 08. September]; Available from: <https://www.pkv.de/verband/presse/meldungen/versicherungspflichtgrenze-wechsel-in-die-pkv-wird-weiter-erschwert/>.
36. Gesundheit, B.f. *Private Krankenversicherung (PKV)*. 2023 [cited 2023 25.10.2023]; Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/private-krankenversicherung>.
37. Bundesgesundheitsministerium. *Beiträge*. 2023 03.11.2023]; Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege>.
38. Bundesamt, S., *Gehaltsvergleich 2022: Neben dem Beruf ist der Bildungsabschluss entscheidend*, in *Pressemitteilung Nr.200*. 2023: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/05/PD23_200_62.html.
39. Krankenversicherung, V.d.P., *PKV Regionalatlas Bayern*. 2020.
40. Krankenversicherung, V.d.P., *PKV in Zahlen 2021*. 2022.
41. Choi, S.Y. and C.G. Yoon, *Urologic Diseases in Korean Military Population: a 6-year Epidemiological Review of Medical Records*. J Korean Med Sci, 2017. **32**(1): p. 135-142.
42. Institut, R.K., *Krebs in Deutschland für 2017/2018*. 2021, Robert Koch Institut: Berlin.
43. Berges, R., *[Epidemiology of benign prostatic syndrome. Associated risks and management data in German men over age 50]*. Urologe A, 2008. **47**(2): p. 141-8.

44. Egan, K.B., *The Epidemiology of Benign Prostatic Hyperplasia Associated with Lower Urinary Tract Symptoms: Prevalence and Incident Rates*. Urol Clin North Am, 2016. **43**(3): p. 289-97.
45. Buder, S., et al., *Bacterial sexually transmitted infections*. J Dtsch Dermatol Ges, 2019. **17**(3): p. 287-315.
46. Manski, D., *Urologielehrbuch.de*. 16. Auflage ed. 2022, Stadtbergen: Dr. Dirk Manski. XXIX, 786 Seiten.
47. Oelke, M., M.A. Kuczyk, and T.R. Herrmann, *[Pharmacological treatment of benign prostatic hyperplasia]*. Urologe A, 2009. **48**(11): p. 1365-75; quiz 1376-7.
48. Cornu, J.N., Gacci, M., Hashim, C., Herrmann, T. R. W., Malde, S., Netsch, C., Rieken, M., Sakalis, V., Tutolo, M., *Management of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO). EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan March 2023, ISBN 978-94-92671-19-6*. 2023.
49. Chapple, C., *Overview on the lower urinary tract*. Handb Exp Pharmacol, 2011(202): p. 1-14.
50. Hofner, K., et al., *[S2e guideline of the German urologists: Conservative and pharmacologic treatment of benign prostatic hyperplasia]*. Urologe A, 2016. **55**(2): p. 184-94.
51. Bschiepfer, T., et al., *[S2e guideline of the German urologists: Instrumental treatment of benign prostatic hyperplasia]*. Urologe A, 2016. **55**(2): p. 195-207.
52. Weinhold, P., et al., *[Etiology and diagnostics of the benign prostate syndrom]*. MMW Fortschr Med, 2013. **155**(14): p. 35-8.
53. Lepor, H., *Pathophysiology, epidemiology, and natural history of benign prostatic hyperplasia*. Rev Urol, 2004. **6 Suppl 9**(Suppl 9): p. S3-S10.
54. Goforth, J. and M. Langaker, *Urinary Incontinence in Women*. N C Med J, 2016. **77**(6): p. 423-425.
55. Flisser, A.J. and J.G. Blaivas, *Evaluating incontinence in women*. Urol Clin North Am, 2002. **29**(3): p. 515-26.
56. Frigerio, M., et al., *Quality of Life, Psychological Wellbeing, and Sexuality in Women with Urinary Incontinence-Where Are We Now: A Narrative Review*. Medicina (Kaunas), 2022. **58**(4).
57. EAU, *EAU Urology Survey 2020*, E.A.o. Urology, Editor. 2020.
58. Kessler, A., et al., *The global prevalence of erectile dysfunction: a review*. BJU Int, 2019. **124**(4): p. 587-599.
59. Anderson, D., et al., *Male Sexual Dysfunction*. Health Psychol Res, 2022. **10**(3): p. 37533.
60. Feldman, H.A., et al., *Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study*. J Urol, 1994. **151**(1): p. 54-61.
61. Rastrelli, G. and M. Maggi, *Erectile dysfunction in fit and healthy young men: psychological or pathological?* Transl Androl Urol, 2017. **6**(1): p. 79-90.
62. Badr, H. and C.L. Taylor, *Sexual dysfunction and spousal communication in couples coping with prostate cancer*. Psychooncology, 2009. **18**(7): p. 735-46.
63. Sheng, Z., *Psychological consequences of erectile dysfunction*. Trends in Urology & Men's Health, 2021. **12**(6): p. 19-22.
64. Esposito, K., et al., *Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial*. JAMA, 2004. **291**(24): p. 2978-84.
65. *Doctor choice equals happiness in managed care*. Manag Care Interface, 1998. **11**(6): p. 76, 80.
66. Gibbs, D.A., J.A. Sangl, and B. Burrus, *Consumer perspectives on information needs for health plan choice*. Health Care Financ Rev, 1996. **18**(1): p. 55-73.

67. Lubalin, J.S. and L.D. Harris-Kojetin, *What do consumers want and need to know in making health care choices?* Med Care Res Rev, 1999. **56 Suppl 1**: p. 67-102; discussion 103-12.
68. Krupat, E., et al., *Choice of a primary care physician and its relationship to adherence among patients with diabetes.* Am J Manag Care, 2002. **8**(9): p. 777-84.
69. Spaeth, G.L., *"Noncompliance"--not a patient problem, but rather a sign of a sick doctor-patient relationship.* Ophthalmic Surg, 1995. **26**(3): p. 189-93.
70. Marquis, M.S., A.R. Davies, and J.E. Ware, Jr., *Patient satisfaction and change in medical care provider: a longitudinal study.* Med Care, 1983. **21**(8): p. 821-9.
71. Becker, M.H. and L.A. Maiman, *Strategies for enhancing patient compliance.* J Community Health, 1980. **6**(2): p. 113-35.
72. Billingham, B. and M. Whitfield, *Why do patients change their general practitioner? A postal questionnaire study of patients in Avon.* Br J Gen Pract, 1993. **43**(373): p. 336-8.
73. *Patient dissatisfaction. New evidence that managed care is to blame?* Med Econ, 1997. **74**(10): p. 45.
74. Hoerger, T.J. and L.Z. Howard, *Search behavior and choice of physician in the market for prenatal care.* Med Care, 1995. **33**(4): p. 332-49.
75. Lupton, D., C. Donaldson, and P. Lloyd, *Caveat emptor or blissful ignorance? Patients and the consumerist ethos.* Soc Sci Med, 1991. **33**(5): p. 559-68.
76. Perron, N.J., et al., *Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland.* Fam Pract, 2003. **20**(4): p. 428-33.
77. Junod Perron, N., B. Favrat, and M. Vannotti, *Patients who attend a private practice vs a university outpatient clinic: how do they differ?* Swiss Med Wkly, 2004. **134**(49-50): p. 730-7.
78. Shan, W., et al., *The Influence of Physician Information on Patients' Choice of Physician in mHealth Services Using China's Chunyu Doctor App: Eye-Tracking and Questionnaire Study.* JMIR Mhealth Uhealth, 2019. **7**(10): p. e15544.
79. Shah J, D.C., *Establishing Which Factors Patients Value When Selecting Urology Outpatient Care.* British Journal of Medical and Surgical Urology, 2010. **3**: p. 25-29.
80. Rodler, S., et al., *Digital Therapeutics in Urology: An Innovative Approach to Patient Care and Management.* Eur Urol Open Sci, 2023. **55**: p. 23-27.
81. Kelley, K., et al., *Good practice in the conduct and reporting of survey research.* Int J Qual Health Care, 2003. **15**(3): p. 261-6.
82. Inneren, B.d., *Ratgeber für Anschriften und Anreden.* 2010: Protokoll Inland der Bundesregierung.
83. Preble, S. and W.W. Wachs, *The new face of growth.* Healthc Financ Manage, 2014. **68**(3): p. 70-5.
84. Haneuse, S., *Distinguishing Selection Bias and Confounding Bias in Comparative Effectiveness Research.* Med Care, 2016. **54**(4): p. e23-9.
85. Baker, R. and J. Streatfield, *What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction.* Br J Gen Pract, 1995. **45**(401): p. 654-9.
86. Bildung, B.f.P. *Bildungsstand der Bevölkerung.* 2022 [cited 2023 10.02.2023].
87. Isohanni, I., P. Nieminen, and M. Isohanni, *The relationship between patients' educational level and therapeutic process in an acute patient therapeutic community.* Eur Psychiatry, 1997. **12**(3): p. 130-5.
88. Lewis, C.E., et al., *Level of education and patient opinion: significant differences in perceptions of health care.* Curr Surg, 2004. **61**(5): p. 504-10.
89. Hadiyan, M., et al., *Does the Level of Education Affect the Preferences for Prioritizing Health Resources.* iranian economic review, 2020.

90. BDU. *Umfrage des BDU: Jüngere Männer im Fokus der Urologen*. Deutsches Ärzteblatt 2000 [cited 7/2000; Available from: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/21245/Umfrage-des-BDU-Juengere-Maenner-im-Fokus-der-Urologen>].
91. Chapon, M.P., et al., *How do patients choose their surgeon? Example of anterior cruciate ligament reconstruction*. Orthop Traumatol Surg Res, 2022. **108**(3): p. 103037.
92. Dalos, D., et al., *Operative versus conservative treatment in pelvic ring fractures with sacral involvement*. Orthop Traumatol Surg Res, 2023: p. 103691.
93. Raza, A., K.M. Furtado, and D. Mathur, *Credentials That Matter While Selecting a Surgeon for Major Surgical Treatment*. Patient Prefer Adherence, 2023. **17**: p. 2487-2494.
94. Zachariou, A., et al., *What Factors Determine the Patients' Choice in Finding Their Office Urologist?* Patient Prefer Adherence, 2021. **15**: p. 2837-2843.
95. Zhang, S., et al., *Exploring Types of Information Sources Used When Choosing Doctors: Observational Study in an Online Health Care Community*. J Med Internet Res, 2020. **22**(9): p. e20910.
96. !!! INVALID CITATION !!! [84].
97. Tempest, H.V., S. Vowler, and A. Simpson, *Patients' preference for gender of urologist*. Int J Clin Pract, 2005. **59**(5): p. 526-8.
98. Amir, H., et al., *Do Urology Male Patients Prefer Same-Gender Urologist?* Am J Mens Health, 2018. **12**(5): p. 1379-1383.
99. Tamalunas, A., et al., *Gender Bias in Urology: How Do Patients Really Choose Their Urologist?* Patient Prefer Adherence, 2022. **16**: p. 3001-3013.
100. Walsh, A.L., *Managing your practice's first impression: the process of front-desk reengineering*. J Med Pract Manage, 2004. **19**(5): p. 264-71.
101. Guthrie, B., et al., *Continuity of care matters*. BMJ, 2008. **337**: p. a867.
102. Lewis, C.L., et al., *Patient preferences for care by general internists and specialists in the ambulatory setting*. J Gen Intern Med, 2000. **15**(2): p. 75-83.
103. Epstein, A.M., R.S. Stern, and J.S. Weissman, *Do the poor cost more? A multihospital study of patients' socioeconomic status and use of hospital resources*. N Engl J Med, 1990. **322**(16): p. 1122-8.
104. Al Alwan, I., et al., *Do poor patients suffer from inaccurate diagnoses more than well-to-do patients? A randomized control trial*. BMC Medical Education, 2019. **19**(1): p. 386.
105. Okunrintemi, V., et al., *Association of Income Disparities with Patient-Reported Healthcare Experience*. J Gen Intern Med, 2019. **34**(6): p. 884-892.
106. Hickey, K.T., et al., *Low health literacy: Implications for managing cardiac patients in practice*. Nurse Pract, 2018. **43**(8): p. 49-55.
107. Sandhu, V.K., D.M. Jose, and C.H. Feldman, *Underserved Communities: Enhancing Care with Graduate Medical Education*. Rheum Dis Clin North Am, 2020. **46**(1): p. 167-178.
108. Pabst, R., D.H. Park, and V. Paulmann, *[The German academic degree "Dr. med." is better than its reputation. Results of a questionnaire of doctoral students]*. Dtsch Med Wochenschr, 2012. **137**(45): p. 2311-5.
109. Treasure, T. and C. Tan, *Miss, Mister, Doctor: how we are titled is of little consequence*. J R Soc Med, 2006. **99**(4): p. 164-5.
110. Naini, F.B. and D.S. Gill, *Miss, Mister, Doctor. To protect and serve the patient*. J R Soc Med, 2006. **99**(7): p. 334.
111. Ibery, N., P.M. Patel, and P.J. Robb, *Do surgeons wish to become doctors?* J R Soc Med, 2006. **99**(4): p. 197-9.
112. Grange, J.M., *Miss, Mister, Doctor. Preferred titles*. J R Soc Med, 2006. **99**(7): p. 335.

11 Publikationsliste

Artikel in begutachteten Fachzeitschriften:

Choosing a Specialist: An Explanatory Study of Factors Influencing Patients in Choosing a Urologist

Urol Int. 2021;105(9-10);

Tamalunas A, Buchner A, Hennenberg M, Stadelmeier LF, Höhn H, Vilsmaier T, Mumm ML, Kolben T, Stief CG, Mumm JN

Gender Bias in Urology: How Do Patients Really Choose Their Urologist?

Patient Prefer Adherence. 2022

Tamalunas A, Lenau P, Stadelmeier LF, Mumm JN, Vilsmaier T, Höhn H, Mumm ML, Waidelich R, Casuscelli J, Magistro G, Buchner A, Kolben T, Stief C, Hennenberg M

Digital Therapeutics in Urology: An Innovative Approach to Patient Care and Management.

Eur Urol Open Sci. 2023

Rodler S, Kowalewski KF, Scheibert H, Bensel M, Stadelmeier LF, Styn A, Belenchon IR, Taratkin M, Puliatti S, Gomez Rivas J, Veccia A, Piazza P, Checcucci E, Michel MS, Stief CG, Cacciamani G; Young Academic Urologists Urotechnology Group of the European Association of Urology

Kongressbeiträge:

Gender Bias in Urology: How Do Patients Really Choose Their Urologist?

Jahrestagung der European Association of Urology (EAU), 2023, Amsterdam

Tamalunas A, Lenau P, Stadelmeier LF, Mumm JN, Vilsmaier T, Höhn H, Mumm ML, Waidelich R, Casuscelli J, Magistro G, Buchner A, Kolben T, Stief C, Hennenberg M

Gender Bias in Urology: How Do Patients Really Choose Their Urologist?

Jahrestagung der American Urological Association (AUA), 2023, Chicago, USA

Tamalunas A, Lenau P, Stadelmeier LF, Mumm JN, Vilsmaier T, Höhn H, Mumm ML, Waidelich R, Casuscelli J, Magistro G, Buchner A, Kolben T, Stief C, Hennenberg M

12 Danksagung

Allen voran gilt mein besonderer Dank Herrn Priv. Doz. Dr. med. Alexander Tamalunas, welcher mich seit unserem ersten Treffen durch seine souveräne, strukturierte, hilfsbereite und humorvolle Art durch diese Promotion begleitet hat und ohne den vermutlich nie mein Interesse an medizinischer Forschung geweckt worden wäre. Ohne ihn und seine stetige Unterstützung und generell großartige Betreuung wäre diese Arbeit niemals zustande gekommen.

Die vorliegende Arbeit wurde an der Urologischen Klinik und Poliklinik des LMU Klinikums unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. med. Christian G. Stief angefertigt. Ihm gilt mein Dank für die zur Verfügung gestellten Mittel in Wissenschaft und Forschung.

Meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Alexander Buchner danke ich vielmals für die stete Unterstützung, Erreichbarkeit und Sorgfalt in seiner Tätigkeit und Betreuung meiner Forschung und ärztlichen Arbeit. Ebenso danke ich Herrn Prof. Dr. rer. nat. Martin Hennenberg und Herrn Prof. Dr. med. Thomas Kolben für die guten Ratschläge auf Basis ihrer immensen wissenschaftlichen Erfahrung, welche sie jederzeit gerne mit mir teilten.

Ich danke meinen Eltern, meiner Schwester und meiner Familie, deren vollster Unterstützung ich mir zu jedem Zeitpunkt meines Lebens sicher sein konnte und die mich auch während dieser Promotion stets unterstützt und beraten haben. Auch gilt mein Dank meinen lieben Studienfreunden, welche mir über die Jahre zu einer Zweitfamilie gewachsen sind.

Frau Josefa Greiser danke ich von ganzem Herzen für die jahrelange Unterstützung und ihr Drängen auf die Fertigstellung dieser Arbeit, wobei sie mir zu jedem Zeitpunkt mit Rat und Tat zur Seite stand. Ihre Ermutigung, ihr Verständnis und ihr Vorbild halfen immens.

Affidavit



Eidesstattliche Versicherung

Stadelmeier, Leo Federico

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

Einflussfaktoren auf die Auswahl des behandelnden Arztes und auf die Arzt-Patienten-Beziehung bei urologischen Patienten

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 24.10.2024

Ort, Datum

Leo F. Stadelmeier

Unterschrift Doktorandin bzw. Doktorand