DOCTORAL (PhD) DISSERTATION

PATRICIA CAROLA MERTEN, M.A.

University of Sopron

Sopron

2026

University of Sopron
István Széchenyi Economics and Management Doctoral School

AMBULANTE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND: DETERMINANTEN DER ENTSCHEIDUNG ZWISCHEN DEN MÖGLICHEN VERSORGUNGSFORMEN

Doctoral (PhD) dissertation

Written by:
Patricia Carola Merten, M.A.

Supervisors:
Bazsóné Dr. Laura Bertalan
Prof. Dr. Volker Lombeck

Sopron
2026

AMBULANTE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND: DETERMINANTEN DER ENTSCHEIDUNG ZWISCHEN DEN MÖGLICHEN VERSORGUNGSFORMEN

Dissertation to obtain a PhD degree

Written by:

Patricia Carola Merten, M.A.

Prepared by the University of Sopron

István Széchenyi Economics and Management Doctoral School

within the framework of the Business Economics & Management Programme

Supervisor(s): Bazsóné Dr. Laura Bertalan

Prof. Dr. Volker Lombeck

The supervisor(s) has recommended the evaluation of the dissertation be accepted: yes/no

_____

1st supervisor signature

_____

2nd supervisor signature

The evaluation has been recommended for approval by the reviewers (yes/no):

1. judge: Dr. _____ yes / no _____

(signature)

2. judge: Dr. _____ yes / no _____

(signature)

Result of the public dissertation defence: _____ %

Sopron, 20____ year _____ month _____ day

_____

Chairperson of the Judging Committee

Qualification of the PhD degree: _____

_____

UDHC Chairperson

INHALTSVERZEICHNIS

Genderhinweis VII

Tabellenverzeichnis VIII

Abbildungsverzeichnis IX

Symbolverzeichnis XI

Abkürzungsverzeichnis XII

Abstrakt XIV

Abstract XV

1 Einleitung, Problemstellung und Zielsetzung 1

2 Theorie und aktueller Forschungsstand 4

2.1 Der Aufbau des Gesundheitswesens in Deutschland 4

2.1.1 Gesundheit und Gesundheitspolitik 4

2.1.2 Das Krankenversicherungssystem 6

2.1.2.1 Die gesetzliche Krankenversicherung 6

2.1.2.2 Die private Krankenversicherung 8

2.2 Angebotsstrukturen in der Krankenversorgung in Deutschland 9

2.2.1 Stationäre Krankenversorgung 9

2.2.2 Ambulante Krankenversorgung 13

2.3 Der Aufbau der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 16

2.3.1 Politische Rechtsgrundlage 16

2.3.2 Die Kassenärztlichen Vereinigungen 18

2.3.3 Bedarfsplanung zur vertragsärztlichen Versorgung 21

2.4 Mögliche Kooperationsformen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 25

2.4.1 Einzelpraxis 26

2.4.2 Berufsausübungsgemeinschaft 27

2.4.3 Medizinisches Versorgungszentrum ... 28
2.5 Vergleich der möglichen Kooperationsformen ... 32
2.5.1 Struktur und Personal ... 32
2.5.2 Einrichtungsträger ... 33
2.5.3 Investitionsverhalten ... 34
2.5.4 Abrechnungsmodalitäten ... 35
2.5.5 Vor- und Nachteile der möglichen Kooperationsformen ... 36
2.6 Patientenseitige Arzt- und Praxiswahlpräferenzen im nationalen und internationalen Forschungskontext ... 38
2.7 Das Behavioral Model of Health Services Use nach Andersen zur Erklärung von Versorgungsstrukturen und Inanspruchnahmeverhalten ... 42
2.7.1 Entstehung und Weiterentwicklung des Modells ... 43
2.7.2 Einflussfaktoren der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ... 43
2.7.3 Bedeutung des Andersen-Modells für die ambulante vertragsärztliche Versorgung ... 46
2.8 Herausforderungen ausgewählter Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich ... 47
2.8.1 Großbritannien ... 47
2.8.2 Japan ... 48
2.8.3 Dänemark ... 50
3 Methodisches Vorgehen ... 52
3.1 Erläuterungen zum Forschungsdesign ... 52
3.2 Stichprobe ... 54
3.2.1 Quantitative Stichprobe ... 54
3.2.2 Qualitative Stichprobe ... 57
3.3 Qualitätssicherung empirischer Forschung ... 60
3.3.1 Qualitätssicherung der quantitativen Datenerhebung ... 61
3.3.2 Qualitätssicherung der qualitativen Datenerhebung ... 61

3.4 Bildung der Forschungsfragen und -hypothesen ... 62
3.5 Auswertungsverfahren der empirischen Untersuchung ... 66
3.5.1 Quantitative Datenanalyse ... 66
3.5.2 Qualitative Inhaltsanalyse ... 68
3.6 Realisierung der Datenerhebung ... 70
4 Ergebnisse ... 73
4.1 Ergebnisse der quantitativen Datenerhebung ... 73
4.1.1 Ergebnisse der bivariaten Analyse zur Wahl der Praxisform ... 73
4.1.2 Ergebnisse der multinomialen logistischen Regression zur Wahl der Praxisform ... 96
4.2 Ergebnisse der qualitativen Datenerhebung ... 103
4.2.1 Überblick über die Stichprobe der leitfadengestützten Interviews ... 103
4.2.2 Quantifizierende Auswertung der qualitativen Inhaltsanalyse ... 105
4.2.3 Zusammenführung der Ergebnisse ... 113
5 Diskussion ... 116
5.1 Interpretation der Ergebnisse der quantitativen Datenerhebung ... 116
5.2 Interpretation der Ergebnisse der qualitativen Datenerhebung ... 122
5.3 Triangulative Integration der quantitativen und qualitativen Befunde ... 124
5.4 Einordnung der Ergebnisse in den nationalen und internationalen Forschungskontext ... 126
6 Fazit ... 131
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse ... 131
6.2 Neue wissenschaftliche Ergebnisse ... 133
6.3 Stärken und Limitationen ... 135
6.4 Weiterer Forschungsbedarf ... 136
6.5 Gesundheitspolitische Implikationen und Empfehlungen ... 137
6.5.1 Gesundheitspolitische Implikationen ... 137

6.5.2 Gesundheitspolitische Empfehlungen 139

Anhang 142

Literaturverzeichnis 142

Anhang 1: Onlinefragebogen 154

Anhang 2: Codierung RStudio 160

Anhang 3: Interviewleitfaden 237

Anlagen 240

Statement of identity 240

Legal statement 241

Widmung 242

Genderhinweis

Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche, männliche und diverse Personen. Auf Doppelnennungen und gegenderte Bezeichnungen wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Krankenhäuser, Betten und Patientenbewegungen von 2013 bis 2023 in Deutschland 11

Tabelle 2: Zuordnung der Arztgruppen im Rahmen der Bedarfsplanung 23

Tabelle 3: Empirische Forschung zu patientenseitigen Arzt- und Praxiswahlpräferenzen 41

Tabelle 4: Soziodemografisches Profil der qualitativen Stichprobe 59

Tabelle 5: Forschungsfragen und Alternativhypothesen 65

Tabelle 6: Inhaltliche Auswertung der Freitextangaben innerhalb der Kategorie „Sonstiges“ (n = 364) 92

Tabelle 7: Überblick über die Interviewstichprobe (n = 20) 104

Tabelle 8: Verteilung der Codierungen auf die Hauptkategorien 105

Tabelle 9: Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse 107

Tabelle 10: Codierungshäufigkeiten der Subkategorien 109

Tabelle 11: Zusammenfassung der Forschungsfragen, Hypothesen und Ergebnisse der Hypothesenprüfung 120

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland 2015 bis 2024 14

Abbildung 2: Funktionsweise der Vertragsarztvergütung im deutschen Gesundheitssystem 20

Abbildung 3: Kartenübersicht der vertragsärztlichen Bedarfsplanung in der KV Nordrhein für die hausärztliche Versorgung 24

Abbildung 4: Entwicklung der Anzahl an hausärztlichen und fachärztlichen Einzelpraxen in den Jahren 2015 bis 2024 26

Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl an hausärztlichen und fachärztlichen fachgleichen BAGs in den Jahren 2015 bis 2024 28

Abbildung 6: Entwicklung der Anzahl an MVZ in den Jahren 2014 bis 2023 29

Abbildung 7: Aufteilung der Trägerschaften von MVZ in den Jahren 2016 bis 2023 31

Abbildung 8: Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse 69

Abbildung 9: Verteilung des Alters der Stichprobe (n =1.010) 74

Abbildung 10: Verteilung der Geschlechter der Stichprobe (n =1.010) 74

Abbildung 11: Verteilung des Versicherungsstatus der Stichprobe (n =1.010) 75

Abbildung 12: Verteilung der Postleitzahl-Erstziffern innerhalb Deutschlands der Stichprobe (n =1.010) 76

Abbildung 13: Verteilung der Entfernung zu der nächsten Facharztpraxis der Stichprobe (n =1.010) 77

Abbildung 14: Verteilung der zuletzt besuchten Facharztrichtung der Stichprobe (n =1.010) 79

Abbildung 15: Verteilung der Praxisformen nach Facharztrichtung (n = 1.010) 81

Abbildung 16: Praxisformen nach ausgewählten Facharztrichtungen (n = 1.010) 83

Abbildung 17: Wahrgenommenen Eigenschaften der Praxisformen (n = 1.010) 85

Abbildung 18: Verteilung der gewählten Praxisform nach Altersgruppe (n =1.010) 87

Abbildung 19: Verteilung von Wohnort (städtisch oder ländlich) und besuchter Praxisform (n =1.010) 88

Abbildung 20: Verteilung zwischen der zuletzt besuchten Praxisform nach Art der vorausgehenden Informations- und Empfehlungsquelle (n =1.010) 90

Abbildung 21: Relative Verteilung der Zufriedenheit nach besuchter Praxisform (n =1.010) 93

Abbildung 22: Verteilung der gewählten Praxisform bei hypothetisch schwerer Erkrankung der Stichprobe (n = 1.010) 95

Abbildung 23: Einflussfaktoren auf die Wahl der Praxisform (n = 1.010) - Berufsausübungsgemeinschaft versus Einzelpraxis 97

Abbildung 24: Praxiswahl nach beruflicher Tätigkeit (n = 1.010) 98

Abbildung 25: Praxiswahl nach klassifizierter Informations- und Empfehlungsquelle (n = 1.010) 100

Abbildung 26: Einflussfaktoren auf die Wahl der Praxisform (n = 1.010) - Medizinisches Versorgungszentrum versus Einzelpraxis 101

Abbildung 27: Verteilung der Codierung innerhalb der Hauptkategorie „Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale“ 111

Abbildung 28: Verteilung der Codierung innerhalb der Hauptkategorie „Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung“ 111

Abbildung 29: Verteilung der Codierung innerhalb der Hauptkategorie „Wahrgenommene Eigenschaften der Praxisformen“ 112

Symbolverzeichnis

§ .....Paragraph

€ .....Euro

F_x .....Forschungsfrage

H_x .....Alternativhypothese

n .....Anzahl Stichprobe

≥ .....Größer gleich

= .....Ist gleich

H_0 .....Nullhypothese

R^2 .....Bestimmtheitsmaß

α .....Signifikanzniveau

w ..... Standardisiertes Effektstärkenmaß

χ^2 ..... Chi-Quadrat

Abkürzungsverzeichnis

Abs. ..... Absatz
AIC ..... Akaike Information Criterion
BAG ..... Berufsausübungsgemeinschaft
BGB ..... Bürgerliches Gesetzbuch
BMG ..... Bundesministerium für Gesundheit
BSNR ..... Betriebsstättennummer
D.h. ..... Das heißt
DRG ..... Diagnosis-Related-Groups
EBM ..... Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EGV ..... Extrabudgetäre Gesamtvergütung
ePA ..... Elektronische Patientenakte
ff. ..... fortfolgende
G-BA ..... Gemeinsamer Bundesausschuss
GbR ..... Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GG ..... Grundgesetz
ggf. ..... gegebenenfalls
GmbH ..... Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HVM ..... Honorarverteilungsmaßstab
IGeL ..... Individuelle Gesundheitsleistung
KBV ..... Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG ..... Krankenhausfinanzierungsgesetz
km ..... Kilometer
KV ..... Kassenärztliche Vereinigung
LANR ..... Lebenslange Arztnummer
MFA ..... Medizinischer Fachangestellter
MGV ..... Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
MVZ ..... Medizinisches Versorgungszentrum
NHS ..... National Health Service
OECD ..... Organisation for Economic Co-operation and Development
OR ..... Odds Ratio
PKV ..... Private Krankenversicherung
PLZ ..... Postleitzahl

p-Wert .....Signifikanzwert

SGB ..... Sozialgesetzbuch

u.a. ..... unter anderem

VAG .....Versicherungsaufsichtsgesetz

VVG ..... Versicherungsvertragsgesetz

z.B. ..... zum Beispiel

ABSTRAKT

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Deutschland befindet sich infolge der Ambulantisierung medizinischer Leistungen, des demografischen Wandels sowie veränderter ärztlicher Berufsausübungsformen in einem fortlaufenden Strukturwandel. Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Dissertation, welche patientenbezogenen, situativen und versorgungsstrukturellen Faktoren mit der Wahl ambulanter Praxisformen, Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), in Zusammenhang stehen. Ziel der Arbeit ist es, patientenseitige Entscheidungsprozesse zu analysieren und daraus Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung abzuleiten. Methodisch folgt die Untersuchung einem explanatorisch-sequenziellen Mixed-Methods-Design. Grundlage bildet eine standardisierte Onlinebefragung mit 1.010 auswertbaren Datensätzen, ergänzt durch leitfadengestützte Interviews zur Vertiefung und Einordnung der quantitativen Ergebnisse. Die Ergebnisse zeigen, dass Alter und Wohnort keinen signifikanten Zusammenhang mit der Wahl der Praxisform aufweisen. Dagegen stehen die Nutzung von Informations- und Empfehlungsquellen, die Patientenzufriedenheit nach dem Praxisbesuch sowie die Präferenz für eine bestimmte Praxisform im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Praxisformwahl. Zudem unterscheiden sich die Inanspruchnahmemuster zwischen den Facharztrichtungen, was die Bedeutung versorgungsstruktureller Kontextfaktoren unterstreicht. Die qualitativen Ergebnisse zeigen, dass die Entscheidung für eine Praxisform insbesondere durch das Vertrauen in den behandelnden Arzt, die wahrgenommene medizinische Kompetenz, persönliche Erfahrungen und organisatorische Rahmenbedingungen geprägt wird. Gleichzeitig wird die Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung überwiegend personen- und weniger organisationsbezogen bewertet. Insgesamt verdeutlicht die Arbeit, dass die Wahl einer ambulanten Praxisform auf einem komplexen Zusammenspiel individueller Präferenzen, situativer Entscheidungsprozesse und struktureller Rahmenbedingungen beruht. Die Dissertation leistet damit einen Beitrag zum Verständnis patientenseitiger Entscheidungsprozesse und liefert praxisrelevante Erkenntnisse für die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und patientenorientierten vertragsärztlichen Versorgung.

Schlüsselwörter

Ambulante vertragsärztliche Versorgung, Wahl der Praxisform, Patientenpräferenzen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Gesundheitsversorgung in Deutschland

JEL-Codes: I11, I18, D91

ABSTRACT

Outpatient statutory specialist medical care in Germany is undergoing continuous structural change as a result of the increasing shift of medical services from inpatient to outpatient care, demographic change and evolving models of medical practice. Against this background, the present dissertation investigates which patient-related, situational, and healthcare structural factors are associated with the choice of outpatient practice type, namely solo practices, group practices (Berufsausübungsgemeinschaft, BAG) or Medical Care Centers (Medizinische Versorgungszentren, MVZ). The aim of this study is to analyse patient decision-making processes and to derive implications for the further development of outpatient healthcare. Methodologically, the study follows an explanatory sequential mixed-methods design. The quantitative component is based on a standardized online survey comprising 1,010 valid datasets, complemented by semi-structured interviews to deepen and contextualize the quantitative findings. The results show that age and place of residence are not significantly associated with the choice of practice type. In contrast, the use of information and recommendation sources, patient satisfaction following the medical consultation, and the preference for a particular practice type in the case of a hypothetical serious illness are all statistically significantly associated with the choice of practice type. Furthermore, patterns of healthcare utilization differ across medical specialties, underscoring the importance of healthcare system-related contextual factors. The qualitative findings demonstrate that the decision in favour of a particular practice type is primarily influenced by trust in the treating physician, perceived medical competence, personal experiences and organizational framework conditions. At the same time, satisfaction with medical treatment is assessed predominantly in relation to the individual physician rather than to the organizational characteristics of the practice. Overall, the study demonstrates that the choice of an outpatient practice type is based on a complex interplay of individual preferences, situational decision-making processes and structural framework conditions. The dissertation therefore contributes to a better understanding of patient decision-making processes and provides practice-oriented insights for the further development of needs-based and patient-centred outpatient statutory medical care.

Keywords

Outpatient statutory medical care; Practice type choice; Patient preferences; Medical Care Centers (MVZ); German healthcare system

JEL-Codes: I11, I18, D91

1 EINLEITUNG, PROBLEMSTELLUNG UND ZIELSETZUNG

Das deutsche Gesundheitswesen zählt zu den ältesten, umfassendsten und zugleich komplexesten Gesundheitssystemen weltweit. Seine Entwicklung reicht mehrere Jahrhunderte zurück und ist durch den schrittweisen Aufbau eines Systems sozialer Sicherung im Krankheitsfall geprägt (Simon, 2021). Im deutschen Gesundheitssystem sind eine Reihe von Grundprinzipien tief verwurzelt (Rosenbrock & Gerlinger, 2024). Die Erbringung von Gesundheitsleistungen in Deutschland wird im Allgemeinen in zwei zentrale Versorgungsbereiche differenziert: die stationäre und die ambulante Versorgung. Die stationäre Versorgung erfolgte im Jahr 2023 in 1.874 Krankenhäusern mit 476.924 Betten bei 17.202.131 Fällen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024a). Die ambulante vertragsärztliche Versorgung dagegen fand im Jahr 2024 in 98.503 Praxen durch insgesamt 189.551 Ärzte und Psychotherapeuten statt, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Insgesamt wurden 575,7 Millionen ambulante Behandlungsfälle verzeichnet (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025c).

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung hat sich in den vergangenen Jahren in Deutschland jedoch in mehrfacher Hinsicht verändert. Durch den Trend der Ambulantisierung finden Behandlungen, die früher stationär im Krankenhaus durchgeführt wurden, heute häufiger im ambulanten Sektor statt. Ziel ist es, die Patientenversorgung effizienter und kostengünstiger zu gestalten, ohne dabei die Behandlungsqualität zu beeinträchtigen (Klauber, Wasem, et al., 2024). Durch die Ambulantisierung sollen mithilfe moderner Operationstechniken und schonender Narkoseverfahren verbesserte ambulante Behandlungen ermöglicht werden. Insbesondere soll die individuelle Lebens- bzw. Gesundheitssituation des Patienten in den Mittelpunkt gestellt werden (Biller-Andorno & Kapitza, 2022). Zwar kann die Verlagerung medizinischer Leistungen in den ambulanten Bereich gegenwärtig durch die bestehende ärztliche Versorgungskapazität noch bewältigt werden, ihre zukünftige Umsetzung erscheint jedoch unsicher. Das Durchschnittsalter niedergelassener Ärzte über alle Regionen der Kassenärztlichen Vereinigung in Deutschland hinweg beträgt 54 Jahre, sodass aufgrund der Alterung der Ärzteschaft damit zu rechnen ist, dass in den kommenden zehn Jahren ein wachsender Bedarf an Ärzten entsteht (Bundesministerium für Gesundheit, 2026a). Demgegenüber ist in den vergangenen Jahren ein erhöhter medizinischer Versorgungsbedarf zu verzeichnen. Dieser Anstieg ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Zum einen altert im Rahmen des demografischen Wandels die Bevölkerung zunehmend, was zu einem höheren Bedarf an medizinischen Leistungen führt. Zum anderen ist eine deutliche Zunahme an

chronischen Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychische Störungen zu beobachten. Derartige Erkrankungen erhöhen den Bedarf langfristiger medizinischer Betreuung. Zudem ist die allgemein steigende Nachfrage an Gesundheitsleistungen zu erwähnen. Nicht zuletzt durch die Corona-Pandemie und ein allgemein gestiegenes Gesundheitsbewusstsein führen diese Aspekte ebenfalls dazu, dass mehr Menschen medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, auch im Rahmen präventiver Maßnahmen (Blüher & Kuhlmey, 2016). Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach ambulanter ärztlicher Versorgung künftig weiter ansteigen wird. Zwar ist die Zahl der ambulant tätigen Ärzte in den vergangenen Jahren gestiegen, diese sind jedoch, insbesondere im ambulanten Setting, bevorzugt innerhalb einer Teilzeitanstellung tätig (Dräger et al., 2019). Die Ursachen hierfür liegen vor allem in der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, in der Möglichkeit flexibler Arbeitszeitgestaltung sowie in der Vermeidung des unternehmerischen Risikos, das mit einer selbständigen Tätigkeit einhergeht (Bodendieck et al., 2022).

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen stellt sich die Frage, welche Angebotsstrukturen in der ambulanten Versorgungslandschaft in Deutschland überhaupt vorliegen. So bildet die ambulante Versorgung in Deutschland zunächst Einzel- und Gemeinschaftspraxen ab. Die Kooperationsform der Gemeinschaftspraxis wird in der Zwischenzeit als sog. Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) bezeichnet. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat hierbei auf eine Vereinheitlichung der Bezeichnungen gesetzt. Die dritte mögliche Kooperationsform innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ist die des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2026).

Die bis dahin dargelegten Entwicklungen sind eng verknüpft mit dem gesundheitspolitisch forcierten Trend hin zu einer Ambulantisierung, welche eine stärkere Verlagerung der medizinischen Leistungen aus dem stationären in das ambulante Setting vorsieht (Robert Koch-Institut, 2015). Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage an Relevanz, welche Faktoren die Entscheidung von Patienten für eine bestimmte Praxisform prägen. Bisherige Studien weisen zwar auf strukturelle Veränderungen im Versorgungsangebot hin, doch die patientenseitigen Einflussgrößen auf die Wahl der Praxisform sind bislang unzureichend empirisch untersucht worden (Beltz, 2024). Vor diesem Hintergrund ergibt sich die übergeordnete Forschungsfrage: *Welche patientenbezogenen, situativen und versorgungsstrukturellen Faktoren bestimmen die Wahl der Praxisform (Einzelpraxis, BAG oder MVZ) in der ambulanten Versorgung in Deutschland?* Ziel der vorliegenden Dissertation ist es, Zusammenhänge zwischen patientenbezogenen sowie situativen Einflussfaktoren und der Wahl unterschiedlicher

ambulanter Praxisformen zu untersuchen. Im Mittelpunkt steht die Fragestellung, ob Patienten anhand bestimmter Merkmale oder Entscheidungsfaktoren bevorzugt eine Einzelpraxis, eine BAG oder ein MVZ wählen. Darüber hinaus wird untersucht, welche patientenbezogenen und versorgungsstrukturellen Faktoren mit der Wahl der jeweiligen Praxisform in Zusammenhang stehen. Ergänzend sollen die zugrunde liegenden Entscheidungsmechanismen der Patienten analysiert und die Ergebnisse vor dem Hintergrund des nationalen und internationalen Forschungsstands eingeordnet werden. Aufbauend auf den empirischen Befunden werden schließlich Empfehlungen für die Weiterentwicklung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sowie Ansatzpunkte für weiteren Forschungsbedarf abgeleitet.

Im Rahmen der empirischen Untersuchung werden folgende Hypothesen überprüft:

1. Das Alter der Patienten steht in Zusammenhang mit der Wahl der Praxisform.
2. Der Wohnort der Patienten steht in Zusammenhang mit der Wahl der Praxisform.
3. Empfehlungen durch medizinische Leistungserbringer (z. B. Hausärzte oder Krankenhäuser), Einflüsse des sozialen Mikroumfelds sowie Informationen aus öffentlich zugänglichen digitalen Informationsquellen stehen in Zusammenhang mit der Wahl der Praxisform.
4. Die Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung nach dem Besuch einer Praxisform steht in Zusammenhang mit der gewählten Praxisform.
5. Die Präferenz für eine bestimmte Praxisform im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung steht in Zusammenhang mit der Wahl der Praxisform.

Zur Überprüfung der Hypothesen folgt die Untersuchung methodisch einem Mixed-Methods-Ansatz in Form eines explanatorisch-sequenziellen Designs, das quantitative und qualitative Forschungsansätze systematisch miteinander verbindet. Es erfolgt eine quantitative Untersuchung durch eine standardisierte Online-Patientenbefragung, um statistisch erfassbare Zusammenhänge zwischen relevanten Variablen zu identifizieren. Darauf aufbauend werden im Zuge einer qualitativen Erhebung leitfadengestützte Interviews durchgeführt, um vertiefende Einblicke in die Entscheidungsmechanismen und Kontextfaktoren bei der Wahl der Praxisform zu gewinnen. Das kombinierte methodische Vorgehen ermöglicht ein umfassendes Verständnis der Einflussfaktoren (Mayring, 2023; Toyon, 2021; Winter, 2022).

2 THEORIE UND AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND

Zu Beginn werden themenspezifische Erkenntnisse in Form von Begrifflichkeiten und Erläuterungen dargelegt. Weiterhin wird die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Deutschland detailreich analysiert. Darüber hinaus werden mögliche Kooperationsformen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erläutert. Zuletzt werden Herausforderungen ausgewählter Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich präsentiert.

2.1 Der Aufbau des Gesundheitswesens in Deutschland

Zunächst bedarf es einer ausführlichen Erläuterung des Aufbaus des Gesundheitswesens in Deutschland.

2.1.1 Gesundheit und Gesundheitspolitik

Gesundheit gilt in Deutschland als ein grundlegendes Menschenrecht. Dies ist zwar kein ausdrücklich im Grundgesetz verankertes eigenständiges Grundrecht, steht jedoch in engem Zusammenhang mit dem in Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG garantierten Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG). Jeder Mensch hat demnach Anspruch auf ein erreichbares Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit - insbesondere die Verfügbarkeit und den Zugang zu medizinischen Leistungen. Um diesem Leitbild nachkommen zu können, basiert die Gesundheitsversorgung in Deutschland auf fünf Grundprinzipien:

1. **Versicherungsprinzip**
   Die medizinische Versorgung bzw. Absicherung gegen Krankheitskosten erfolgt im Rahmen eines verpflichtenden Versicherungssystems. Damit wird allen der Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung garantiert. Das Prinzip stellt auch sicher, dass Leistungen nicht direkt durch individuelle Zahlungen im Krankheitsfall, sondern über ein kollektives Beitragswesen finanziert werden.
2. **Subsidiaritätsprinzip**
   Der Begriff leitet sich vom lateinischen subsidium (Hilfe, Unterstützung) ab. Dieses Prinzip besagt, dass die Selbstverantwortung gestärkt werden soll und ein staatliches Eingreifen lediglich die letzte Instanz darstellt. Das Subsidiaritätsprinzip definiert sich darüber, dass staatliches Handeln nur dort erfolgt, wo untergeordnete Ebenen Aufgaben nicht mehr eigenständig erfüllen können. Die Zuständigkeit verbleibt bei den betroffenen Institutionen und Akteuren. Das Prinzip stärkt föderale Strukturen und fördert eine dezentrale Verantwortungsteilung innerhalb des Systems.

3. **Solidaritätsprinzip**

   Das Solidaritätsprinzip bildet das ethisch-normative Fundament der gesetzlichen Krankenkassen. Es besagt, dass alle Versicherten entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit Beiträge leisten, wobei das individuelle Gesundheitsrisiko bei der Bemessung der Beitragshöhe unberücksichtigt bleibt. Die Finanzierung erfolgt entsprechend einkommensabhängig. Es findet somit ein gesellschaftlicher Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken sowie zwischen einkommensstarken und einkommensschwachen Versicherten statt. Dennoch haben bei unterschiedlicher Beitragshöhe alle Versicherten Anspruch auf den gleichen Leistungsumfang.

4. **Sachleistungsprinzip**

   Das Sachleistungsprinzip garantiert Versicherten einen unmittelbaren Zugang zu medizinischen Leistungen, ohne dass eine Vorleistungspflicht besteht. Ärztliche, therapeutische und pflegerische Leistungen werden folglich über die Versichertenkarte in Anspruch genommen. Die Abrechnung erfolgt zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen. Das Prinzip sichert einen barrierearmen Zugang zu der medizinischen Versorgung.

5. **Selbstverwaltungsprinzip**

   Das Selbstverwaltungsprinzip stellt sicher, dass die Organisation und Steuerung zentraler Versorgungsprozesse in wesentlichen Bereichen durch Körperschaften des öffentlichen Rechts, insbesondere durch Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt. Diese übernehmen unter staatlicher Rechtsaufsicht eigenverantwortlich Aufgaben wie die Sicherstellung der Versorgung, Vertragsverhandlungen oder auch Qualitätskontrollen in Gesundheitseinrichtungen (Fischer, 2025).

Das Konzept der Gesundheitspolitik in Deutschland beinhaltet das gesamte Spektrum politisch gestaltbarer Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit. Dies umfasst ebenso die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit innerhalb der Bevölkerung mit ein. Das Ziel der Gesundheitspolitik ist infolgedessen die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung (Rosenbrock & Gerlinger, 2024). Innerhalb der Bundesregierung ist hierbei das BMG federführend für die Gesundheitspolitik verantwortlich. Es ist für die Ausarbeitung entsprechender Gesetzesvorhaben und Verordnungen zuständig. Zudem führt es die Rechtsaufsicht über die Selbstverwaltungsorganisationen wie beispielsweise die Krankenkassen oder die KVen. Das BMG und die staatliche Gesundheitspolitik schaffen damit einen Rahmen, in dem die Selbstverwaltungsinstitutionen

im Gesundheitswesen ihre Entscheidungen treffen können (Bundesministerium für Gesundheit, 2022).

2.1.2 Das Krankenversicherungssystem

Mit Einführung der Versicherungspflicht besteht für jeden Bürger, der seinen Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland hat, die Verpflichtung, einen Krankenversicherungsschutz abzuschließen (Bundesministerium für Gesundheit, 2022). Das Versicherungssystem in Deutschland unterteilt sich in die gesetzliche und die private Krankenversicherung. Die Beiträge zu diesem sozialen Sicherungssystem werden bei Arbeitnehmern gemeinsam vom Arbeitgeber und den Beschäftigten geleistet (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023).

2.1.2.1 Die gesetzliche Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenkassen gelten in der Organisationsstruktur als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die GKV unterliegt dem Prinzip der Selbstverwaltung. Dieses zeichnet sich dadurch aus, dass die Krankenkassen ihre Aufgaben nicht unmittelbar durch staatliche Behörden, sondern im Rahmen der Selbstverwaltung durch gewählte Vertreter wahrnehmen. Die Selbstverwaltung stellt sicher, dass die Gesundheitsversorgung den Bedürfnissen der Betroffenen entspricht und gleichzeitig die Belange der Krankenversicherung berücksichtigt werden (Simon, 2021). Seit der Gründung der gesetzlichen Krankenversicherungen im Jahr 1883 haben sich die Aufgaben verändert. Zunächst wurden insbesondere Lohnersatzleistungen, Sterbegeld sowie Behandlungskosten von der GKV übernommen (Simon, 2021). In den vergangenen Jahren haben sich die Ansprüche deutlich verändert. Im § 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V sind die Aufgaben der GKV eindeutig definiert: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und unter Berücksichtigung von geschlechts-, alters- und behinde-

rungsspezifischen Besonderheiten auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“ (§ 1 Absatz 1 SGB V). Hierin wird verdeutlicht, dass neben der Erhaltung und Wiederherstellung des Gesundheitszustandes der Versicherte auch die Verpflichtung hat, sich aktiv zu beteiligen. Zudem ist die Kasse des Weiteren zur individuellen Aufklärung und Beratung verpflichtet. Darüber hinaus ist im § 12 SGB V festgehalten, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen. Es wird ebenso darauf hingewiesen, dass das Maß des Notwendigen dabei nicht überschritten werden darf (§ 12 Absatz 1 SGB V).

Versicherte der GKV lassen sich in Pflichtversicherte, freiwillig Versicherte und beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige unterscheiden. Zu den Pflichtversicherten gehören alle Arbeitnehmer, deren Jahresbruttoeinkommen unter der sog. Versicherungspflichtgrenze liegt. Hierzu zählen ebenfalls Auszubildende, Studenten sowie Personen, die Bürgergeld beziehen. Ebenfalls Rentner, sofern sie als Erwerbstätige zuletzt gesetzlich versichert waren, fallen in die Pflicht, sich gesetzlich zu versichern. Der Begriff Versicherungspflichtgrenze wird auch als Jahresarbeitsentgeltgrenze bezeichnet. Diese Grenze legt fest, bis zu welchem Einkommen Arbeitnehmer in der GKV pflichtversichert sind. Wird somit die Grenze überschritten, besteht die Möglichkeit, sich freiwillig gesetzlich zu versichern oder in die private Krankenversicherung (PKV) zu wechseln (Kurscheid et al., 2025). Die Grenze wird jährlich von der Bundesregierung angepasst und richtet sich nach der allgemeinen Einkommensentwicklung. Für das Jahr 2026 beträgt die Versicherungspflichtgrenze 77.400 € brutto jährlich (Die Bundesregierung, 2026). Die Möglichkeit der freiwilligen gesetzlichen Versicherung haben die Mitglieder, die entsprechend durch das Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze nicht mehr versicherungspflichtig sind. Die Thematik der PKV wird ausführlich im Kapitel 2.1.2.2 erläutert. Ehepartner und Kinder eines GKV-Mitglieds dagegen sind im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert. Dies gilt immer dann, wenn sie über kein bzw. nur ein Einkommen unterhalb der maßgeblichen Grenze verfügen und die jeweiligen Altersvoraussetzungen erfüllen (Simon, 2021). Das in Kapitel 2.1.1 erläuterte Sachleistungsprinzip bildet die Grundlage der grundsätzlich bargeldlosen Inanspruchnahme von GKV-Leistungen. Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken treten somit in Vorleistung und sind dazu verpflichtet, direkt eine Sach- oder Dienstleistung zu erbringen. Die Abrechnung erfolgt im Anschluss zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen. Das Sachleistungsprinzip stellt sicher, dass die Gesundheitsversorgung nicht von der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten abhängt. Verankert ist der Grundsatz im § 2 des SGB V

(Simon, 2021; § 2 Absatz 2 SGB V). Ausgenommen davon sind Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). Dabei handelt es sich um eine ärztliche Leistung, die nicht Bestandteil des ärztlichen Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung ist und in der Konsequenz vom Patienten selbst bezahlt werden muss. Diese Leistungen werden ebenfalls als sog. Selbstzahlerleistungen bezeichnet. Beispiele hierfür können Vorsorgeuntersuchungen sein, die über die Leistungen der GKV hinausgehen, kosmetische Eingriffe, spezifische Laboruntersuchungen, welche nicht von der GKV übernommen werden, alternative Heilverfahren, deren Nutzen nicht allgemein anerkannt ist oder Impfungen für Auslandsreisen (Bundesministerium für Gesundheit, 2025; Simon, 2021).

Im Juli 2024 waren von 83,5 Millionen Menschen in Deutschland insgesamt 74,6 Millionen in der GKV versichert. Dies entspricht rund 89 % der Bevölkerung (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), 2025). Zum 1. Januar 2025 gab es insgesamt 94 gesetzliche Krankenkassen, die sich aus verschiedenen Arten zusammensetzen, wie Allgemeine Ortskrankenkassen z.B. AOK, Betriebskrankenkassen wie die BKK sowie Innungskrankenkassen und Ersatzkassen (GKV-Spitzenverband, 2025). Für welche Kasse sich ein Mitglied entscheidet, ist ihm freigestellt.

Beamte, welche als Personen bezeichnet werden, die in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis zum deutschen Staat stehen, z.B. Richter, Polizisten oder auch Lehrer, unterliegen nicht der Versicherungspflicht der GKV. Diese Personengruppe ist über ein eigenständiges Krankensystem abgesichert, die sog. Beihilfe. Die Beihilfe wurde ausschließlich für Beamte gegründet und deckt in der Regel die Hälfte der entstandenen Behandlungskosten ab. Für die restlichen Kosten ist eine private Krankenversicherung abzuschließen (Simon, 2021).

2.1.2.2 Die private Krankenversicherung

Die private Krankenversicherung (PKV) unterliegt ebenfalls der staatlichen Regulierung. Diese ist jedoch längst nicht so umfangreich und detailliert wie für die GKV. Die PKV basiert auf privatrechtlichen Verträgen, deren Grundlagen im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) festgelegt sind. Insbesondere der § 193 VVG regelt die Vertragsgestalt und die Leistungspflichten des Versicherers. Weiterhin sind beispielsweise in § 192 VVG die Leistungsinhalte der PKV geregelt (Simon, 2021; § 192 Absatz 1 ff. VVG).

Einerseits kann in Deutschland die PKV als Ergänzung und Erweiterung des Leistungsumfangs der GKV abgeschlossen werden, beispielsweise für Krankenhausaufenthalte. Dabei ist der Beitrag in voller Höhe vom jeweiligen Mitglied zu entrichten. Andererseits ist der

Eintritt in die Vollversicherung der PKV nur für diejenigen möglich, die nicht mehr der Versicherungspflicht der GKV unterliegen. Dies schließt insbesondere Selbstständige, Freiberufler und Beschäftige mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze der GKV ein (Simon, 2021). Ein maßgeblicher Unterschied zwischen der PKV und der GKV besteht darin, dass Privatversicherte mit ihrem Versicherungsunternehmen einen individuellen Vertrag abschließen. In der Konsequenz können sie im Unterschied zur GKV zwischen unterschiedlichen Leistungsangeboten wählen, welche sich wiederum über die Beitragshöhe widerspiegeln. Es gilt weiterhin das sog. Kostenerstattungsprinzip zwischen dem Leistungserbringer und -empfänger: Der Leistungserbringer stellt die Rechnung an den Leistungsempfänger, da zwischen den beiden Parteien ein Behandlungsvertrag zustande kommt. Der privatversicherte Patient erhält dann die ihm entstandenen Kosten - entsprechend den vertraglich vereinbarten Konditionen - vom Versicherungsunternehmen zurück. Je nach ausgewähltem Tarif können Differenzen zwischen den Behandlungskosten und dem von der Versicherung erstatteten Betrag entstehen, sodass der Patient ggf. Kosten individuell tragen muss. Die Tarifwahl ist den Mitgliedern der PKV freigestellt (Rosenbrock & Gerlinger, 2024). Im Jahr 2025 bieten 33 ordentliche Mitgliedsunternehmen eine private Krankenvollversicherung an. Darunter fallen beispielsweise die Allianz, die Barmenia oder auch die Versicherungskammer Bayern (Verband der Privaten Krankenversicherungen e.V., 2025). Im Jahr 2024 waren 8,7 Millionen Menschen in Deutschland privat vollversichert. 31,3 Millionen haben eine private Zusatzversicherung beansprucht (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., 2026).

2.2 Angebotsstrukturen in der Krankenversorgung in Deutschland

Die Krankenversorgung in Deutschland zeichnet sich durch eine vielfältige Angebotsstruktur aus, die sowohl eine stationäre als auch ambulante Versorgung umfasst. Die Unterschiede werden im weiteren Verlauf detailliert ausgeführt.

2.2.1 Stationäre Krankenversorgung

Die stationäre Krankenversorgung stellt die Akutversorgung von Patienten im Krankenhaus dar. Sie definiert sich durch die medizinische und pflegerische Versorgung von Patienten einschließlich der Diagnostik und Behandlung sowie der Aufnahme für mindestens eine Übernachtung in einem Krankenhaus oder einer vergleichbaren Einrichtung. Grundvoraussetzung für die stationäre Aufnahme in einem Krankenhaus ist die Feststellung der Notwen-

digkeit der Aufnahme durch den behandelnden Arzt sowie die Tatsache, dass die Behandlung nicht durch eine ambulante Behandlung ersetzt werden kann (Busse & Blümel, 2014). Der Zugang sowie die Inanspruchnahme der stationären medizinischen Versorgung ist insbesondere im § 107 Abs. 1 SGB V verankert. Hierin sind Krankenhäuser als Einrichtungen im folgenden Sinne definiert:

„(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, pflegefachlich unter ständiger pflegefachlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische, pflegefachliche und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,

   und in denen
4. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.“ (§ 107 Absatz 1 SGB V)

Die Verantwortung für die Krankenhäuser in Deutschland liegt bei den jeweiligen Bundesländern. In den vergangenen Jahren hat sich die Krankenhauslandschaft einschließlich der Patientenflüsse durch diverse Faktoren verändert. Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht der Entwicklungen der Krankenhäuser und Patientenbewegungen der Jahre 2013 bis 2023. Unter dem Begriff Patientenbewegung werden sämtliche Prozesse im Krankenhaus verstanden, die den räumlichen und organisatorischen Wechsel von Patienten innerhalb einer stationären Einrichtung betreffen. Dazu gehören u.a. die Aufnahme in das Krankenhaus, die interne Verlegung zwischen Abteilungen und die Entlassung oder Verlegung in eine andere Einrichtung (Riethmüller, 2007). Der Begriff Fallzahl definiert sich über die Gesamtzahl der in einem bestimmten Zeitraum behandelten stationären Fälle, unabhängig davon, ob es sich um die Behandlung von Erstaufnahmen, Wiederaufnahmen oder Verlegungen handelt. Ein Fall wird dabei in der Regel durch die Krankenhausaufnahme und -entlassung definiert (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025):

Tabelle 1: Krankenhäuser, Betten und Patientenbewegungen von 2013 bis 2023 in Deutschland

Jahr	Krankenhäuser		Patientenbewegungen	
	Gesamt	Betten gesamt	Fallzahl	Verweildauer in Tagen (im Durchschnitt)
2013	1.996	500.671	18.787.168	7,5
2014	1.980	500.680	19.148.626	7,4
2015	1.956	499.351	19.239.574	7,3
2016	1.951	498.718	19.532.779	7,3
2017	1.942	497.182	19.442.810	7,3
2018	1.925	498.192	19.392.466	7,2
2019	1.914	494.326	19.415.555	7,2
2020	1.903	487.783	16.793.962	7,2
2021	1.887	483.606	16.742.344	7,2
2022	1.896	480.382	16.802.693	7,2
2023	1.874	476.924	17.202.131	7,2

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024a, eigene Darstellung

Werden in der Tabelle 1 zunächst die Krankenhäuser mit ihren Betten betrachtet, so gab es im Jahr 2013 noch 1.996 Krankenhäuser mit 500.671 aufgestellten Betten. Bereits fünf Jahre später hatte sich die Zahl der Krankenhäuser auf 1.925 verringert. Im Jahr 2023 bestanden noch 1.874 Krankenhäuser mit 476.924 Betten. Innerhalb von zehn Jahren wurden insgesamt über 120 Einrichtungen geschlossen. Gleichzeitig sank die Zahl der aufgestellten Betten um mehr als 20.000. Innerhalb der Patientenbewegung wurden im Jahr 2013 insgesamt 18.787.168 Fälle in Deutschland erbracht. Im Jahr 2014 stieg die Fallzahl auf 19.148.626 und hielt sich dann konstant bei rund 19 Millionen über die Jahre hinweg bis zum Jahr 2020. In diesem Jahr sank die Fallzahl rasant auf 16.793.962. Dieser Fallzahlrückgang lässt sich durch die Corona-Pandemie begründen. So sind insgesamt weniger Menschen zum Arzt gegangen, was das elektive Geschehen in den Krankenhäusern stark verringerte (Hentschker et al., 2023). Ab dem Jahr 2023, in dem die Corona-Pandemie nachließ, steigen ebenfalls die Fallzahlen. Wird zuletzt innerhalb des Kontextes die durchschnittliche Verweildauer in Tagen betrachtet, also die Zeit, die ein Patient in der stationären Versorgung verbringt, so fällt auf, dass diese seit 2013 gesunken ist. Während sie 2013 noch bei 7,5 Tagen lag, sank sie bereits 2014 auf 7,4 Tage, ab dem Jahr 2015 auf 7,3 Tage, wobei sie seit 2018 bei 7,2

Tagen liegt. Erwähnenswert ist dieser Verlauf vor dem Hintergrund der sogenannten Diagnosis-Related-Groups (DRG) -Fallpauschalen. Diese Fallpauschalen sind im Jahr 2004 nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Kraft getreten (Pfannstiel, Jaeckel, et al., 2018). Im Rahmen dessen werden Krankenhausaufenthalte in Pauschalen nach Behandlungsfall eingruppiert. Die Pauschale wird durch Diagnose, Schweregrad der Erkrankung sowie durch die erbrachten Leistungen, zum Beispiel spezifische Operationen und Prozeduren, bestimmt. Mit Hilfe dieser Fallpauschalen wird die Vergütung einer definierten Erkrankung und deren Behandlung einschließlich der Verweildauer von vornherein kalkuliert. Ausgenommen sind hierbei die anfallenden pflegerischen Personalkosten am Bett. Diese Kalkulation findet also unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer des Patienten im Krankenhaus statt. Eine Über- oder Unterschreitung der ursprünglich ermittelten Verweildauer führt zu Vergütungszuschlägen oder -abschlägen (Dieterich et al., 2019). Es zeigt sich in erster Linie, dass seit Einführung der DRG-Fallpauschalen sich die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern deutlich verringert hat. Lag diese im Jahr 2000 noch bei 9,7 Tagen im Durchschnitt, so sank sie bereits im Jahr 2005 auf durchschnittlich 8,7 Tage (Klauber et al., 2020). Diese Entwicklung entspricht einem internationalen Trend sinkender Krankenhausverweildauern. So verringerte sich die durchschnittliche Verweildauer in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union von nahezu zehn Tagen im Jahr 2000 auf durchschnittlich 7,5 Tage im Jahr 2018 (OECD & European Union, 2020). Auch im OECD-Vergleich zeigt sich eine kontinuierliche Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer. Im Jahr 2023 lag die durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung bei 6,5 Tagen (OECD, 2025). Deutschland weist damit trotz des deutlichen Rückgangs weiterhin eine überdurchschnittlich lange stationäre Verweildauer auf. Dies wird unter anderem auf Unterschiede in den Versorgungsstrukturen, die vergleichsweise hohe Verfügbarkeit von Krankenhausbetten sowie die Einbindung rehabilitativer Leistungen in den stationären Sektor zurückgeführt (OECD & European Union, 2020; OECD, 2025).

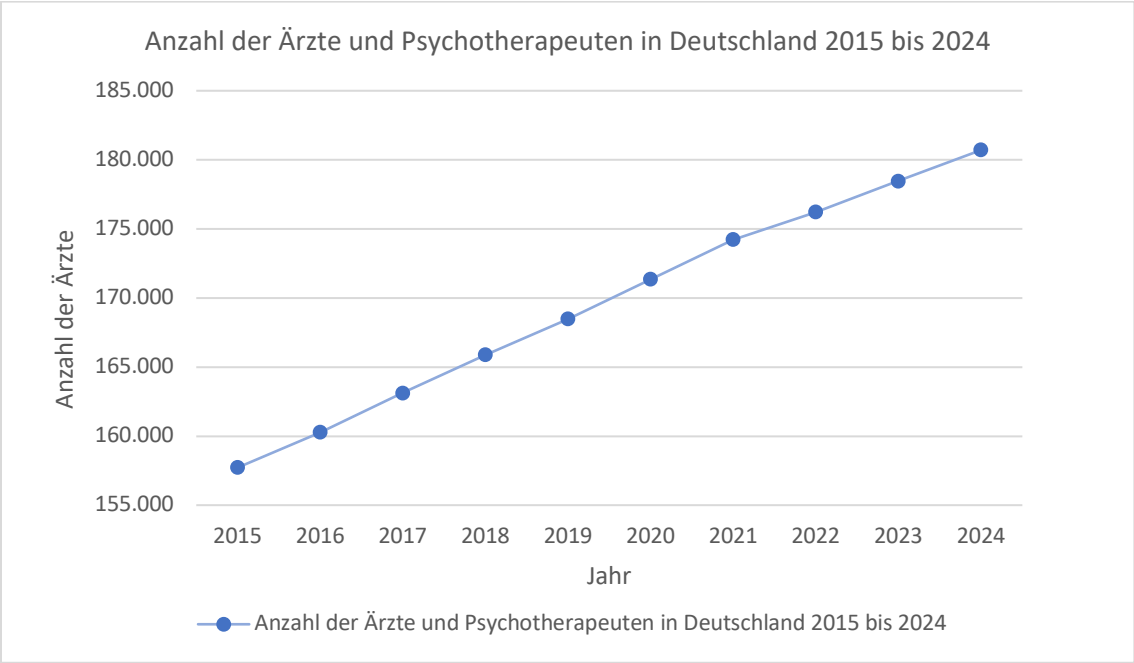
Derzeit ist in Deutschland eine Krankenhausreform geplant. Mit diesem Vorhaben soll das System der Fallpauschalen abgeschafft werden, da es dazu verleiten kann, Patienten aus wirtschaftlichen Aspekten frühzeitig zu entlassen. Stattdessen werden sog. Vorhaltepauschalen eingeführt. Damit sollen verbindliche Qualitätskriterien etabliert und die Qualität der medizinischen Versorgung gestärkt werden. In Zukunft dürfen nur die Krankenhäuser eine Leistung erbringen, die dafür eine adäquate Ausstattung sowie das entsprechende Fachpersonal vorweisen können. Dafür werden entsprechende Leistungsgruppen zugewiesen. Gleichermaßen sollen Kliniken aber ein sog. Vorhaltebudget erhalten, unabhängig davon,

ob Leistung erbracht wurde oder nicht. Ziel der Reform ist es, in deutschen Krankenhäusern mehr Qualität anstatt Quantität zu erbringen (Bundesministerium für Gesundheit, 2026d).

2.2.2 Ambulante Krankenversorgung

Die ambulante Krankenversorgung in Deutschland erfolgt durch niedergelassene Ärzte. Sie spielt eine zentrale Rolle im Gesundheitssystem, denn sie ist, ausgenommen für Notfälle, der erste Zugang zur Gesundheitsversorgung. Sie dient als erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen und übernimmt zentrale Funktionen bei der Früherkennung, Behandlung und Nachsorge von Erkrankungen (Simon, 2021). Die politische Rechtsgrundlage wird ausführlich im Kapitel 2.3.1 eruiert. Im ersten Halbjahr des Jahres 2024 sind insgesamt 292,6 Millionen Behandlungsfälle in der ambulanten Versorgung dokumentiert worden. Werden diese Fallzahlen mit denen des Vorjahreszeitraums verglichen, ist ein Anstieg um 1,9 Millionen (entspricht 0,6 %) zu verzeichnen. Dieser Anstieg deckt alle ambulanten Versorgungsbereiche ab. So kann im hausärztlichen Bereich ein Plus von 0,5 % und im fachärztlichen Sektor ein Zuwachs von 0,7 % vernommen werden. Besonders ausgeprägt war der Zuwachs in der Kinder- und Jugendmedizin mit 2 % sowie in der Psychotherapie mit 287.000 zusätzlichen Fällen bzw. 4,3 % (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2025). Die Zahl der Ärzte, die in der ambulanten Versorgung arbeiten, ist ebenfalls gestiegen, dies veranschaulicht die Abbildung 1:

Abbildung 1: Entwicklung Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland 2015 bis 2024



Quelle: Entnommen aus Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025a, eigene Darstellung

Waren es im Jahr 2015 noch 157.720 Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland, so waren es im Jahr 2019 bereits 168.464. 2022 waren es 176.219 und 2024 insgesamt 180.705. So ist eine Zunahme von 14,6 % zu verzeichnen. Dies hat verschiedene Gründe. Zunächst ist zu erwähnen, dass aufgrund des häufigeren Auftretens von chronischen Erkrankungen im Vergleich zu früher entsprechend ein höherer Bedarf an medizinischem Fachpersonal entsteht (Stiftung Gesundheitswissen, 2021). Des Weiteren fällt auf, dass im ambulanten Setting angestellte Ärzte im Vergleich zu selbstständigen Vertragsärzten deutlich häufiger in Teilzeit tätig sind. Hier muss bei steigender Zahl angestellter Ärzte mit im Durchschnitt niedrigeren Arbeitszeiten dennoch die Zahl zur Aufrechterhaltung der Versorgung ansteigen (Hahn et al., 2017).

Die Versicherten in Deutschland, unabhängig davon, ob sie gesetzlich oder privat versichert sind, haben das Recht zur freien Arztwahl. Demnach müssen sich die Versicherten weder für einen bestimmten Hausarzt noch für einen bestimmten Facharzt entscheiden. Dies ist im § 76 SGB V festgehalten (§ 76 Absatz 1 ff. SGB V). Ferner muss, bevor ein Facharzt aufgesucht wird, zunächst auch kein Hausarzt besucht werden. Die Versicherten können sich direkt und ohne Überweisung in eine fachärztliche Behandlung begeben. Dieses Vorgehen

unterscheidet sich von Gesundheitssystemen mit einem verbindlichen hausärztlichen Primärzugang, wie er beispielsweise in Großbritannien besteht (Bundesärztekammer, 2024; Butzlaff et al., 2001). Dennoch wird auch in Deutschland zwischen der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung unterschieden. Die hausärztliche Versorgung umfasst die Grundversorgung von Patienten in allen Altersgruppen und bezieht sich auf die Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen, die eine kontinuierliche Betreuung u.a. bei einer Multimorbidität sowie bei der Koordination weiterführender Diagnostik und Therapie benötigen. Hausärzte nehmen in Deutschland eine Koordinationsfunktion innerhalb des Gesundheitssystems ein und stellen damit die Kontinuität sowie die sektorenübergreifende Integration der Versorgung sicher (Zentner et al., 2010). Die fachärztliche Versorgung hingegen ist auf die spezifischen medizinischen Disziplinen spezialisiert. Fachärzte in Deutschland übernehmen eine vertiefte Diagnostik und Therapie bei Erkrankungen, die über den hausärztlichen Kompetenzbereich hinausgehen. Fachärztliche Behandlungen erfolgen zwar häufig auf Grundlage einer hausärztlichen Überweisung, grundsätzlich können Patienten Fachärzte jedoch auch unmittelbar aufsuchen (Rosenbrock & Gerlinger, 2024). Der Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland ist grundsätzlich gewährleistet, vor allem auch, da in weiten Teilen eine gute Erreichbarkeit der Einrichtungen sichergestellt ist. Auffallend ist dabei jedoch eine ungleiche Verteilung der Einrichtungen. Während im städtischen Raum insbesondere eine Überversorgung festzustellen ist, kann im ländlichen Raum sowohl haus- als auch fachärztlich eine Unterversorgung wahrgenommen werden (Klose & Rehbein, 2017). Als Arzt ist es lediglich zulässig, an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von Kassenpatienten also von GKV-Patienten teilzunehmen, wenn eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) vorliegt. Ambulant tätige Ärzte ohne entsprechende Zulassung können grundsätzlich nur Privatpatienten oder Patienten, die die Behandlung selbst bezahlen, behandeln (Simon, 2021).

Die Gegenüberstellung der stationären und ambulanten Angebotsstrukturen verdeutlicht die wachsende Bedeutung des ambulanten Versorgungssektors. Zugleich zeigt sich, dass sich über die bloße Zahl der ambulanten Leistungserbringer nicht erkennen lässt, wie Patienten innerhalb des bestehenden Angebots Entscheidungen treffen. Während die strukturellen Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung vergleichsweise umfassend dokumentiert sind, liegen bislang nur begrenzte Erkenntnisse darüber vor, welche Bedeutung unterschiedliche Praxisformen für patientenseitige Wahlentscheidungen besitzen. An diesem Erkenntnisdefizit setzt die weitere Untersuchung an.

2.3 Der Aufbau der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland

Im vorangegangenen Kapitel wurden zunächst allgemeine Informationen zur ambulanten Krankenversorgung in Deutschland dargelegt. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, den Aufbau der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Detail zu analysieren.

2.3.1 Politische Rechtsgrundlage

Das SGB V bildet die gesetzliche Grundlage der ambulanten Versorgungslandschaft in Deutschland. Hierbei regeln insbesondere die §§ 72 ff., die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland. Zunächst ist die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung wie folgt festgehalten:

„(1) Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

(3) Für die knappschaftliche Krankenversicherung gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend, soweit das Verhältnis zu den Ärzten nicht durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach den örtlichen Verhältnissen geregelt ist. [...]“ (§§ 72-77 SGB V).

An dieser Stelle ist eine prägnante Erläuterung von Absatz 3 erforderlich, der die knappschaftliche Versicherung thematisiert. Bei dieser Versicherung handelt es sich um einen historisch gewachsenen Sonderzweig der deutschen Sozialversicherung, dessen Wurzeln im mittelalterlichen Bergbau liegen. Heute wird diese von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See getragen und vereint als einzige Institution in Deutschland mehrere Zweige der Sozialversicherung, Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung unter einem Dach. Die knappschaftliche Rentenversicherung enthält dabei spezifische Regelungen für Bergleute, wie höhere Beitragssätze und erleichterte Rentenzugänge, während die Krankenkasse Knappschaft als Teil der GKV in der Zwischenzeit allen Versicherten offensteht (Knappschaft-Bahn-See, 2025).

Während demnach der § 72 SGB V die Sicherstellung reguliert, thematisiert der § 73 SGB V bereits die Gliederung der Versorgung in die Bereiche hausärztliche und fachärztliche Versorgung. Es werden zudem detailliert die Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung dargelegt, welche u.a. die folgenden Inhalte umfassen:

„1. ärztliche Behandlung, ...

3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,

4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,

5. Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,

6. Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen,

7. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,

7a. Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen,

8. Verordnung häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege, ...

13. Zweitmeinung nach § 27b,

14. Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 37b.“ (§ 73 Absatz 2 SGB V).

Zuletzt regelt der § 73 SGB V ebenfalls die „Verordnung von Arzneimitteln, von Verbandmitteln, von digitalen Gesundheitsanwendungen und von Produkten, die gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können ...“ (§ 73 Absatz 5 SGB V).

Die politischen Rechtsgrundlagen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung werden des Weiteren durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) disponiert. Der G-BA wurde zum 1. Januar 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz gegründet. Er übernahm damit die Aufgaben seiner Vorgängerorganisationen, welche die Bundesausschüsse für Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen, der Ausschuss Krankenhaus sowie die Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss waren. Der G-BA beschreibt sich selbst als „Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2026). Die Aufgaben beinhalten mitunter die Festlegung von Richtlinien und Leistungen zur Umsetzung im Gesundheitswesen, welche die Versicherten beanspruchen können. Darüber hinaus beschließt der G-BA ebenfalls Maßnahmen zur Qualitätssicherung für Praxen und Krankenhäuser. Die grundsätzlichen Entscheidungen zum Leistungsanspruch der gesetzlich

Krankenversicherten trifft in Deutschland allerdings der Gesetzgeber, also das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Mit der Aufgabe, den sogenannten Leistungskatalog der Krankenkassen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu konkretisieren, hat der Gesetzgeber jedoch den G-BA betraut. Das BMG nimmt die Rechtsaufsicht wahr (Bundesministerium für Gesundheit, 2026b). Eine Richtlinie des G-BA, welche innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung von zentraler Bedeutung ist, ist die Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung. Durch das Inkrafttreten dieser Richtlinie am 01.04.2006, wurde nochmals tiefgehend festgelegt, welche diagnostischen und therapeutischen Verfahren ambulant und zulasten der GKV angewendet werden dürfen. Hintergrund ist an dieser Stelle insbesondere der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit gemäß dem § 12 SGB V. Die Richtlinie wird demnach immer wieder auf aktuelle wissenschaftlich geprüfte Standards und Behandlungsmethoden angepasst (Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, 2006).

2.3.2 Die Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Deutschland sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie unterliegen ebenfalls wie die Krankenkassen dem Prinzip der Selbstverwaltung, was bedeutet, dass der Staat die gesetzlichen Rahmenbedingungen vorgibt, die KVen sich jedoch selbst organisieren und in eigener Verantwortung die medizinische Versorgung der Bevölkerung übernehmen (Bundesministerium für Gesundheit, 2026c). Die rechtliche Grundlage ist auch hier im SGB V verankert. Darin ist im § 77 mitunter festgehalten, dass die Ärzte zu ihrer vertragsärztlichen Versorgung für jeden Bereich eines Landes eine KV bilden. Ebenso ist jeder zugelassene Arzt und jeder angestellte Arzt, der an der vertragsärztlichen Versorgung als ermächtigter Krankenhausarzt[1] teilnimmt, Mitglied der für seinen Arztsitz zuständigen KV. Voraussetzung hierfür ist, dass diese mindestens zehn Stunden pro Woche vertragsärztlich tätig sind (§77 Absatz 3 SGB V).

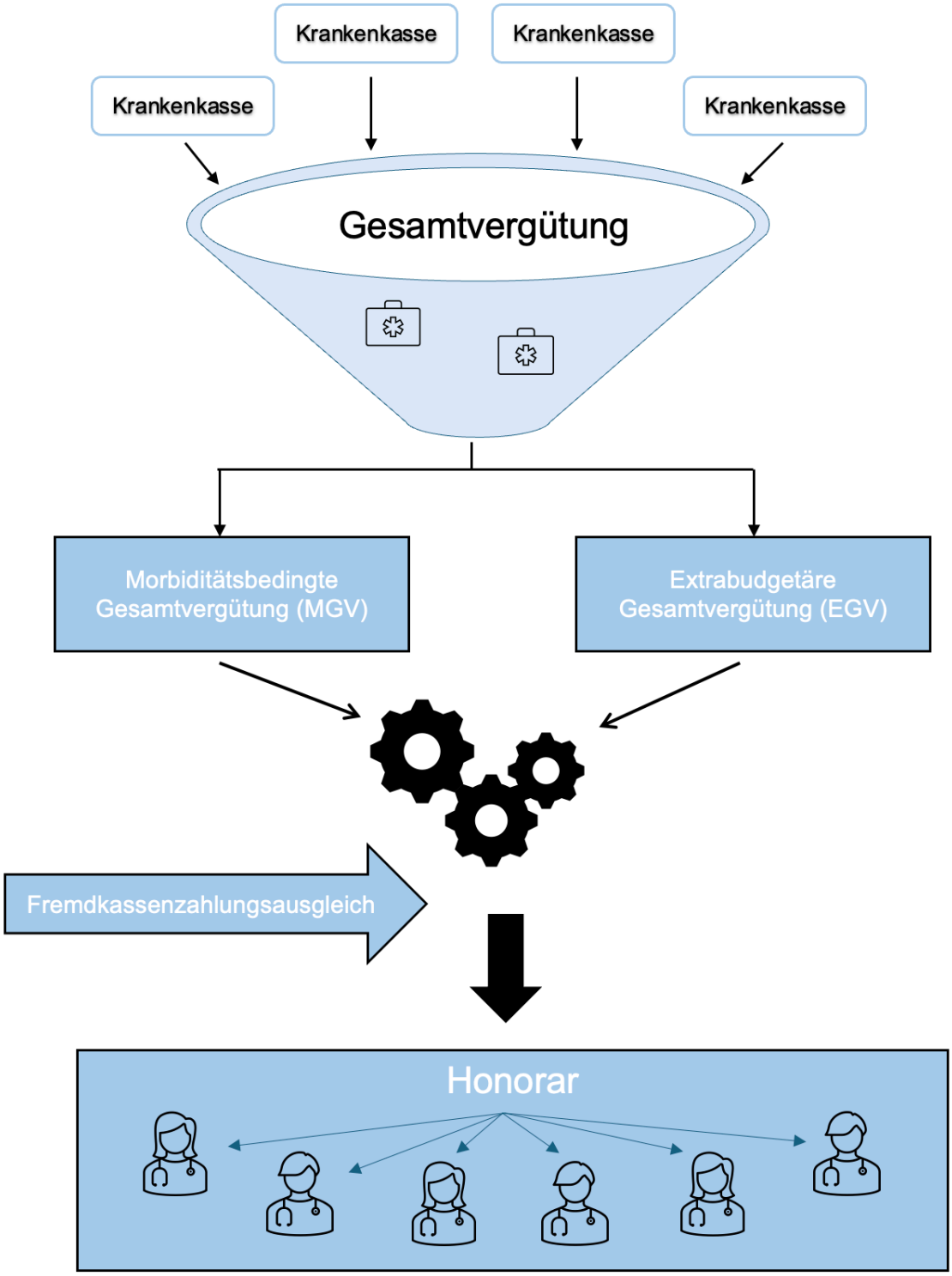
Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bildet den Dachverband der insgesamt 17 KVen in Deutschland (§ 77 Absatz 4 SGB V). Die Aufgaben der KVen beinhalten u.a. die Sicherstellung der Ärzte sowie die gleichmäßige Verteilung. Zusätzlich organisieren die KVen die Notfall- und Bereitschaftsdienste in sprechstundenfreien Zeiten im ambulanten

[1] Ermächtigter Krankenhausarzt = Arzt der im Krankenhaus tätig ist und zeitlich, örtlich sowie fachlich begrenzt für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen ist, ohne dass er selbst eine Kassenzulassung besitzt (Simon, 2021)

Bereich. Weitere Funktionen sind die Sicherung der Qualität der Leistungen der jeweiligen Mitglieder sowie die Abrechnung der Mitglieder mit den Krankenkassen und in der Konsequenz die Vergütung der Leistung an die Ärzte. Die KVen stehen ebenfalls für Beratungen bei der Niederlassung oder auch bei Wirtschaftlichkeitsfragen zur Verfügung (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2025a).

Die Vergütung der Vertragsärzte in Deutschland erfolgt über die KVen, denn das Honorar, das gemäß dem Sachleistungsprinzip vergütet wird, wird nicht auf direktem Wege von der Krankenkasse an den Arzt ausgeglichen, sondern gelangt zunächst zu den zuständigen KVen. Von dort aus erfolgt die Honorarberechnung und -verteilung. Die Abbildung 2 veranschaulicht den Prozess der Vergütung von den Krankenkassen zum Vertragsarzt:

Abbildung 2: Funktionsweise der Vertragsarztvergütung im deutschen Gesundheitssystem



Quelle: Entnommen aus Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025a, eigene Darstellung

Ausgangspunkt der Honorarverteilung ist die vierteljährliche Abrechnung des Vertragsarztes mit der zuständigen KV. Diese Abrechnung findet auf der Grundlage für die einzelnen Versicherten erbrachten und dokumentierten Leistungen statt. Abgerechnet werden kann entsprechend nur das, was erbracht und dokumentiert sowie was in der Folge nach dem jeweiligen Quartal an die KV übermittelt wurde. Im Anschluss an die Übermittlung beginnt bei der KV eine mehrstufige Überprüfung der Abrechnungsdaten. Neben der Fallaufbereitung schließt diese Prüfung ebenfalls die sachliche und rechnerische Korrektheit mit ein. Es wird ergänzend geprüft, ob der Arzt die notwendigen Genehmigungen zur Abrechnung der Leistung vorweisen kann (Simon, 2021). Ist die Prüfung der Abrechnungen seitens der KV abgeschlossen, erfolgt die Aufteilung der Gesamtvergütung. Maßgeblich hierfür ist der sog. Honorarverteilungsmaßstab (HVM). Dieser setzt sich aus der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) sowie der Extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zusammen. Die MGV ist budgetiert, was bedeutet, dass es bei einem hohen Leistungsvolumen automatisch zu Abschlägen kommt. Sie finanziert die Grundversorgung und macht circa 70 % der Gesamtvergütung aus. Die EGV honoriert dagegen spezifische Leistungen ohne Mengenbegrenzung, wie beispielsweise Prävention oder Sonderverträge. Der HVM ist für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung getrennt. Dabei stehen circa 40 % den Hausärzten und rund 60 % den Fachärzten zu. Diese Trennung des Honorars erfolgt jedoch erst, nachdem unter anderem die Verwaltungskostenumlage zur Finanzierung der KV vom Bruttohonorar abgezogen wurde. Der Fremdkassenzahlungsausgleich stellt eine Ausgleichszahlung zwischen den KVen sicher. Dabei ist der Wohnort des Patienten ausschlaggebend für den Zahlungsausgleich. Die KV, in deren Gebiet der Versicherte seinen Wohnort hat, muss der KV, in deren Gebiet Leistungen erbracht wurden, die Vergütung entsprechend erstatten. Das sog. Nettohonorar, welches dann nach Zu- und Abführen der Fremdkassenausgleichzahlungen stehen bleibt, wird dann an die Vertragsärzte verteilt (Axmann et al., 2016; Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2019).

2.3.3 Bedarfsplanung zur vertragsärztlichen Versorgung

Die Bedarfsplanung zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland regelt, wie viele Ärzte einer bestimmten Fachrichtung in einem bestimmten Gebiet niedergelassen sein dürfen, um eine flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung der gesetzlich versicherten Patienten sicherzustellen. Um bundesweit einen vergleichbaren Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu schaffen wird die Bedarfsplanung über die sog. Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA gesteuert. Hierbei werden die Maßstäbe zur Feststellung einer Über- und

Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung deutschlandweit reguliert. Zusätzlich erfassen und bewerten die zuständigen KVen vor Ort die vertragsärztliche Versorgung, um somit regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Unberücksichtigt sind in dieser Planung Ärzte, die ausschließlichen Privatpatienten und Patienten, die die Behandlung selbst bezahlen, behandeln (Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, 2012).
Die Planungsbereiche werden einerseits unterteilt in geographische Bezugspunkte und andererseits in einzelne Arztgruppen. Anhand der festgelegten Planungsbereiche wird die Versorgungslage geprüft und ggf. eine Unter- oder Überversorgung festgestellt. Je nachdem, wie die Versorgung in einem Planungsbereich ist, kann dieser für Zulassungen „offen“ oder „gesperrt“ sein. Während die hausärztliche Versorgung auf eine wohnortnahe Bereitstellung ausgerichtet ist und dementsprechend kleinräumig geplant wird, erfolgt die Planung im Bereich der fachärztlichen Versorgung in der Regel auf der Grundlage größerer Einzugsgebiete (Gemeinsamer Bundesausschuss, o. J.). Die Tabelle 2 zeigt die Zuteilung der Arztgruppen anlässlich der Planungsbereiche:

Tabelle 2: Zuordnung der Arztgruppen im Rahmen der Bedarfsplanung

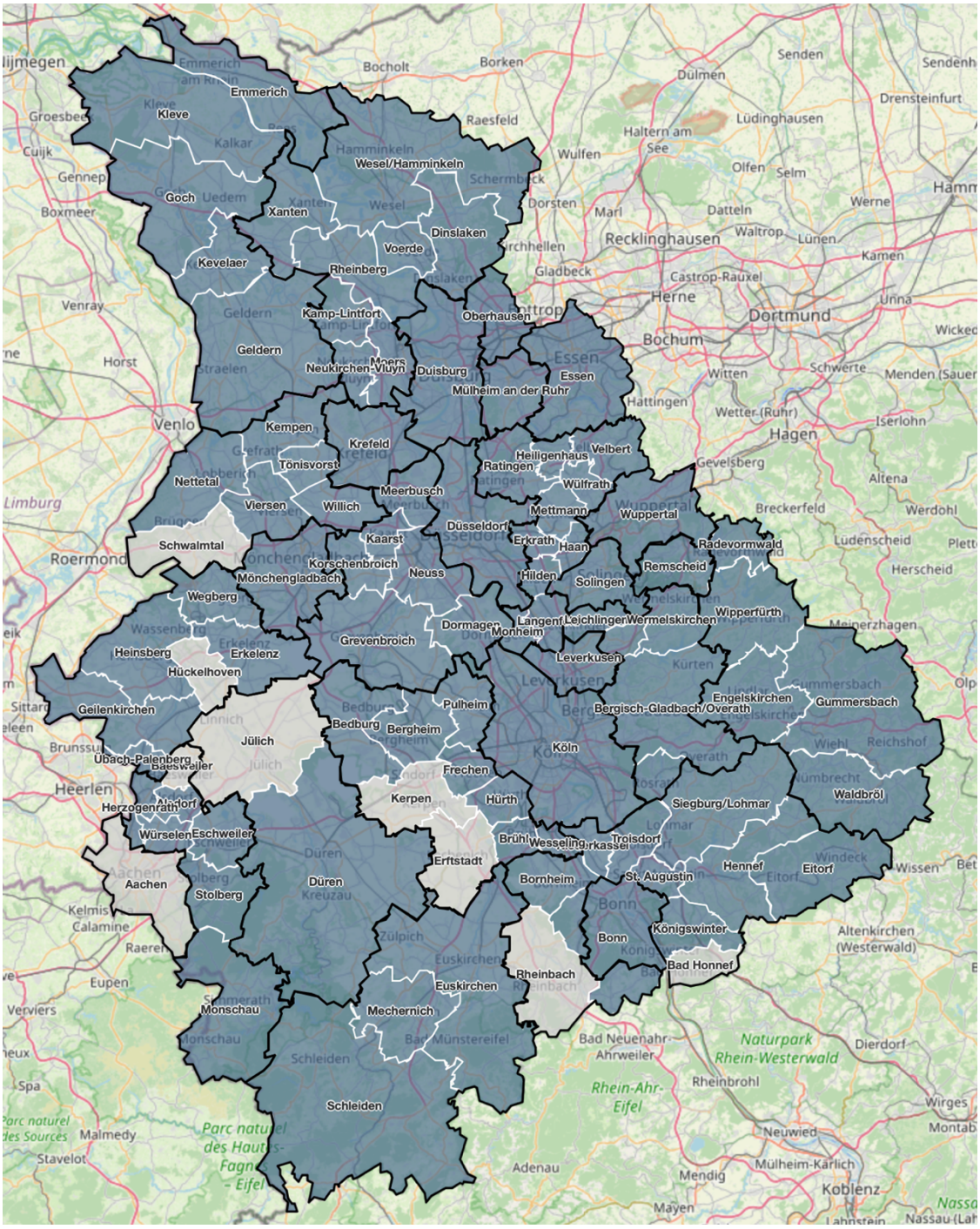
Hausärztliche Versorgung	**Allgemein fachärztliche Versorgung**	**Spezialisierte fachärztliche Versorgung**	**Gesonderte fachärztliche Versorgung**
Hausärzte	Augenärzte Chirurgen Frauenärzte HNO-Ärzte[2] Hautärzte Nervenärzte Psychotherapeuten Orthopäden Urologen Kinderärzte	Fachinternisten Anästhesisten Radiologen Kinder- und Jugendpsychiater	PRM-Mediziner[3] Nuklearmediziner Strahlentherapeuten Neurochirurgen Humangenetiker Laborärzte Pathologen Transfusionsmediziner

Quelle: Entnommen aus Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2025b, eigene Darstellung

Wird sodann die Raumordnungsregion Nordrhein im Kontext der hausärztlichen Versorgung betrachtet, ergeben sich die geografischen Bezugspunkte der Abbildung 3:

[2] HNO-Ärzte = Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
[3] PRM-Mediziner = Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Abbildung 3: Kartenübersicht der vertragsärztlichen Bedarfsplanung in der KV Nordrhein für die hausärztliche Versorgung



Quelle: Entnommen aus Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2025b, eigene Darstellung

Der Karte ist zu entnehmen, dass die hausärztliche Versorgung wohnortnah stattfindet, da diese in weitgehender räumlicher Übereinstimmung der Städte geplant ist. Erwähnenswert ist hierbei, dass eine deutliche Unterversorgung der hausärztlichen Versorgung im gesamten Planungsbereich Nordrhein vorliegt. Von der Unterversorgung ausgenommen sind die einzelnen Planungsbereiche Bad Honnef, Rheinbach, Erftstadt, Kerpen, Aachen, Jülich, Baesweiler, Hückelhoven und Schwalmtal. Diese Bereiche sind derzeit gesperrt, was in der Konsequenz bedeutet, es ist kein freier Hausarztsitz vorhanden und der Versorgungsgrad liegt bei über 100 %. Alle weiteren Planungsbereiche der hausärztlichen Versorgung im Bereich Nordrhein, welche in der vorangegangenen Abbildung in blau markiert sind, gelten als geöffneter Planungsbereich. Dies bedeutet, dass freie Hausarztsitze vorhanden sind und der Versorgungsgrad nicht erreicht ist.

Konkludierend lässt sich festhalten, dass durch die Bedarfsplanung der aktuelle Stand der Versorgung dokumentiert und analysiert wird. Es wird daraus abgeleitet, ob in diversen Planungsgebieten eine Über- oder Unterversorgung vorliegt. Die Bedarfsplanung ist die Grundlage für Entscheidungen der zuständigen KVen für Zulassungen, Anstellungen und Nachbesetzungen von Ärzten. Die Bedarfsplanung bildet dementsprechend auch die Grundlage für die Sperrung oder Öffnung von Planungsbereichen und wird demnach regelmäßig angepasst (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2026).

Die dargestellten rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen verdeutlichen, dass die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Deutschland durch ein komplexes Zusammenspiel gesetzlicher Vorgaben, Selbstverwaltung und Bedarfsplanung geprägt ist. Diese Strukturen schaffen die Voraussetzungen für eine flächendeckende Versorgung und beeinflussen zugleich die Verteilung sowie die Organisation ambulanter Leistungserbringer. Sie erklären jedoch nicht, aus welchen Gründen Patienten innerhalb dieser Versorgungsstrukturen eine bestimmte Praxisform bevorzugen. Die patientenseitige Perspektive bleibt damit weitgehend unberücksichtigt und bildet den Ausgangspunkt der vorliegenden Dissertation.

2.4 Mögliche Kooperationsformen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland

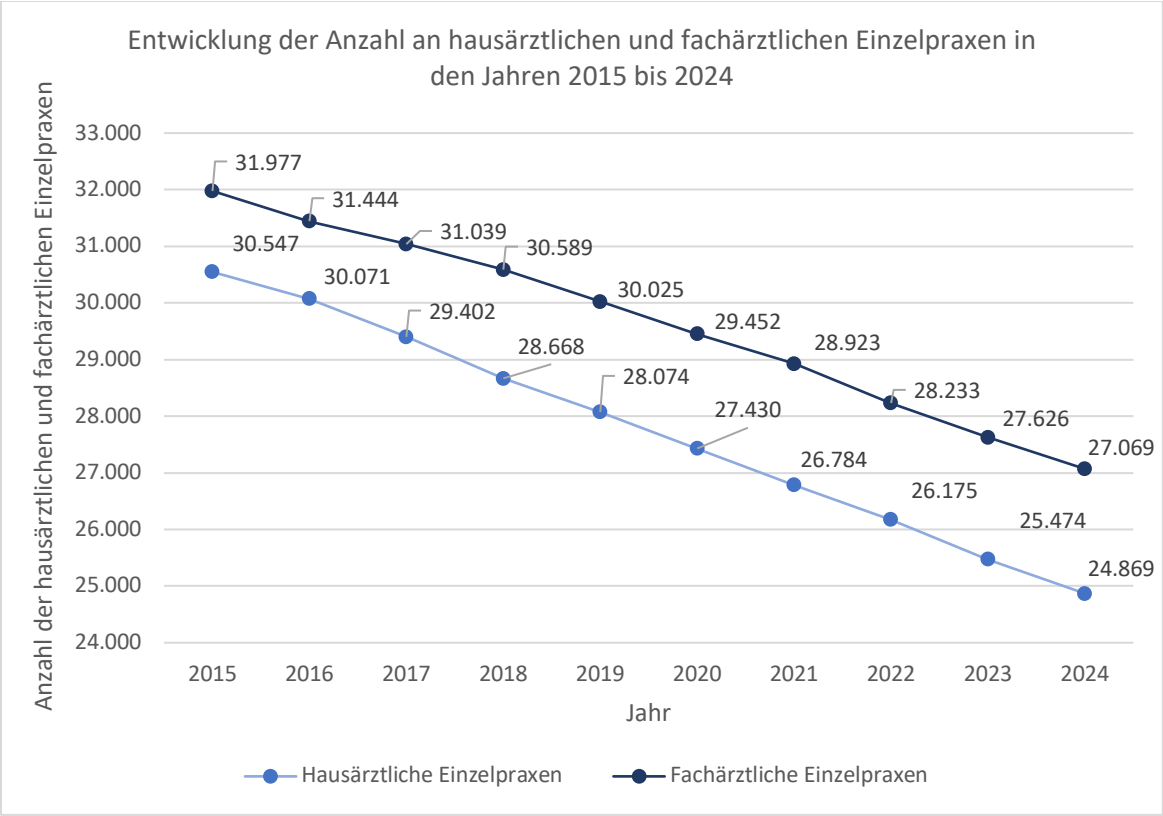
Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln zunächst die grundlegende Darstellung des deutschen Gesundheitssystems und eine vertiefte Analyse der Struktur der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung präsentiert wurde, wird im Folgenden untersucht, welche Ko-

operationsformen im ambulanten Setting vorhanden sind. Im Zentrum steht dabei die Differenzierung der einzelnen Organisationsformen sowie eine kritische Betrachtung ihrer jeweiligen Vor- und Nachteile.

2.4.1 Einzelpraxis

Bei der Einzelpraxis handelt es sich um die traditionellste Form der ärztlichen Niederlassung in Deutschland. Hierbei führt ein Arzt eine Praxis eigenständig und trägt allein die volle Verantwortung. Obwohl sie derzeit noch die am häufigsten gewählte Form ist, ist die Zahl der Einzelpraxen in den vergangenen Jahren zurückgegangen (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2023). Die Abbildung 4 verdeutlicht die Entwicklung der Einzelpraxen in den vergangenen Jahren:

Abbildung 4: Entwicklung der Anzahl an hausärztlichen und fachärztlichen Einzelpraxen in den Jahren 2015 bis 2024



Quelle: Entnommen aus Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025b, eigene Darstellung

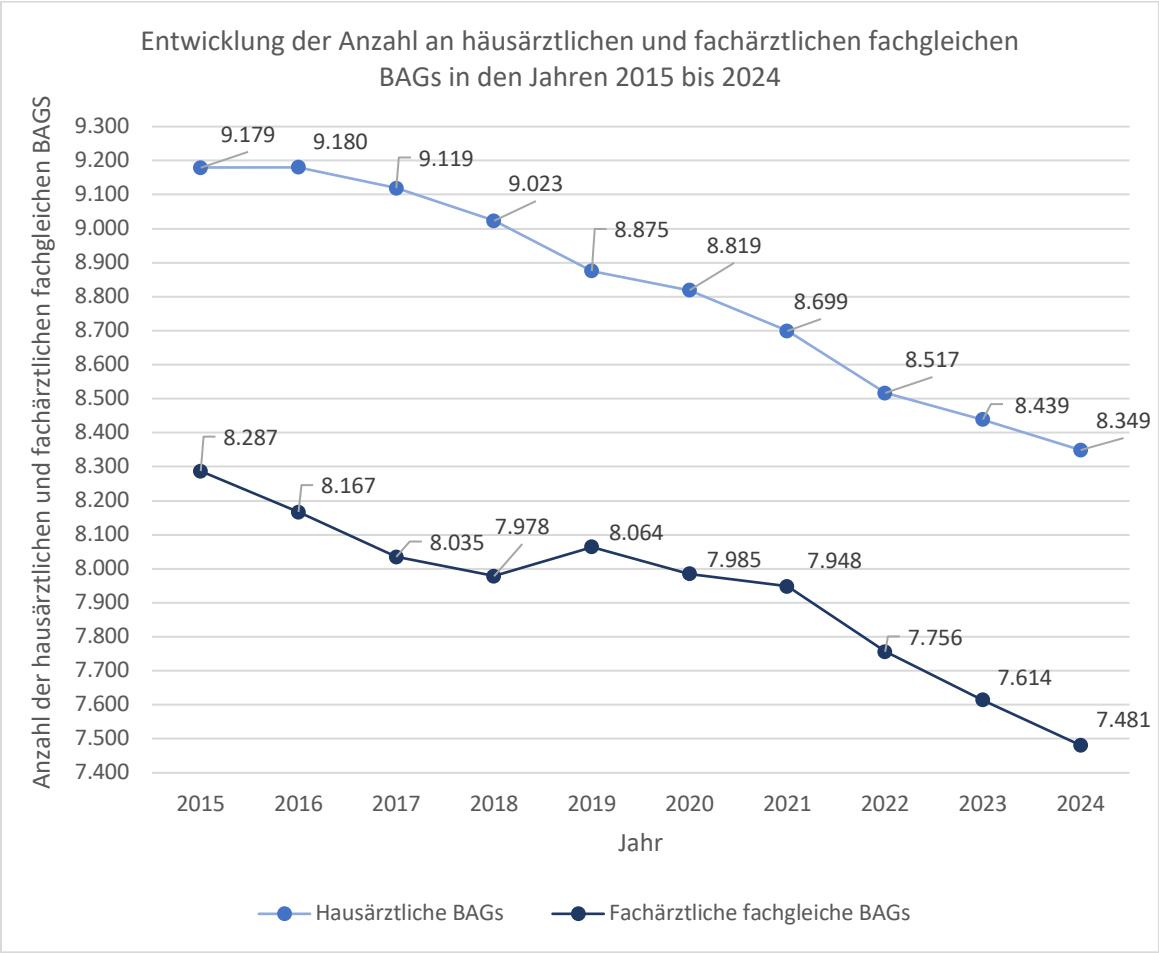
Während es im Jahr 2015 insgesamt noch 30.547 hausärztliche Einzelpraxen gab, reduzierte sich die Anzahl bereits zwei Jahre später auf 29.402. Im Jahr 2020 waren es bereits nur noch

27.430 hausärztliche Einzelpraxen. Bis zum Jahr 2024 nahm die Anzahl auf 24.869 Praxen ab, was einem Rückgang von 18,6 % entspricht. Ähnlich gestaltet sich die Entwicklung bei fachärztlichen Einzelpraxen. Waren es hier im Jahr 2015 noch 31.977 fachärztliche Einzelpraxen, so waren es im Jahr 2017 nur noch 31.039 und im Jahr 2020 29.452. Im Jahr 2024 sind es insgesamt 27.069 fachärztliche Einzelpraxen, sodass auch hier eine Verringerung von 15,3 % über neun Jahre entstand (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025b).

2.4.2 Berufsausübungsgemeinschaft

Die BAG stellt eine weitere Form der ärztlichen Kooperation in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland dar. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass zwei oder mehr Vertragsärzte ihre medizinische Tätigkeit gemeinschaftlich und rechtlich verbunden ausüben (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2025). In der Regel erfolgt die Gründung in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) gemäß dem §§ 705 ff. BGB (§§ 705 ff. BGB). Im Rahmen der BAG erfolgt die Patientenversorgung gemeinschaftlich. Es erfolgt eine einheitliche Außendarstellung und es besteht ein gemeinsamer Patientenstamm. Die Abrechnung der erbrachten Leistungen wird zentral über eine gemeinsame Betriebsstättennummer gegenüber der KV abgewickelt. Neben der Infrastruktur, die bei der BAG geteilt wird, werden auch Erträge und Aufwendungen geteilt (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2025). Bei BAGs ist tendenziell eine weitgehende Stabilität bzw. ein moderat abnehmender Verlauf zu erkennen, wie die Abbildung 5 veranschaulicht. Abbildung 5 stellt die Entwicklungen der hausärztlichen und fachärztlichen BAGs dar:

Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl an hausärztlichen und fachärztlichen fachgleichen BAGs in den Jahren 2015 bis 2024



Quelle: Entnommen aus Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025b, eigene Darstellung

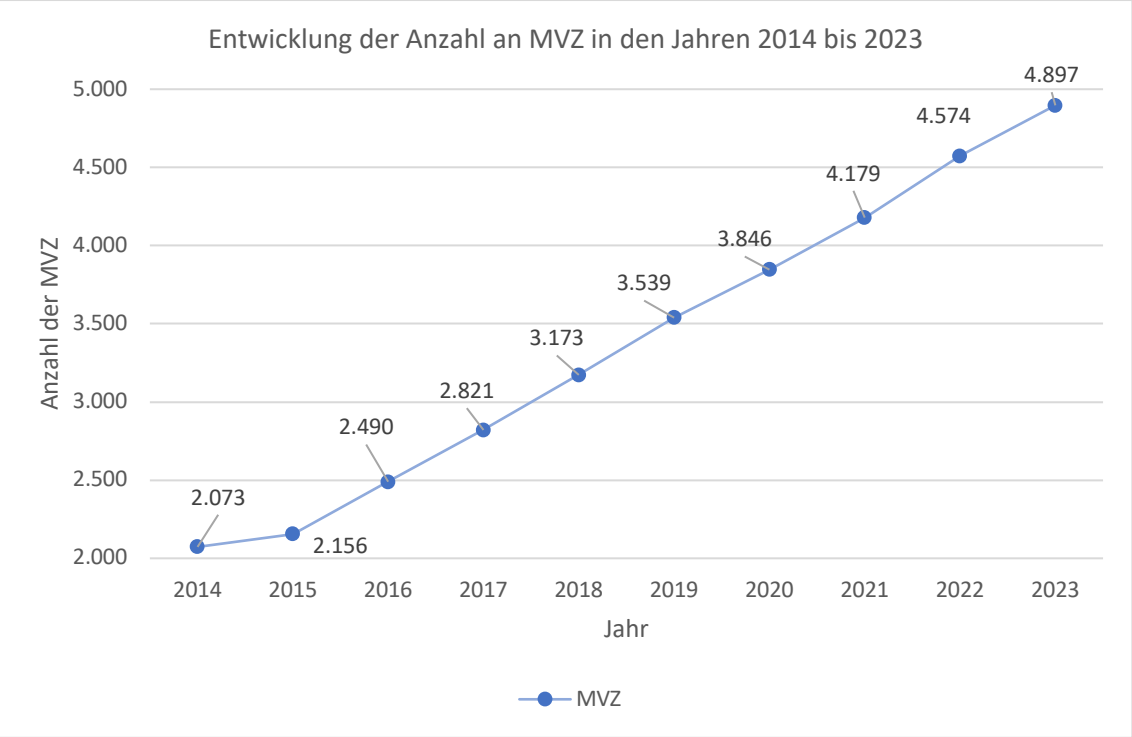
Im Jahr 2015 wurden bundesweit 9.179 hausärztliche BAGs registriert. Diese Zahl ging im Jahr 2018 auf 9.023, bevor sie bis zum Jahr 2024 leicht auf 8.349 zurückging. Insgesamt ergibt sich damit ein Rückgang um 9,1 % über den betrachteten Zeitraum. Die Zahl fachärztlicher fachgleicher BAGs war 2015 mit 8.287 leicht geringer und sank bis 2024 auf 7.481, was einem Rückgang von etwa 9,7 % entspricht. Zwischenzeitlich war jedoch ein leichter Anstieg zu verzeichnen, nämlich im Jahr 2019 mit 8.064 BAGs. Daraufhin folgte ein kontinuierlicher Abwärtstrend (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025b).

2.4.3 Medizinisches Versorgungszentrum

Ein Medizinisches Versorgungszentrum, kurz MVZ, stellt eine auf Dauer angelegte, fachübergreifende oder auch fachgleiche Einrichtung zur ambulanten medizinischen Versorgung dar. In ihr sind Ärzte unterschiedlicher oder gleicher Fachrichtungen gemeinschaftlich unter

einer einheitlichen Trägerschaft tätig. Die Kooperationsform wurde im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahr 2004 in die ambulante Versorgungslandschaft implementiert. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für MVZ sahen zunächst vor, dass lediglich fachübergreifende Zusammenschlüsse von Ärzten zur Gründung berechtigt waren. Mit einer gesetzlichen Änderung im Jahr 2016 wurde diese Voraussetzung aufgehoben, sodass seither auch fachgleiche ärztliche Kooperationsformen ein MVZ gründen können (Rosenbrock & Gerlinger, 2024; Simon, 2021). Die rechtliche Grundlage von MVZ bildet der § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V: „Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, ...als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind." (§ 95 Absatz 1 SGB V). MVZ stellen einen integralen Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland dar. Sie können sowohl von ärztlichen Leistungserbringern als auch von bestimmten nichtärztlichen Trägern, beispielsweise Krankenhäusern, Kommunen oder gemeinnützigen Organisationen, gegründet und betrieben werden. Unabhängig von der Trägerschaft ist eine ärztliche Leitung gesetzlich vorgeschrieben (Rosenbrock & Gerlinger, 2024). Die Abbildung 6 veranschaulicht die Entwicklung der Kooperationsform MVZ über die Jahre 2014 bis 2023:

Abbildung 6: Entwicklung der Anzahl an MVZ in den Jahren 2014 bis 2023



Quelle: Entnommen aus Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025b, eigene Darstellung

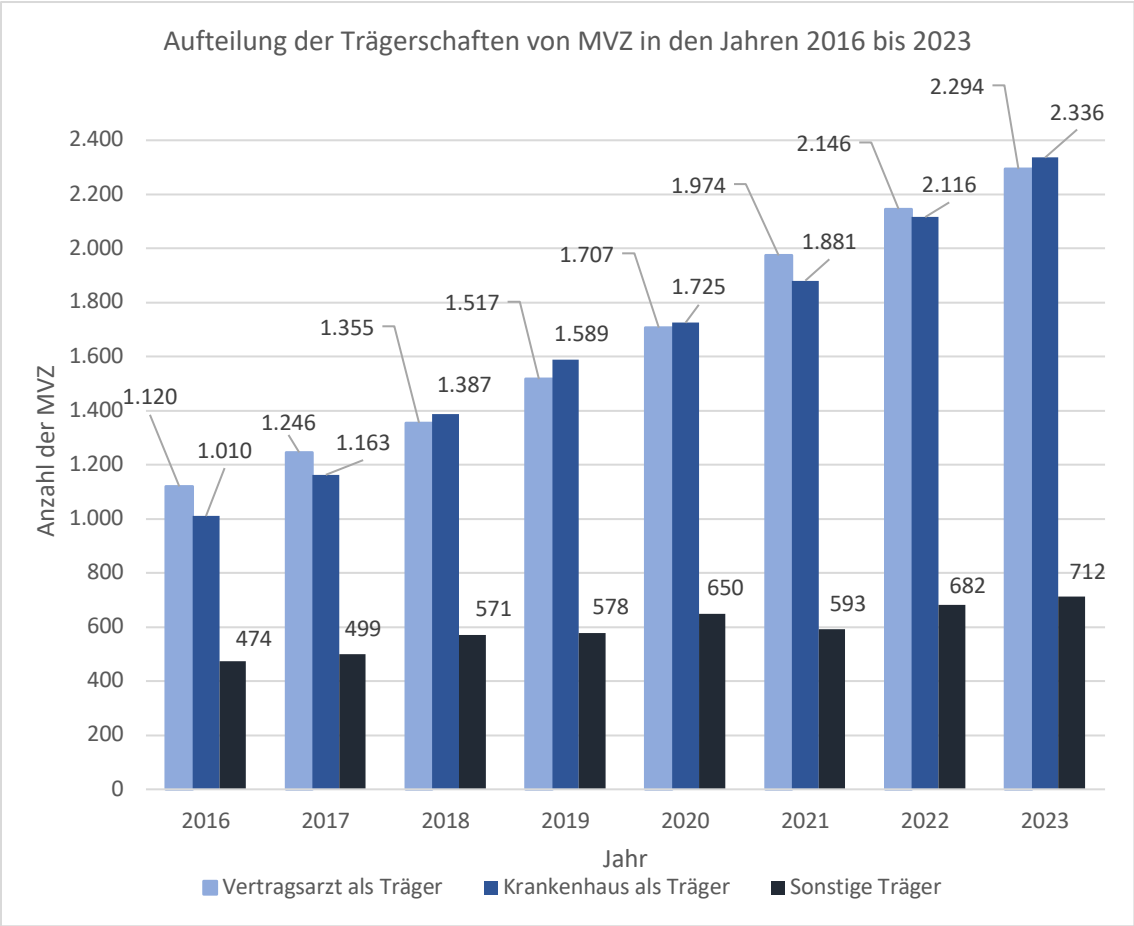
Die Grafik zeigt die kontinuierliche Zunahme der Anzahl an MVZ in Deutschland im Zeitraum von 2014 bis 2023. Innerhalb des Zeitraums hat sich die Zahl der registrierten MVZ mehr als verdoppelt, was auf einen strukturellen Wandel in der vertragsärztlichen Versorgung bzw. innerhalb der Kooperationsformen hinweist. Im Jahr 2014 lag die Gesamtzahl der MVZ bundesweit bei 2.073. In den darauffolgenden Jahren setzte sich der Wachstumstrend fort, wobei die jährlichen Zuwächse tendenziell zunahmen. So stieg die Anzahl im Jahr 2016 auf 2.490, im Jahr 2018 auf 3.173 und im Jahr 2020 auf 3.846. Im Jahr 2023 wurde mit 4.897 MVZ der bisherige Höchststand erreicht. Dieser kontinuierliche Anstieg unterstreicht die wachsende Bedeutung von MVZ als Versorgungsstruktur im deutschen Gesundheitswesen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025b).

Gemäß § 95 SGB V können MVZ von unterschiedlichen Trägern gegründet und betrieben werden. Diese Trägerschaft beeinflusst sowohl die Organisationsform als auch die strategische Ausrichtung eines MVZ. Grundsätzlich kann zwischen den folgenden vier Hauptgruppen von Trägern unterschieden werden:

1. Krankenhäuser
2. Vertragsärzte
3. Gemeinnützige Organisationen und Kommunen
4. Kapitalgesellschaften bzw. Private-Equity-Investoren (Rosenbrock & Gerlinger, 2024)

Die Abbildung 7 veranschaulicht die Aufteilung der Trägerschaften von MVZ der Jahre 2016 bis 2023:

Abbildung 7: Aufteilung der Trägerschaften von MVZ in den Jahren 2016 bis 2023



Quelle: Entnommen aus Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025b, eigene Darstellung

Während sich rechtlich vier Trägergruppen unterscheiden lassen, fasst die verwendete Statistik gemeinnützige, kommunale und weitere Träger in der Kategorie „sonstige Träger“ zusammen. Die Zahl der MVZ, die von Vertragsärzten getragen werden, erhöhte sich von 1.120 im Jahr 2016 auf 2.336 im Jahr 2023, was einer Steigerung von über 108 % entspricht. Diese Gruppe war zunächst die zahlenmäßig stärkste, wurde jedoch zunehmend von Krankenhausträgern überholt. Als dynamisch kann das Wachstum bei MVZ mit einem Krankenhaus als Träger beobachtet werden: Von 1.010 im Jahr 2016 auf ebenfalls 2.336 im Jahr 2023. Damit haben Krankenhäuser die Vertragsärzte als bedeutendste Trägergruppe leicht überholt. Die Zahl der MVZ mit sonstigen Trägern (z.B. Kommunen, gemeinnützige Träger oder investorengetragene Kapitalgesellschaften) stieg moderat an - von 474 im Jahr 2016

auf 712 im Jahr 2023. Auch wenn diese Gruppe anteilsmäßig kleiner bleibt, zeigt sich auch hier ein konstantes Wachstum (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025b).
Die Entwicklung reflektiert nicht nur einen Wandel in den Präferenzen ärztlicher Berufsausübung, hin zu angestellten Tätigkeiten, sondern auch eine zunehmende Trägerschaft durch Krankenhäuser, Kommunen und teilweise investorengetragene Unternehmen. Insbesondere in unterversorgten und strukturschwächeren Regionen gelten MVZ als Instrument der Sicherstellung einer flächendeckenden und koordinierten ambulanten Versorgung. Die steigende Anzahl an MVZ ist nicht zuletzt Ausdruck politisch gewollter Versorgungsstrukturen, die eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit fördern sollen (Klauber, Wasem, et al., 2024).

2.5 Vergleich der möglichen Kooperationsformen

Angesichts der strukturellen Veränderungen im ambulanten Versorgungssystem gewinnt die Frage nach geeigneten Praxisformen zunehmend an Bedeutung. Insbesondere der demografische Wandel, der Generationenwechsel innerhalb der Ärzteschaft sowie der Wunsch nach einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben führen dazu, dass traditionelle Praxisformen wie die Einzelpraxis verstärkt durch kooperative Versorgungsmodelle ergänzt oder ersetzt werden. Insbesondere die BAG sowie das MVZ haben sich dabei als alternative Organisationsformen etabliert. Vor diesem Hintergrund erscheint ein vergleichender Blick auf die verschiedenen Kooperationsformen im ambulanten Sektor geboten, um deren strukturelle Merkmale, Entwicklungstendenzen sowie potenzielle Vor- und Nachteile differenziert zu analysieren.

2.5.1 Struktur und Personal

Wie in den vorangegangenen Kapiteln eruiert, zählen in Deutschland zu den zentralen Praxisformen die Einzelpraxis, die BAG und das MVZ. Diese Kooperationsformen sind nicht nur rechtlich verschieden geregelt, sondern unterscheiden sich ebenso hinsichtlich ihrer Größe, Leitung und Personalstruktur. Die Einzelpraxis stellt die traditionellste und lange Zeit dominierende Organisationsform dar. Hierbei ist ein Arzt alleiniger Praxisinhaber und übt die vertragsärztliche Tätigkeit selbstständig aus. Die Verantwortung für die medizinischen, betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Aufgaben liegt vollständig bei dem Inhaber. In einer Einzelpraxis ist in der Regel ein kleines Team, meist bestehend aus medizinischen Fachangestellten (MFA) beschäftigt. Weitergehende personelle Strukturen sind selten (Fitzner, 2021; Smetak, 2019).

Im Unterschied dazu basiert die BAG auf einer gemeinschaftlichen Berufsausübung mehrerer Ärzte. Sie ist zumeist als Gesellschaft bürgerlichen Rechts organisiert und erlaubt damit die gemeinsame Nutzung von Ressourcen wie Personal, Räumen und medizinischer Infrastruktur. Innerhalb einer BAG wird die ärztliche Leistung in gemeinsamer Verantwortung erbracht, wobei auch eine differenzierte Aufgabenverteilung und fachliche Kooperation möglich ist. Personalstrukturen sind dabei in der Regel breiter angelegt als in Einzelpraxen, umfassen jedoch zumeist weiterhin medizinisches Fachpersonal und Verwaltungskräfte in kleinerem Umfang (Mitternacht, 2023).

Das MVZ bildet die institutionell komplexeste Versorgungsstruktur im ambulanten Bereich in Deutschland - anders als in Einzelpraxen oder in BAGs ist die Anstellung von Ärzten im MVZ-Regelbetrieb üblich. MVZ verfügen über eine ärztliche Leitung, die jedoch nicht identisch mit der Geschäftsführung sein muss. Die Größe eines MVZ variiert erheblich und kann mehrere Fachrichtungen und Berufsgruppen umfassen, was eine arbeitsteilige Versorgung ermöglicht. Neben Ärzten und MFA sind Pflegefachkräfte und Verwaltungsangestellte fester Bestandteil des Teams. In Bezug auf die Personalstruktur ergibt sich ein weiterer Unterschied: Während Einzelpraxen typischerweise von einem einzigen Vertragsarzt betrieben werden, ermöglichen MVZ flexible Beschäftigungsmodelle, wie die Anstellung von Vertragsärzten in Teilzeit. Auch interprofessionelle Teams sind dort häufiger anzutreffen, was neue Formen der Zusammenarbeit und Versorgungskoordination begünstigt (Fricke et al., 2023).

2.5.2 Einrichtungsträger

Die Struktur der ambulanten Versorgung ist maßgeblich durch die Trägerformen der jeweiligen Einrichtungstypen geprägt. Der jeweilige Einrichtungsträger beeinflusst dabei nicht nur die rechtliche und wirtschaftliche Ausgestaltung, sondern ebenfalls die Steuerung, Entscheidungsprozesse sowie das Verhältnis von medizinischer Autonomie und betriebswirtschaftlicher Leitung.

Die Einzelpraxis ist typischerweise durch eine Ein-Personen-Trägerschaft gekennzeichnet. Der Praxisinhaber ist zugleich Träger der Einrichtung und übernimmt somit allein die Verantwortung für sämtliche Prozesse. Diese Form ist stark durch das Prinzip der ärztlichen Freiberuflichkeit geprägt, das im deutschen Gesundheitssystem als historisch gewachsenes Leitbild gilt. Die Entscheidungsfreiheit ist dabei hoch, gleichermaßen auch mit einer vollständigen wirtschaftlichen Haftung verbunden. Externe Einflussnahme auf medizinische Entscheidungen findet nicht statt (Fitzner, 2021).

Die BAG wird durch eine gemeinschaftliche Trägerschaft mehrerer Vertragsärzte betrieben, die in der Regel als GbR organisiert ist. Die Verantwortung für die Praxisführung wird kollektiv getragen, wobei die Gesellschafter gemeinsam haftbar sind. Entscheidungsprozesse erfolgen kooperativ, was einerseits Potenziale wie beispielsweise eine geteilte Verantwortung und eine gegenseitige Vertretung und andererseits Herausforderungen wie ein erhöhtes Konfliktpotenzial birgt. Die Trägerschaft bei BAGs verbleibt vollständig im ärztlichen Bereich, womit die berufsethischen und freiberuflichen Grundprinzipien gewahrt bleiben (Keisers, 2020).

MVZ dagegen unterscheiden sich grundlegend von Einzelpraxen und BAGs durch die Möglichkeit einer institutionellen Trägerschaft, die entsprechend über die Ärzteschaft hinaus reicht. MVZ können von zugelassenen Vertragsärzten, Krankenhäusern, Kommunen, gemeinnützigen Trägern und Kapitalgesellschaften betrieben werden (§ 95 Absatz 1a SGB V). In der Regel handelt es sich bei diesen Trägerschaften um eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH). Diese kommt insbesondere in Holdingstrukturen zum Tragen, bei welchen die unternehmerische Steuerung oft von nicht-ärztlichen Personen übernommen wird. Die ärztliche Leitung gemäß § 95 Abs. 1 Satz 6 SGB V dient zwar der Sicherstellung der medizinischen Versorgung und ist verpflichtend, ist jedoch operativ von der Geschäftsführung getrennt. Diese Trägerpluralität ermöglicht eine stärkere Kapitalisierung und Skalierbarkeit im ambulanten Bereich, wirft jedoch auch Fragen nach der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen, nach Transparenz und Gemeinwohlorientierung auf. Während Krankenhaus-MVZ oft mit dem Ziel der sektorenübergreifenden Versorgung agieren, verfolgen investorengetragene MVZ primär betriebswirtschaftliche Interessen (Axmann et al., 2016; Fricke et al., 2023).

2.5.3 Investitionsverhalten

Das Investitionsverhalten medizinischer Einrichtungen im ambulanten Sektor ist ein wesentlicher Indikator für deren Innovationsbereitschaft, Zukunftssicherung und strukturelle Weiterentwicklung. Die Bereitschaft und Fähigkeit zu investieren hängen eng mit der jeweiligen Praxisform und Trägerschaft zusammen. Einzelpraxen, BAGs und MVZ unterscheiden sich dabei deutlich hinsichtlich des Investitionsvolumens, der Entscheidungsprozesse und der verfügbaren Kapitalquellen.

Das Investitionsverhalten in Einzelpraxen ist in der Regel zurückhaltend und risikoavers, da Investitionen überwiegend aus Eigenmitteln oder Bankkrediten der Praxisinhaber finanziert werden. Aufgrund der vollständigen persönlichen Haftung ist die Investitionsbereitschaft oft

durch Sicherheitsbedenken und Liquiditätsengpässe begrenzt. Überdies erschweren Unsicherheiten über langfristige Niederlassungsperspektiven sowie Nachfolgesorgen strategische Investitionsentscheidungen. Technologische Modernisierung, Digitalisierung oder auch strukturelle Erweiterungen erfolgen daher vielfach nur in kleinen Schritten (Fitzner, 2021; Smetak, 2019).

In BAGs erfolgt die Investitionsentscheidung gemeinschaftlich durch die ärztlichen Gesellschafter, was zwar eine gewisse Risikodiversifikation erlaubt, jedoch auch einen hohen Abstimmungsbedarf mit sich bringt. Investitionen werden typischerweise aus gemeinsam gebildetem Eigenkapital, aus Gewinnen oder durch gemeinsame Fremdfinanzierung getragen. Der Fokus liegt dabei häufig auf der Optimierung interner Abläufe, wie zum Beispiel Praxis-IT oder Geräteanschaffung, weniger jedoch auf expansiver Infrastrukturentwicklung. Im Vergleich zur Einzelpraxis zeigen BAGs tendenziell eine höhere Investitionsbereitschaft, bleiben jedoch in ihrer wirtschaftlichen Tragweite begrenzt (Keisers, 2020).

Das Investitionsverhalten von MVZ unterscheidet sich deutlich von den freiberuflich getragenen Praxisformen. Abhängig von der Trägerschaft verfügen MVZ in der Regel über einen erhöhten Zugang zu Fremd- und Beteiligungskapital sowie professionelle Steuerungselemente zur Investitionsplanung. Investitionen in moderne Medizintechnik, Infrastruktur, digitale Anwendungen wie beispielsweise Patientenportale oder ePA-Systeme sowie Investition in moderne Medizintechnik, Infrastruktur, digitale Anwendungen und Personalentwicklung erfolgen strategisch und häufig im größeren Maßstab. Während die finanzielle Ausstattung von MVZ-Investitionen in moderne Versorgungsstrukturen erleichtert, besteht gleichzeitig das Risiko, dass ökonomische Interessen gegenüber den Zielen einer patientenzentrierten Versorgung dominieren. In Einzelpraxen und BAGs dagegen sind Investitionen stärker werteorientiert und patientennah ausgerichtet, jedoch finanziell limitiert (Fricke et al., 2023; Neubauer et al., 2022).

2.5.4 Abrechnungsmodalitäten

Die ärztliche Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt im Wesentlichen über das kassenärztliche Vergütungssystem. Trotz der einheitlichen Grundlagen unterscheidet sich die konkrete Abrechnungspraxis in Einzelpraxen, BAGs und MVZ aufgrund der Struktur, Zuständigkeit und verschiedener Abrechnungswege deutlich. Diese Differenzen wirken sich auf Honorarverteilung, wirtschaftliche Transparenz und Haftungsverhältnisse aus. In der Einzelpraxis erfolgt die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistung direkt unter der Lebenslangen Arztnummer (LANR) des Praxisinhabers gegenüber der zuständigen KV. Die

Leistungen werden personenbezogen über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für gesetzlich Versicherte abgerechnet. Da die Einzelpraxis vollständig unternehmerisch geführt wird, ist auch das gesamte Abrechnungs- und Haftungsrisiko an den Inhaber gebunden (Fitzner, 2021).

In einer BAG erfolgt die Abrechnung gemeinschaftlich unter der Betriebsstättennummer (BSNR) der BAG gegenüber der KV. Die erbrachten Leistungen der einzelnen ärztlichen Partner werden zwar fachlich dokumentiert, jedoch wirtschaftlich im Rahmen einer internen Honorarverteilung auf der Grundlage eines zuvor vereinbarten Honorarverteilungsmaßstabs aufgeteilt. Diese Verteilung kann beispielsweise auf Fallzahlen, Leistungspunkten, Umsatz oder Zeitanteilen basieren. Die KV führt eine konsolidierte Abrechnung für die BAG durch. Eine getrennte Abrechnung der einzelnen Ärzte bzw. LANRs entfällt somit (Keisers, 2020).

MVZ rechnen ebenfalls wie BAGs über eine BSNR gegenüber der KV ab. Hierbei rechnen angestellte Ärzte unter der BSNR des MVZ ab und die Honorareinnahmen fließen dem MVZ als Träger zu. Im Unterschied zur BAG besteht im MVZ eine klare Trennung zwischen ärztlicher Leistung und wirtschaftlicher Verantwortung. Ärzte als Angestellte erhalten ein Gehalt, das unabhängig von den individuellen Abrechnungsdaten ist. Hierbei können lediglich leistungsbezogene Anteile im Gehalt enthalten sein, sofern dies vertraglich vereinbart wurde. Die Verantwortung für die wirtschaftliche Planung und Abrechnung liegt jedoch beim Träger bzw. der Geschäftsführung (Fricke et al., 2023).

2.5.5 Vor- und Nachteile der möglichen Kooperationsformen

Die zentralen Organisationsformen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung - die Einzelpraxis, die BAG und das MVZ - unterscheiden sich erheblich in ihren strukturellen, ökonomischen, organisatorischen und patientenbezogenen Merkmalen. Die folgende differenzierte Betrachtung ihrer jeweiligen Vor- und Nachteile liefert wichtige Erkenntnisse für die Analyse von Versorgungsstrukturen und zukünftigen Entwicklungspfaden.

Die Einzelpraxis ist durch ein hohes Maß an struktureller Eigenständigkeit und Entscheidungsfreiheit gekennzeichnet. Die ärztliche Leitung liegt hierbei allein bei dem Praxisinhaber, was kurze Entscheidungswege und eine individuelle Patientenversorgung ermöglichen. Diese Autonomie geht jedoch mit einer vollständigen unternehmerischen Verantwortung und einem erhöhten wirtschaftlichen Risiko einher. Aufgrund begrenzter Kapitalressourcen erfolgt das Investitionsverhalten häufig zurückhaltend. Auch die Innovationskraft, beispielsweise im Bereich der Digitalisierung, ist durch personelle und finanzielle Restriktionen ein-

geschränkt. Arbeitszeitmodelle sind in der Einzelpraxis in der Regel festgelegt, was die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben erschwert. Gleichzeitig bietet die Einzelpraxis ein hohes Maß an Kontinuität in der Patientenbindung, was insbesondere von Patienten mit chronischen Erkrankungen geschätzt wird. Dem steht die Herausforderung einer flächendeckenden Versorgung gegenüber, da vor allem in ländlichen Regionen die Bereitschaft zur Niederlassung junger Ärzte rückläufig ist (Fitzner, 2021; Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2023).

Die BAG stellt eine kooperative Organisationsform dar, in der mehrere Ärzte gemeinsam tätig sind. Die Verantwortung wird hierbei unter den Gesellschaftern geteilt, was sowohl Vorteile hinsichtlich der Arbeitsentlastung und Vertretungsmöglichkeiten als auch Konfliktpotenzial bei Entscheidungsprozessen birgt. Investitionen werden gemeinsam getragen, was das finanzielle Risiko reduziert, jedoch gleichzeitig die Konsensfindung über größere Anschaffungen und strategische Weiterentwicklungen erschwert. Die interne Honorarverteilung erfolgt meist auf Grundlage eines gemeinsam vereinbarten Maßstabs. BAGs bieten im Vergleich zu Einzelpraxen bessere Voraussetzungen für eine kollegiale Zusammenarbeit und ermöglichen, bei entsprechender Teamgröße, flexiblere Arbeitszeitmodelle. Die Patientenversorgung profitiert von der Möglichkeit der internen Überweisung und Spezialisierung (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2025; Keisers, 2020).

Das MVZ repräsentiert eine institutionalisierte Versorgungsform, die sowohl fachgleiche als auch fachübergreifende Leistungen unter einem organisatorischen Dach anbietet. Die Trägerschaft liegt bei zugelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Kommunen oder Kapitalgesellschaften. Diese Vielfalt eröffnet breite Spielräume für Investitionen, insbesondere bei Trägern mit Zugang zu externem Kapital. MVZ verfügen über klare Führungsstrukturen mit ärztlicher Leitung und Geschäftsführung, was eine arbeitsteilige Organisation erlaubt, aber auch zur Trennung zwischen medizinischer Verantwortung und wirtschaftlicher Steuerung führen kann. Angestellte Ärzte profitieren häufig von geregelten Arbeitszeiten und verbesserten Vereinbarkeitsstrukturen, haben jedoch nur begrenzte Einflussmöglichkeiten auf betriebliche Entscheidungen. Für Patienten bieten MVZ durch ihre interdisziplinäre Ausrichtung ein breites Leistungsspektrum und verbesserte Möglichkeiten einer fachübergreifenden bzw. sektorenübergreifenden Versorgung. Gleichzeitig wird häufig kritisiert, dass bei investorengetragenen MVZ wirtschaftliche Ziele möglicherweise stärker im Vordergrund stehen als die Versorgungsqualität (Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, o. J.).

Die dargestellten Unterschiede verdeutlichen, dass keine Praxisform grundsätzlich überlegen ist. Vielmehr unterscheiden sich Einzelpraxis, BAG und MVZ hinsichtlich ihrer organisatorischen Strukturen, personellen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sowie ihrer Eignung für unterschiedliche Versorgungsanforderungen. Die bisherige Literatur betrachtet diese Unterschiede jedoch überwiegend aus der Perspektive der Leistungserbringer oder der Versorgungsorganisation. Ob und in welchem Umfang sie auch patientenseitige Entscheidungsprozesse bei der Wahl einer Praxisform beeinflussen, ist bislang nur unzureichend empirisch untersucht. Vor diesem Hintergrund erscheint eine patientenzentrierte Betrachtung der Praxisformwahl sinnvoll. Das nachfolgende Kapitel widmet sich daher dem nationalen und internationalen Forschungsstand zu patientenseitigen Arzt- und Praxiswahlpräferenzen und leitet daraus die Forschungslücke der vorliegenden Dissertation ab.

2.6 Patientenseitige Arzt- und Praxiswahlpräferenzen im nationalen und internationalen Forschungskontext

Die Analyse patientenseitiger Arzt- und Praxiswahlpräferenzen bildet einen wichtigen Bezugspunkt für die Untersuchung ambulanter Versorgungsstrukturen. In Gesundheitssystemen mit freier oder weitgehend freier Arztwahl stellt sich die Frage, anhand welcher Kriterien Patienten medizinische Leistungserbringer auswählen und welche Bedeutung dabei individuellen Präferenzen, Informations- und Empfehlungsquellen sowie strukturellen und qualitätsbezogenen Merkmalen der Versorgung zukommt. Die vorliegende Arbeit knüpft an diese Forschungsperspektive an, indem sie untersucht, welche patientenbezogenen, situativen und versorgungsstrukturellen Faktoren mit der Wahl zwischen Einzelpraxis, BAG und MVZ in Zusammenhang stehen.

Für Deutschland liegen bislang nur wenige empirische Untersuchungen vor, die sich explizit mit der Wahl unterschiedlicher ambulanter Praxisformen aus Patientensicht befassen. Der bisherige Forschungsstand konzentriert sich überwiegend auf angrenzende Themenfelder wie die allgemeine Arztwahl, die Nutzung digitaler Informationsquellen, integrierte Versorgungsformen oder die Krankenhauswahl. Gleichwohl liefern diese Arbeiten wichtige Anknüpfungspunkte für die Fragestellung der vorliegenden Dissertation.

Ein Schwerpunkt der deutschen Forschung betrifft die Nutzung digitaler Informations- und Bewertungsportale. Emmert & McLennan (2021) konnten zeigen, dass Arztbewertungsportale zunehmend als Informationsquelle bei der Arztwahl genutzt werden. Weitere Untersuchungen verdeutlichen, dass Patienten insbesondere Bewertungen zu Wartezeiten, zur ärztlichen Kommunikation, zur aufgewendeten Zeit und zum wahrgenommenen Umgang mit

Patienten berücksichtigen (Emmert et al., 2013; Emmert & McLennan, 2021; Emmert & Meszmer, 2018). Digitale Informationsquellen ergänzen damit zunehmend klassische Empfehlungswege über Hausärzte, Angehörige oder Bekannte und gewinnen für patientenseitige Entscheidungsprozesse an Bedeutung.

Darüber hinaus untersuchten Mühlbacher et al. (2013) Patientenpräferenzen innerhalb integrierter Versorgungsmodelle. Die Autoren zeigen, dass Patienten neben medizinischer Qualität insbesondere organisatorische und versorgungsbezogene Merkmale wie Wartezeiten, apparative Ausstattung, Erfahrung des medizinischen Personals sowie koordinierte Versorgungsstrukturen berücksichtigen. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass patientenseitige Präferenzen nicht ausschließlich durch die Arzt-Patienten-Beziehung bestimmt werden, sondern auch organisatorische und institutionelle Merkmale der Versorgung berücksichtigen.

Weitere Erkenntnisse liefern Untersuchungen zur Krankenhauswahl. De Cruppé et al. (2022) konnten zeigen, dass Patienten ihre Entscheidung nicht ausschließlich auf öffentlich verfügbare Qualitätsinformationen stützen. Vielmehr spielen persönliche Erfahrungen, Empfehlungen aus dem sozialen Umfeld sowie ärztliche Hinweise eine wesentliche Rolle. Obwohl sich diese Untersuchung auf den stationären Bereich bezieht, lassen sich die Ergebnisse als relevante Vergleichsperspektive für die ambulante Arzt- und Praxiswahl heranziehen.

Resümierend zeigt der bisherige deutsche Forschungsstand, dass insbesondere Informations- und Empfehlungsquellen, wahrgenommene Versorgungsqualität sowie organisatorische Rahmenbedingungen patientenseitige Entscheidungen beeinflussen.

International wird die Wahl medizinischer Leistungserbringer bereits seit vielen Jahren untersucht. Die vorhandene Literatur zeigt übereinstimmend, dass patientenseitige Entscheidungen nicht auf einzelne Einflussgrößen zurückgeführt werden können. Vielmehr handelt es sich um einen komplexen Entscheidungsprozess, der durch das Zusammenspiel individueller Merkmale, bisheriger Versorgungserfahrungen, Informations- und Empfehlungsquellen, Erreichbarkeit, Wartezeiten, wahrgenommener Versorgungsqualität sowie struktureller Eigenschaften der Versorgungseinrichtung geprägt wird.

Eine der grundlegenden Übersichtsarbeiten stammt von Victoor et al. (2012). Die Autoren beschreiben, dass Patienten bei der Wahl medizinischer Leistungserbringer sowohl Struktur-, Prozess- als auch Ergebnismerkmale der Versorgung berücksichtigen. Gleichzeitig wird deutlich, dass Entscheidungen häufig nicht ausschließlich rational erfolgen, sondern wesentlich durch frühere Erfahrungen, persönliche Empfehlungen sowie institutionelle Versorgungsstrukturen beeinflusst werden.

Auch Kleij et al. (2017) kommen in ihrer systematischen Übersichtsarbeit zu dem Ergebnis, dass Wartezeiten, räumliche Erreichbarkeit, Kontinuität der Betreuung, Kommunikationsqualität sowie die fachliche Kompetenz der behandelnden Ärzte zu den wichtigsten Auswahlkriterien in der Primärversorgung zählen. Die Autoren betonen, dass Patienten organisatorische und zwischenmenschliche Aspekte gleichermaßen in ihre Entscheidung einbeziehen.

Neuere internationale Forschung bestätigt diese Befunde. So identifizieren Pratiwi et al. (2023) in einer systematischen Übersichtsarbeit zu Patientenwerten in der Primärversorgung insbesondere Vertrauen, Kontinuität der Betreuung, Kommunikation, ärztliche Kompetenz sowie die Zugänglichkeit medizinischer Leistungen als zentrale Determinanten patientenseitiger Präferenzen. Die Autoren heben hervor, dass zwischenmenschliche Aspekte aus Patientensicht häufig einen ebenso hohen Stellenwert besitzen wie organisatorische und strukturelle Merkmale der Versorgung.

Auch Lin et al. (2024) verdeutlichen in ihrer systematischen Übersichtsarbeit zur Arztwahl, dass grundlegende Präferenzen wie Vertrauen, fachliche Kompetenz und Erreichbarkeit unabhängig vom sozioökonomischen Status bestehen. Gleichzeitig unterscheiden sich einzelne Entscheidungskriterien zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen, was auf die Bedeutung individueller und sozialer Rahmenbedingungen für patientenseitige Wahlentscheidungen hinweist.

Ergänzend untersuchten Lee et al. (2024) die Präferenzen von Patienten bei der Wahl eines hausärztlichen Leistungserbringers. Die Autoren heben hevor, dass neben der fachlichen Qualifikation insbesondere kommunikative Fähigkeiten, Empathie, Vertrauenswürdigkeit sowie eine langfristige Arzt-Patienten-Beziehung entscheidende Kriterien für die Wahl eines Leistungserbringers darstellen. Diese Ergebnisse unterstreichen die hohe Bedeutung zwischenmenschlicher Merkmale für patientenseitige Wahlentscheidungen. Internationale Einzelstudien, unter anderem von Leach et al. (2018), gelangen zu vergleichbaren Ergebnissen und verdeutlichen ebenfalls die Relevanz fachlicher Kompetenz, persönlicher Erfahrungen sowie zwischenmenschlicher Aspekte für patientenseitige Entscheidungsprozesse.

Vergleicht man die nationale und internationale Forschung, zeigen sich sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede. Übereinstimmend wird deutlich, dass patientenseitige Entscheidungen bei der Wahl medizinischer Leistungserbringer auf einem Zusammenspiel individueller Merkmale, wahrgenommener Versorgungsqualität, Informations- und Empfehlungsquellen sowie struktureller Rahmenbedingungen beruhen. Unterschiede bestehen hingegen im Untersuchungsgegenstand und in der methodischen Ausrichtung. Während sich

die deutsche Forschung überwiegend auf digitale Informationsquellen, integrierte Versorgungsmodelle oder die Krankenhauswahl konzentriert, analysieren internationale Studien häufiger allgemeine Determinanten der Arztwahl oder patientenseitige Präferenzen in der Primärversorgung. Gemeinsam ist den bisherigen Untersuchungen jedoch, dass organisatorische Praxisformen bislang nur selten explizit Gegenstand empirischer Analysen sind.

Vor diesem Hintergrund erweitert die vorliegende Dissertation den bestehenden Forschungsstand, indem sie die patientenseitige Wahl zwischen Einzelpraxis, BAG und MVZ in Deutschland systematisch untersucht und dabei quantitative sowie qualitative Forschungsmethoden im Sinne eines explanatorisch-sequenziellen Mixed-Methods-Designs miteinander kombiniert. Die zentralen Erkenntnisse der bisher vorliegenden empirischen Forschung werden in Tabelle 3 zusammenfassend gegenübergestellt.

Tabelle 3: Empirische Forschung zu patientenseitigen Arzt- und Praxiswahlpräferenzen

Autoren	**National/ International**	**Untersuchungsdesign**	**Zentrale Ergebnisse**	**Bezug zur Informationsnutzung**
De Cruppé et al., 2022	National	Empirische Querschnittsstudie	Empfehlungen und Erfahrungen sind entscheidend.	Vergleich zur Praxiswahl
Emmert et al., 2013; Emmert & McLennan, 2021; Emmert & Meszmer, 2018	National	Empirische Querschnittsstudien	Digitale Bewertungen gewinnen an Bedeutung.	Informationsquellen
Kleij et al., 2017	International	Systematische Literaturübersicht	Wartezeit, Erreichbarkeit, Kontinuität und Kommunikation sind entscheidend.	Primärversorgung
Leach et al., 2018	International	Empirische Querschnittsstudie	Fachliche Kompetenz und persönliche Erfahrungen beeinflussen die Arztwahl.	Ergänzende Evidenz

Lee et al., 2024	International	Qualitative Interviewstudie	Vertrauen, Empathie und Kommunikation prägen die Wahl von Hausärzten.	Stützt die qualitativen Ergebnisse
Lin et al., 2024	International	Systematische Literaturübersicht	Arztwahl wird durch Vertrauen, Kompetenz, Erreichbarkeit und sozioökonomische Faktoren beeinflusst.	Aktuelle Evidenz zur Arztwahl
Mühlbacher et al., 2013	National	Discrete-Choice-Experiment (Präferenzstudie)	Organisation und Qualität beeinflussen Präferenzen.	Organisationsformen
Pratiwi et al., 2023	International	Systematische Literaturübersicht	Vertrauen, Kommunikation, Kontinuität und Zugänglichkeit bestimmen Patientenpräferenzen.	Aktuellste Evidenz zu Patientenwerten
Victoor et al., 2012	International	Scoping Review	Wahl beruht auf Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmalen.	Grundlegender theoretischer Bezug

Quelle: Eigene Darstellung

Zur theoretischen Einordnung dieser Einflussfaktoren wird im folgenden Kapitel das Behavioral Model of Health Services Use nach Andersen herangezogen.

2.7 Das Behavioral Model of Health Services Use nach Andersen zur Erklärung von Versorgungsstrukturen und Inanspruchnahmeverhalten

Das Behavioral Model of Health Services Use nach Andersen stellt einen etablierten theoretischen Bezugsrahmen zur Erklärung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen dar. Der nationale und internationale Forschungsstand verdeutlicht zugleich, dass patientenseitige Wahlentscheidungen nicht auf einzelne Einflussgrößen zurückgeführt werden können. Die identifizierten Einflussdimensionen erfordern daher ein Modell, das individuelle Voraussetzungen, verfügbare Ressourcen und strukturelle Bedingungen der Versorgung gemeinsam berücksichtigt. Das Behavioral Model of Health Services Use versteht die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als Ergebnis des Zusammenwirkens prädisponie-

render Merkmale, ermöglichender Ressourcen und bedarfsbezogener Faktoren. Es ermöglicht eine systematische Analyse der Wechselwirkungen zwischen individuellen Voraussetzungen, den strukturellen Merkmalen des Gesundheitssystems und der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen. Aufgrund seines integrativen Ansatzes dient das Modell als theoretischer Referenzrahmen der vorliegenden Untersuchung und ermöglicht die systematische Einordnung patientenbezogener, situativer und versorgungsstruktureller Einflussfaktoren, die mit der Wahl ambulanter Praxisformen in Zusammenhang stehen.

2.7.1 Entstehung und Weiterentwicklung des Modells

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen stellt einen zentralen Untersuchungsgegenstand der Gesundheitswissenschaften dar. Zur Erklärung von Zugangs- und Nutzungsunterschieden entwickelte Ronald M. Andersen bereits in den 1960er-Jahren das sogenannte Behavioral Model of Health Services Use (Andersen, 1968). Ursprünglich sollte das Modell die Frage beantworten, warum bestimmte Bevölkerungsgruppen medizinische Leistungen häufiger in Anspruch nehmen als andere. Im Mittelpunkt stand dabei die Annahme, dass die Nutzung von Gesundheitsleistungen nicht ausschließlich durch den Gesundheitszustand einer Person bestimmt wird, sondern durch das Zusammenwirken individueller, gesellschaftlicher und struktureller Einflussfaktoren.

Im Laufe der Zeit wurde das Modell mehrfach weiterentwickelt. Während die erste Version vor allem individuelle Merkmale berücksichtigte, wurden spätere Modellgenerationen um Faktoren des Gesundheitssystems, der sozialen Umwelt und der Versorgungsstrukturen ergänzt (Andersen, 1995). Die heute gebräuchliche Version betrachtet die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen als Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels von individuellen Voraussetzungen, verfügbaren Ressourcen und dem tatsächlichen Versorgungsbedarf (Andersen, 2008). Das Modell zählt mittlerweile zu den am häufigsten verwendeten theoretischen Ansätzen zur Untersuchung von Gesundheitsversorgung und Zugangsbarrieren und findet sowohl in der internationalen Gesundheitsforschung als auch in Studien zur gesundheitlichen Chancengleichheit Anwendung (Babitsch et al., 2012).

2.7.2 Einflussfaktoren der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Nach Andersen wird die Nutzung von Gesundheitsleistungen durch drei zentrale Determinantengruppen beeinflusst: prädisponierende Faktoren (predisposing factors), ermöglichende Faktoren (enabling factors) sowie Bedarfsfaktoren (need factors) (Andersen, 1995). Die drei Determinantengruppen bilden gemeinsam den theoretischen Kern des Modells und

ermöglichen eine systematische Analyse der Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Andersen, 1968). Sie werden nachfolgend näher dargestellt:

- **Prädisponierende Faktoren**

  Prädisponierende Faktoren beschreiben individuelle Merkmale, die bereits vor dem Auftreten eines gesundheitlichen Problems bestehen und die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen beeinflussen. Hierzu zählen insbesondere demografische Merkmale wie Alter und Geschlecht, soziale Faktoren wie Bildungsstand und Beruf sowie gesundheitsbezogene Einstellungen und Überzeugungen (Andersen, 1995). Zahlreiche empirische Studien belegen einen Zusammenhang zwischen demografischen und sozioökonomischen Merkmalen sowie der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Insbesondere geht ein höheres Lebensalter aufgrund zunehmender Morbidität und Multimorbidität regelmäßig mit einer erhöhten Nutzung medizinischer Versorgungsangebote einher. Gleichzeitig wirken sich Bildungsniveau und Gesundheitskompetenz auf die Fähigkeit aus, gesundheitsrelevante Informationen zu verarbeiten, geeignete Versorgungsstrukturen zu erschließen und medizinische Leistungen entsprechend dem individuellen Bedarf in Anspruch zu nehmen (Babitsch et al., 2012).

- **Ermöglichende Faktoren**

  Als ermöglichende Faktoren werden diejenigen Ressourcen bezeichnet, die den Zugang zu Gesundheitsleistungen erleichtern oder erschweren. Auf individueller Ebene zählen hierzu beispielsweise Einkommen, Krankenversicherungsschutz oder soziale Unterstützung. Auf Systemebene umfassen die ermöglichenden Faktoren insbesondere die Verfügbarkeit medizinischer Einrichtungen, die regionale Ärztedichte sowie die organisatorische Ausgestaltung der Versorgung (Andersen, 1995).

  Im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nehmen die ermöglichenden Faktoren eine zentrale Rolle ein. Die tatsächliche Nutzung medizinischer Leistungen ist nicht allein vom individuellen Gesundheitszustand oder dem wahrgenommenen Versorgungsbedarf abhängig, sondern wird wesentlich durch die strukturellen Rahmenbedingungen des Versorgungssystems beeinflusst. Dazu zählen insbesondere die Verfügbarkeit vertragsärztlicher Leistungen, die regionale Versorgungsdichte sowie die organisatorische Ausgestaltung der Leistungserbringung. Unterschiede zwischen einzelnen Versorgungsformen und regionale Disparitäten können folglich den Zugang zu medizinischen Leistungen beeinflussen und damit die Inanspruchnahme ambulanter Versorgung wesentlich mitbestimmen (Andersen, 1995; Babitsch et al., 2012).

- **Bedarfsfaktoren**

  Die dritte Determinantengruppe des Andersen-Modells umfasst den individuellen Gesundheitsbedarf. Andersen (1995) unterscheidet hierbei zwischen dem subjektiv wahrgenommenen Bedarf (perceived need) und dem objektiv festgestellten Bedarf (evaluated need). Während der subjektive Bedarf die individuelle Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes sowie die daraus resultierende Entscheidung zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen beschreibt, basiert der objektive Bedarf auf ärztlichen Diagnosen, medizinischen Befunden oder dem Vorliegen diagnostizierter Erkrankungen. In der gesundheitswissenschaftlichen Forschung gelten Bedarfsfaktoren als die unmittelbarsten Determinanten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, da sie den tatsächlichen Versorgungsbedarf einer Person widerspiegeln. Gleichwohl führt ein bestehender Behandlungsbedarf nicht zwangsläufig zu einer tatsächlichen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Vielmehr wird die Umsetzung des Versorgungsbedarfs in eine konkrete Inanspruchnahme maßgeblich durch die vorhandenen Versorgungsstrukturen beeinflusst. Insbesondere die regionale Verfügbarkeit vertragsärztlicher Leistungen, die Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen sowie die organisatorische Ausgestaltung ambulanter Leistungserbringer können darüber entscheiden, in welchem Umfang ein bestehender Bedarf tatsächlich gedeckt wird (Andersen, 1995; Babitsch et al., 2012).

  Vor dem Hintergrund der vorliegenden Arbeit kommt diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu. Die verschiedenen Organisationsformen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung stellen unterschiedliche strukturelle Rahmenbedingungen für die Bereitstellung medizinischer Leistungen dar. Sie können somit beeinflussen, wie effizient und bedarfsgerecht auf den Gesundheitsbedarf der Bevölkerung reagiert wird und in welchem Umfang der Zugang zu erforderlichen Versorgungsleistungen sichergestellt werden kann. Aus Perspektive des Andersen-Modells sind diese Organisationsformen daher als relevante strukturelle Einflussgrößen zu betrachten, die die Beziehung zwischen individuellem Versorgungsbedarf und tatsächlicher Inanspruchnahme medizinischer Leistungen mitgestalten.

2.7.3 Bedeutung des Andersen-Modells für die ambulante vertragsärztliche Versorgung

Das Behavioral Model of Health Services Use nach Andersen bietet einen theoretischen Ansatz zur Analyse der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, da es die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als Ergebnis eines Zusammenwirkens individueller, institutioneller und struktureller Einflussfaktoren versteht (Andersen, 1995). Die Nutzung medizinischer Leistungen wird dabei nicht ausschließlich durch den Gesundheitszustand oder den individuellen Behandlungsbedarf bestimmt, sondern ebenso durch die Rahmenbedingungen des jeweiligen Versorgungssystems geprägt. Für die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Deutschland sind insbesondere die gesetzlichen, institutionellen und planerischen Strukturen von Bedeutung. Hierzu zählen unter anderem die Regelungen des Sozialgesetzbuches, die Bedarfsplanung sowie die regionale Verteilung vertragsärztlicher Leistungserbringer. Diese Faktoren beeinflussen die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit medizinischer Leistungen und können somit als strukturelle Determinanten des Versorgungszugangs interpretiert werden. Die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung stellt eine zentrale Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen dar. Gleichzeitig sieht sich das ambulante Versorgungssystem vielfältigen Herausforderungen gegenüber. Hierzu gehören insbesondere die demografische Entwicklung, die zunehmende Prävalenz chronischer Erkrankungen, regionale Unterschiede in der Niederlassungsbereitschaft von Ärzten sowie der Fachkräftemangel. Diese Entwicklungen wirken sich auf die Versorgungsstrukturen aus und können regionale Unterschiede hinsichtlich der Verfügbarkeit medizinischer Leistungen verstärken. Die Weiterentwicklung des Andersen-Modells trägt diesen Zusammenhängen Rechnung, indem sie neben individuellen Determinanten ausdrücklich auch die Eigenschaften des Gesundheitssystems und deren Einfluss auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen berücksichtigt (Andersen, 2008). Das Modell ermöglicht somit eine theoretische Einordnung der Wechselwirkungen zwischen Versorgungsbedarf, institutionellen Rahmenbedingungen und den Angebotsstrukturen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

Darüber hinaus können die unterschiedlichen Organisationsformen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung als strukturelle bzw. ermöglichende Faktoren im Sinne des Andersen-Modells verstanden werden. Unterschiede in ihrer personellen, organisatorischen und infrastrukturellen Ausgestaltung können die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Kontinuität der

Versorgung beeinflussen und damit mittelbar Auswirkungen auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen haben. Vor diesem Hintergrund eröffnet das Modell die Möglichkeit, die verschiedenen Kooperationsformen nicht ausschließlich unter rechtlichen oder betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu betrachten, sondern ihre Bedeutung für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen ambulanten Versorgung systematisch zu analysieren.

2.8 Herausforderungen ausgewählter Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich

Die ambulante Versorgung in Deutschland befindet sich in einem strukturellen Wandel. Dabei stellen sich zentrale Fragen hinsichtlich der zukünftigen Organisation, Steuerung und Qualitätssicherung ambulanter Leistungen. Diese Entwicklungen sind keineswegs singulär für das deutsche Gesundheitswesen, sondern spiegeln internationale Tendenzen wider, die ebenfalls mit demografischen, ökonomischen und systemstrukturellen Herausforderungen konfrontiert sind (Munshi, 2018). Ein internationaler vergleichender Blick auf andere hochentwickelte Gesundheitssysteme, insbesondere die Gesundheitssysteme Großbritanniens, Japans und Dänemarks, ermöglicht es, die deutsche Situation im Kontext unterschiedlicher Entwicklungen, Finanzierungsmodelle und Versorgungslogiken einzuordnen. Die Auswahl dieser Länder erfolgte, da sie unterschiedliche Organisations- und Finanzierungsmodelle der ambulanten Versorgung repräsentieren und damit einen geeigneten Vergleichsrahmen bieten, um die Entwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen in Deutschland vor dem Hintergrund internationaler Reformansätze einzuordnen. Trotz verschiedener Systemtypen sind diese Länder mit vergleichbaren Problemfeldern konfrontiert, darunter der Sicherstellung einer flächendeckenden Primärversorgung, der Integration sektorenübergreifender Leistungen, der Fachkräftegewinnung sowie der Digitalisierung.
Im Folgenden werden die Gesundheitssysteme von Großbritannien, Japan und Dänemark dargestellt sowie ausgewählte Herausforderungen, vor denen die Länder in der Gesundheitsversorgung stehen.

2.8.1 Großbritannien

Das britische Gesundheitssystem ist als ein klassisches Beveridge-Modell ausgestaltet und zeichnet sich durch eine weitgehende staatliche Steuerung und Finanzierung aus. Die Versorgung erfolgt überwiegend durch den sog. National Health Service (NHS), der seit seiner Gründung im Jahr 1948 der zentrale Träger der öffentlichen Gesundheitsleistungen ist. Der

NHS stellt medizinische Leistungen auf der Grundlage des Wohnsitzprinzips bereit und finanziert sich primär über allgemeine Steuermittel. Die Inanspruchnahme der meisten Gesundheitsleistungen in Großbritannien ist somit für die Bevölkerung kostenfrei. Im Zentrum der ambulanten Versorgung stehen die sogenannten General Practitioners, die als erste Anlaufstelle für Patienten fungieren. Sie sind vergleichbar mit den Hausärzten in Deutschland, wobei sie in Großbritannien einen höheren Stellenwert einnehmen, da sie grundsätzlich die erste Anlaufstelle darstellen und somit der Zugang zur fachärztlichen und stationären Versorgung ausschließlich über sie verläuft. General Practitioners sind des Weiteren in der Regel vertraglich an den NHS gebunden, arbeiten aber, ähnlich wie in Deutschland, in eigenständigen oder Gemeinschaftspraxen. Die Steuerung der Leistungen erfolgt über regionale NHS-Organisationen. Diese sind für die Budgetierung, die Bedarfsplanung sowie für die Versorgungskoordination verantwortlich (Anderson et al., 2022; Boyle, 2011; NHS England, 2023).

Trotz des hohen normativen Anspruchs auf eine Gleichheit und Zugangssicherheit steht das britische Gesundheitssystem aktuell vor erheblichen Herausforderungen. Ein zentrales Problem stellt die chronische Unterfinanzierung des NHS dar (Charles et al., 2021). Diese schlägt sich in langen Wartezeiten, Personalengpässen und regionalen Versorgungsungleichheiten nieder. Insbesondere im Bereich der ambulanten Primärversorgung zeigen sich strukturelle Spannungen. Viele General-Practitioner-Praxen leiden unter Überlastung, Fachkräftemangel und wachsender Bürokratisierung, was zu einer eingeschränkten Versorgungsqualität und sinkender Berufszufriedenheit führt (Razai & Majeed, 2022). Ein weiteres strukturelles Problem besteht in der Fragmentierung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Trotz politischer Bemühungen durch die Einführung sog. Integrated Care Systems, welche eine sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen sollen, ist die Umsetzung dahingehend uneinheitlich und abhängig von regionalen Vorgaben und Budgetspielräumen. Herausfordernd bleibt zudem die Personalentwicklung. Die Rekrutierung und Bindung insbesondere von Allgemeinmedizinern ist angesichts der wachsenden Arbeitslast, begrenzter Autonomie und geringer Honorierung ein strukturelles Defizit des Systems. Der demografische Wandel verschärft diese Dynamik zusätzlich (Armitage, 2023).

2.8.2 Japan

Das japanische Gesundheitssystem zählt zu den am weitesten entwickelten der Welt. Es weist eine Kombination aus Bismarck-orientierter Sozialversicherung und staatlicher Steuerung auf. Seit der Einführung der universellen Krankenversicherung im Jahr 1961 besteht

eine allgemeine Versicherungspflicht, die eine nahezu vollständige Abdeckung der Bevölkerung gewährleistet. Die Finanzierung erfolgt überwiegend über einkommensabhängige Versicherungsbeiträge, ergänzt durch staatliche Zuschüsse sowie Patientenbeteiligungen in Form von Selbstzahlungen (Ikegami & Campbell, 2004).

Die Versorgung in Japan ist, anders als in Deutschland, nicht in einen ambulanten und stationären Sektor gegliedert. Krankenhäuser übernehmen in Japan vielmehr sowohl die stationäre als auch die ambulante Versorgung von Patienten. Niedergelassene Ärzte dagegen können ebenfalls eine Mischung aus beidem anbieten. Es existiert jedoch keine Gatekeeper-Funktion, wie in Großbritannien. Patienten haben freien Zugang zu allen Leistungserbringern, einschließlich der Fachärzte sowie der Krankenhäuser. Die Vergütung erfolgt über ein landesweit einheitliches Gebührenverzeichnis, das vom Gesundheitsministerium alle zwei Jahre angepasst wird und sowohl medizinische als auch ökonomische Steuerungsfunktionen erfüllt (Kato et al., 2019; Powell & Anesaki, 2010).

Trotz guter Gesundheitsindikatoren steht auch das japanische System vor strukturellen und demografischen Herausforderungen. Japan weist mit einem Medianalter von über 48 Jahren und einem Anteil von mehr als 28 % über 65-Jähriger eine der ältesten Bevölkerungen der Welt auf. Dies führt zu einem starken Anstieg chronischer Erkrankungen, Mehrfachmorbiditäten und einem wachsenden Bedarf an Langzeitpflege. Die alternde Gesellschaft führt folglich zu einem kontinuierlichen Anstieg der Gesundheitsausgaben. Zwar hat das einheitliche Gebührenverzeichnis eine Kostenbegrenzungsfunktion, doch steigt der Finanzierungsbedarf insbesondere in der geriatrischen Versorgung und bei innovativen Therapien kontinuierlich an. Es existiert ferner ein Ungleichgewicht in der Versorgungsstruktur. Während in den städtischen Ballungsräumen eine Überversorgung vorliegt, herrscht in den ländlichen Regionen eine Unterversorgung. Die freie Arztwahl und der fehlende Gatekeeping-Mechanismus fördern eine fragmentierte Inanspruchnahme. Dies erschwert die Kontinuität der Versorgung. Auch in Japan stellt die Arbeitsbelastung der Fachkräfte eine weitere Problematik dar. Ärzte, insbesondere in Akutkrankenhäusern, haben überdurchschnittlich lange Arbeitszeiten. Der Mangel an Allgemeinmedizinern wird zudem durch die Präferenz vieler Ärzte für spezialisierte Fachrichtungen verstärkt. Die Einführung der sog. Long-Term Care Insurance im Jahr 2000 war bereits ein wichtiger Schritt zur Entlastung des japanischen Gesundheitssystems. Hierbei handelt es sich um ein staatlich organisiertes Pflichtversicherungssystem für die Langzeitpflege. Es wurde eingeführt, um auf den demografischen Wandel und den steigenden Pflegebedarf der alternden Bevölkerung zu reagieren. Trotzdem besteht weiterhin ein hoher Koordinationsbedarf zwischen medizinischer und pflegerischer

Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen (Campbell & Ikegami, 2000; Kato et al., 2019).

2.8.3 Dänemark

Das dänische Gesundheitssystem gilt als Musterbeispiel eines staatlich organisierten Beveridge-Modells und zeichnet sich durch einen universellen Zugang, eine weitgehend steuerliche Finanzierung und eine starke staatliche Steuerung aus. Die Versorgung ist für die Bevölkerung nahezu kostenfrei. Eigenbeteiligungen fallen im internationalen Vergleich gering aus und betreffen vor allem zahnärztliche Leistungen, Physiotherapie sowie verschreibungspflichtige Medikamente (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023; Olejaz et al., 2012). Die Organisation des Systems ist dezentral strukturiert und verteilt sich auf drei Verwaltungsebenen. Auf nationaler Ebene setzt das Gesundheitsministerium die rechtlichen Rahmenbedingungen, nationale Strategien und Qualitätsziele fest. Die fünf Regionen sind dann verantwortlich für die Krankenhausversorgung, die psychiatrische Versorgung und den Abschluss von Verträgen mit Hausärzten. Weitere 98 Kommunen übernehmen spezifische Aufgaben der Prävention, Rehabilitation, häuslichen Pflege und weitere Gesundheitsförderungsmaßnahmen (Olejaz et al., 2012). Im ambulanten Bereich nehmen Hausärzte eine zentrale Stellung ein. Sie fungieren, ähnlich wie in Großbritannien, als Gatekeeper und steuern den Zugang zu Fachärzten und Krankenhäusern. Organisatorisch arbeiten Hausärzte selbstständig, stehen jedoch in einem vertraglich geregelten Verhältnis zu den Regionen. Die Vergütung erfolgt über ein kombiniertes System aus Kopfpauschalen und leistungsbezogenen Zahlungen, was eine kontinuierliche Patientenbindung fördern soll (Birk et al., 2024).

Stärken des Systems liegen insbesondere in der ausgeprägten Primärversorgung, der engen Verzahnung von Prävention, kurativer Behandlung und Rehabilitation sowie der weit vorangeschrittenen Digitalisierung. Elektronische Patientenakten, landesweite E-Health-Portale und Telemedizin sind in Dänemark integraler Bestandteil der Regelversorgung und unterstützen damit sowohl die sektorenübergreifende Kommunikation als auch die Versorgungseffizienz (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). Trotz der positiven Strukturmerkmale steht auch das dänische Gesundheitssystem vor einigen Herausforderungen. Wie Deutschland, Großbritannien und Japan ist auch Dänemark von einem erheblichen Fachkräftemangel betroffen. Hinzu kommt eine steigende Arbeitsbelastung in allen medizinischen Versorgungsbereichen. Dies betrifft auch in Dänemark vor allem die ländlichen Regionen, in denen die Rekrutierung von Ärzten herausfordernd ist.

Auch auf Dänemark wirkt sich eine fortschreitende demografische Alterung aus, die zu einer Zunahme chronischer Erkrankungen, Multimorbidität und einem wachsenden Bedarf an Langzeitpflege führt. Obwohl Dänemark in dem Bereich der Integration der sektorenübergreifenden Versorgung als Vorreiter gilt, bestehen in diesem Bereich Koordinationsprobleme zwischen primärärztlicher und stationärer Versorgung, insbesondere bei älteren, multimorbiden Patienten (Birk et al., 2024).

Insgesamt zeigt der internationale Vergleich, dass trotz unterschiedlicher Finanzierungs- und Steuerungsmodelle vergleichbare Herausforderungen bestehen. Hierzu zählen insbesondere der demografische Wandel, der steigende Versorgungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung, der Fachkräftemangel sowie die Sicherstellung einer wohnortnahen und qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung. Die betrachteten Gesundheitssysteme reagieren hierauf mit unterschiedlichen organisatorischen Ansätzen, beispielsweise durch eine stärkere Primärversorgung, integrierte Versorgungsstrukturen oder den Ausbau digitaler Versorgungsangebote. Die internationalen Erfahrungen verdeutlichen jedoch zugleich, dass organisatorische Veränderungen allein nicht ausreichen. Ebenso entscheidend ist die Frage, wie Patienten unterschiedliche Versorgungsstrukturen wahrnehmen und welche Faktoren ihre Wahl medizinischer Leistungserbringer beeinflussen. Diese patientenzentrierte Perspektive bildet den Ausgangspunkt der vorliegenden Dissertation und unterstreicht die Relevanz der Untersuchung patientenseitiger Präferenzen bei der Wahl ambulanter Praxisformen.

3 METHODISCHES VORGEHEN

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der vorliegenden Untersuchung erläutert. Zunächst wird das Forschungsdesign beschrieben. Anschließend werden die Stichprobenziehung, die Qualitätssicherung, die Entwicklung der Forschungsfragen und Hypothesen sowie die angewandten Auswertungsverfahren dargestellt. Abschließend wird die Durchführung der quantitativen und qualitativen Datenerhebung erläutert.

3.1 Erläuterungen zum Forschungsdesign

In einer wissenschaftlichen Forschung lassen sich zwei zentrale methodische Ansätze unterscheiden: die quantitative Methode sowie die qualitative Methode. Quantitative Forschungsmethoden fokussieren auf die systematische Erhebung, Aufbereitung und Auswertung numerischer Daten. Ziel ist es, Zusammenhänge zwischen Variablen statistisch zu analysieren, Hypothesen zu überprüfen und Erkenntnisse zu gewinnen, die auf größere Grundgesamtheiten übertragen werden können. Durch standardisierte Erhebungs- und Auswertungsverfahren ermöglichen quantitative Forschungsansätze eine hohe Vergleichbarkeit der Ergebnisse sowie die Identifikation statistischer Zusammenhänge und Einflussfaktoren (Schumann, 2018; Wichmann, 2019). Qualitative Forschungsmethoden verfolgen demgegenüber das Ziel, soziale Sachverhalte, Handlungszusammenhänge und subjektive Perspektiven in ihrer Komplexität zu erfassen und interpretativ zu analysieren. Im Vordergrund stehen dabei das Verständnis von Bedeutungszusammenhängen sowie die theoriegeleitete Interpretation von Informationen und Daten. Die Auswertung wissenschaftlicher Literatur kann hierbei einen Bestandteil qualitativer Forschungsansätze darstellen, ist jedoch nicht mit qualitativer Forschung gleichzusetzen. Vielmehr umfasst qualitative Forschung eine Vielzahl methodischer Zugänge, die auf die Gewinnung eines vertieften Verständnisses von Untersuchungsgegenständen ausgerichtet sind (Flick, 2008; Mayring, 2023). Für die vorliegende Untersuchung wird ein explanatorisch-sequenzielles Mixed-Methods-Design gewählt, das die Prinzipien methodischer Triangulation integriert. Dabei handelt es sich um die systematische Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden innerhalb eines integrierten Untersuchungsdesigns, wobei zunächst quantitativen Daten erhoben und anschließend durch qualitative Verfahren vertiefend analysiert werden, um die Ergebnisse zu erklären und zu kontextualisieren (Baur & Blasius, 2022). Der Begriff Mixed Methods stammt aus der angloamerikanischen Methodendebatte und steht abgekürzt für Mixed Methodology. Dieses Forschungsdesign wurde im Jahr 1998 von den Erziehungswissenschaftlern Tashakkori und Teddlie ausgearbeitet und etabliert (Baur & Blasius, 2022). Durch die parallele Erhebung

beider Datenarten, quantitativ und qualitativ, können unterschiedliche Perspektiven auf denselben Untersuchungsgegenstand gewonnen und wechselseitig validiert werden. Während sich der quantitative Teil der Erfassung der statistischen Zusammenhänge und der Analyse von Häufigkeitsverteilungen widmet, dient der qualitative Teil insbesondere der Exploration von Kontextfaktoren, Deutungsmustern und subjektiven Einschätzungen, um tiefe Einblicke in komplexe Phänomene zu erhalten (Kuckartz, 2014). Auf diese Weise sollen konsistente Befunde identifiziert, Widersprüche offengelegt und ein umfassendes Verständnis für das Forschungsvorhaben erreicht werden. Damit kann durch den quantitativen Ansatz einerseits das standardisierte Vorgehen, also die Häufigkeit und die Verteilung der Patientenbesuche in unterschiedlichen Praxisformen untersucht werden. Darüber hinaus können Zusammenhänge zwischen einzelnen Einflussfaktoren und der gewählten Praxisform mittels inferenzstatistischer Verfahren analysiert werden.

Zur Untersuchung bivariater Zusammenhänge werden zunächst Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests durchgeführt. Da diese Analysen jedoch ausschließlich Aussagen über Zusammenhänge zwischen jeweils zwei Variablen ermöglichen, erfolgt ergänzend eine multivariate Analyse mittels multinomialer logistischer Regression. Dieses Verfahren erlaubt die gleichzeitige Berücksichtigung mehrerer unabhängiger Variablen und ermöglicht es, deren Einfluss auf die Wahl der jeweiligen Praxisform zu bestimmen (Schlegel, 2025). Die Anwendung einer multinomialen logistischen Regression erscheint insbesondere deshalb geeignet, da die abhängige Variable „Praxisform“ aus den nominalskalierten Kategorien Einzelpraxis, BAG und MVZ besteht und zwischen diesen Organisationsformen keine theoretisch begründbare Rangordnung angenommen werden kann. Durch die Regressionsanalyse können somit die unabhängigen Einflussbeiträge patientenbezogener, gesundheitsbezogener und situativer Faktoren auf die Wahl der Praxisform unter Kontrolle weiterer Variablen untersucht werden (Schlegel, 2025). Ergänzend zum quantitativen Untersuchungsteil ermöglicht der qualitative Forschungsansatz die Gewinnung vertiefender Erkenntnisse zu den Beweggründen, Erfahrungen und Wahrnehmungen der Befragten (Buber & Holzmüller, 2007; Mayring, 2022). Durch die Durchführung von leitfadengestützten Interviews können insbesondere solche Einflussfaktoren und Kontextbedingungen erfasst werden, die sich einer rein quantitativen Betrachtung nur eingeschränkt erschließen (Wichmann, 2019). Die Auswertung des nationalen und internationalen Forschungsstandes zeigt, dass Untersuchungen zu Arzt- und Praxiswahlpräferenzen überwiegend auf standardisierten Befragungen, qualitativen Interviews oder deren Kombination beruhen. Die Wahl eines explanatorisch-sequenziellen

Mixed-Methods-Designs orientiert sich sowohl an den Forschungsfragen als auch am bisherigen Forschungsstand. Während die quantitative Untersuchung statistische Zusammenhänge identifiziert, ermöglicht die qualitative Analyse eine vertiefte Einordnung und Erklärung der Ergebnisse. Aus der Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden ergibt sich ein abduktives Forschungsdesign. Während im qualitativen Untersuchungsteil ein induktives Vorgehen verfolgt wird, um neue Zusammenhänge, Deutungsmuster und Einflussfaktoren zu identifizieren, basiert der quantitative Untersuchungsteil auf einer deduktiven Vorgehensweise. Hierbei werden die auf Grundlage des Andersen Behavioral Model of Health Services Use formulierten Hypothesen empirisch überprüft, um bestehende theoretische Annahmen zu validieren und weiterzuentwickeln (Andersen, 1995; Kuckartz, 2014). Die Qualitätssicherung der Untersuchung wird in Kapitel 3.3 ausführlich dargestellt.

3.2 Stichprobe

Im Rahmen empirischer Forschung ist zur Gewinnung von Erkenntnissen über einen bestimmten Forschungsgegenstand die systematische Erhebung und Auswertung von Datenmaterial erforderlich. Dieses Datenmaterial wird nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten ausgewertet und anschließend im Hinblick auf die Forschungsfragen interpretiert. Die Daten werden aus einer unendlichen Fülle von möglichen Daten mehr oder weniger gezielt gewonnen. Die Thematik der Stichprobenziehung, oder auch Sampling genannt, begleitet dabei den gesamten Forschungsprozess (Baur & Blasius, 2022). Die Stichprobenziehung bezeichnet das Verfahren, mit dem aus der Grundgesamtheit eine Teilmenge, die Stichprobe, ausgewählt wird, um sie zu untersuchen. Da in der vorliegenden empirischen Forschung ein Mixed-Methods-Design im Sinne eines explanatorisch-sequenziellen Designs vorliegt, erfordert es die methodenadäquate Kombination einer quantitativen sowie qualitativen Stichprobenziehung (Häder & Häder, 2019). Diese werden in den folgenden beiden Kapiteln nochmals detailreich erläutert.

3.2.1 Quantitative Stichprobe

Die Wahl eines geeigneten Stichprobenverfahrens richtet sich grundsätzlich nach der Forschungsfrage, den Eigenschaften der Grundgesamtheit sowie den praktischen Rahmenbedingungen der Datenerhebung. Während Wahrscheinlichkeitsstichproben auf einer zufallsbasierten Auswahl beruhen und somit die Grundlage für statistische Repräsentativität schaffen können, kommen in der empirischen Sozial- und Gesundheitsforschung häufig auch

nicht-probabilistische Stichprobenverfahren zur Anwendung. Diese werden insbesondere dann eingesetzt, wenn ein vollständiger Stichprobenrahmen nicht verfügbar ist oder die zufällige Auswahl der Untersuchungseinheiten mit einem unverhältnismäßig hohen organisatorischen und finanziellen Aufwand verbunden wäre (Bortz & Döring, 2006; Diekmann, 2023).

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde eine nicht-probabilistische Gelegenheitsstichprobe (convenience sample) verwendet. Dieses Stichprobenverfahren basiert auf der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit potenzieller Teilnehmender und findet insbesondere bei Onlinebefragungen häufig Anwendung. Die Stichprobe wurde nicht durch eine zufällige Auswahl aus einer vollständig bekannten Grundgesamtheit gezogen, sondern durch die freiwillige Teilnahme von Personen generiert, die Zugang zum Fragebogen (siehe Anhang 1) hatten und die definierten Einschlusskriterien erfüllten (Diekmann, 2023).

Die Wahl dieses Stichprobenverfahrens erfolgte bewusst, da für die Zielpopulation, erwachsene Personen in Deutschland mit mindestens einem fachärztlichen Arztkontakt innerhalb der vergangenen zehn Jahre, kein vollständiger Stichprobenrahmen verfügbar war. Eine probabilistische Auswahl hätte daher einen erheblichen organisatorischen sowie finanziellen Aufwand erfordert und war im Rahmen der vorliegenden Dissertation nicht realisierbar. Das Convenience Sampling ermöglichte hingegen einen niederschwelligen Zugang zu einer großen und heterogenen Personengruppe sowie die Rekrutierung einer ausreichend großen Stichprobe für die geplanten inferenzstatistischen Analysen.

Die quantitative Datenerhebung erfolgte im Rahmen einer quantitativen Felduntersuchung. Die Datenerhebung fand unter alltagsnahen Bedingungen mittels einer Onlinebefragung statt und begünstigte dadurch eine hohe ökologische Validität der Untersuchung. Die Verteilung des Onlinefragebogens erfolgte über E-Mail-Verteiler, soziale Medien (insbesondere LinkedIn und Xing) sowie institutionelle, berufliche und private Netzwerke. Durch die Nutzung unterschiedlicher Rekrutierungswege sollte eine möglichst heterogene Stichprobe hinsichtlich Alter, beruflichem Hintergrund und regionaler Herkunft erreicht werden. Gewertet wurden ausschließlich vollständig ausgefüllte Fragebögen. Eine gezielte Quotierung oder Gewichtung der Stichprobe erfolgte jedoch nicht. Die Teilnahme beruhte ausschließlich auf der freiwilligen Selbstselektion der angesprochenen Personen.

Der Befragungszeitraum erstreckte sich vom 01.01.2025 bis zum 31.03.2025. Einschlusskriterien waren Personen im Alter zwischen 18 und 100 Jahren mit Wohnsitz in Deutschland, die innerhalb der vergangenen zehn Jahre mindestens einen Facharzt aufgesucht hatten. Als

Ausschlusskriterien wurden ein Alter unter 18 Jahren sowie die ausschließliche Inanspruchnahme hausärztlicher bzw. allgemeinmedizinischer Leistungen definiert.
Aufgrund des gewählten Rekrutierungsverfahrens konnte nicht sichergestellt werden, dass jedes Element der Zielpopulation dieselbe Auswahlwahrscheinlichkeit besaß. Folglich handelt es sich nicht um eine Wahrscheinlichkeitsstichprobe, sodass die Ergebnisse nicht im streng statistischen Sinne als repräsentativ für die Grundgesamtheit interpretiert werden können (Bortz & Döring, 2006; Diekmann, 2023).
Mit einem Stichprobenumfang von n = 1.010 verfügt die Untersuchung über eine vergleichsweise große empirische Datengrundlage. Zur Überprüfung der Angemessenheit des Stichprobenumfangs wurde in RStudio eine a-priori bzw. post-hoc Poweranalyse für den verwendeten Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest durchgeführt. Unter Annahme eines kleinen bis mittleren Effekts ($w = 0{,}20$), eines Signifikanzniveaus von $\alpha = 0{,}05$ sowie $df = 2$ wurde die Teststärke berechnet. Bei dem vorliegenden Stichprobenumfang ergab sich eine statistische Power von 0,99997 und liegt damit deutlich über dem in der empirischen Forschung üblicherweise geforderten Mindestwert von 0,80. Die Stichprobe kann daher als ausreichend groß angesehen werden, um auch kleinere Effekte mit hoher Wahrscheinlichkeit nachzuweisen und die inferenzstatistischen Analysen mit einer hohen Teststärke durchzuführen (Segieth et al., 2004).
Wie bei nicht-probabilistischen Stichprobenverfahren üblich, sind potenzielle Verzerrungen der Stichprobe zu berücksichtigen. Insbesondere besteht bei Convenience-Stichproben die Gefahr eines Selbstselektionsbias, da Personen mit einer höheren Teilnahmebereitschaft oder einem besonderen Interesse am Untersuchungsgegenstand überproportional vertreten sein können. Dadurch können systematische Unterschiede zwischen Stichprobe und Zielpopulation entstehen, die die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränken. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eines Coverage Bias, da bestimmte Bevölkerungsgruppen, beispielsweise Personen ohne regelmäßigen Internetzugang, Personen mit geringer digitaler Affinität oder Menschen mit eingeschränkten Sprachkenntnissen, potenziell schlechter erreicht wurden (Bortz & Döring, 2006; Diekmann, 2023).
Zur Einordnung der Stichprobenqualität wurden ausgewählte soziodemografische Merkmale der Stichprobe mit verfügbaren Referenzdaten der deutschen Wohnbevölkerung verglichen. Hierbei wurden insbesondere Alter, Geschlecht und Versicherungsstatus berücksichtigt, da diese Merkmale sowohl für die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen als auch für die Wahl ambulanter Versorgungsangebote als relevante Einflussgrößen gelten.

Das Durchschnittsalter der Befragten beträgt 45,8 Jahre und liegt damit in einer vergleichbaren Größenordnung wie das Durchschnittsalter der deutschen Wohnbevölkerung (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2026). Hinsichtlich des Versicherungsstatus zeigt die Stichprobe ebenfalls eine hohe Übereinstimmung mit den bundesweiten Verhältnissen. Der Anteil gesetzlich Versicherter beträgt 85,6 %, während 14,4 % der Befragten privat versichert sind. Im Vergleich zu den bundesweiten Anteilen ist damit eine leichte Überrepräsentation privat Versicherter festzustellen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023).
Hinsichtlich der Geschlechterverteilung zeigen sich größere Abweichungen von der Bevölkerungsstruktur. Während Frauen in der Stichprobe mit 58,4 % vertreten sind, liegt ihr Anteil an der deutschen Wohnbevölkerung bei rund 50 %. Männer sind dagegen in der Stichprobe mit 41,3 % entsprechend unterrepräsentiert. Der Anteil diverser Personen liegt bei 0,3 % (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024b).
Vor dem Hintergrund der dargestellten methodischen Eigenschaften ermöglichen die Ergebnisse belastbare Aussagen über Zusammenhänge innerhalb der untersuchten Stichprobe. Aufgrund des verwendeten Convenience Sampling können die Befunde jedoch nicht im Sinne einer statistischen Repräsentativität auf die Grundgesamtheit übertragen werden. Vielmehr liefern sie theoriegeleitete empirische Hinweise auf Zusammenhänge zwischen patientenbezogenen, situativen und versorgungsstrukturellen Einflussfaktoren, deren Übertragbarkeit in zukünftigen Studien mit probabilistischen Stichproben weiter überprüft werden sollte (Bortz & Döring, 2006; Diekmann, 2023).

3.2.2 Qualitative Stichprobe

Qualitative Stichproben zeichnen sich dadurch aus, dass ihre Zusammensetzung nicht auf statistische Repräsentativität, sondern auf inhaltliche Relevanz und Vielfalt ausgerichtet ist. Im Rahmen eines Interviews steht die gezielte Auswahl von Gruppen oder Individuen im Vordergrund, welche für die Beantwortung der Forschungsfrage besonders aufschlussreich erscheinen. Ziel ist es damit, unterschiedliche Perspektiven einzubeziehen, um ein möglichst differenziertes Verständnis des Untersuchungsgegenstands zu gewinnen und theoretische Konzepte weiterzuentwickeln. Charakteristisch ist überdies zu erwähnen, dass die qualitative Stichprobe klein und flexibel angelegt ist. Der Schwerpunkt liegt hierbei in der Tiefe der Analyse und nicht in der Breite der Stichprobe (Flick, 2008; Patton, 2015).
Für die vorliegende Untersuchung wurde eine gezielte Stichprobenziehung (purposive sampling) gewählt. Die Auswahl orientierte sich an vorab definierten theoretischen Kriterien und erfolgte nach dem in der Studie angewendeten Top-Down-Verfahren, das die Auswahl

der Untersuchungseinheiten systematisch steuerte. Ziel war es, ein möglichst breites Spektrum relevanter Perspektiven und Erfahrungen hinsichtlich der Wahl unterschiedlicher Praxisformen abzubilden. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte durch persönliche Ansprache, wodurch sichergestellt wurde, dass die definierten Einschlusskriterien erfüllt waren. Innerhalb dieser gezielten Stichprobenstrategie wurden die Interviewpartner als typische Fälle (typical case sampling) ausgewählt (Flick, 2008; Patton, 2015). Diese Form der gezielten Stichprobenziehung dient dazu, Personen einzubeziehen, die das Untersuchungsphänomen in einer für die Zielgruppe charakteristischen Weise repräsentieren. Ziel ist es, zentrale Merkmale und wiederkehrende Muster des Untersuchungsgegenstands exemplarisch abzubilden und dadurch ein vertieftes Verständnis typischer Zusammenhänge zu ermöglichen. Im Unterschied zu probabilistischen Stichproben zielt das typical case sampling jedoch nicht auf eine statistische Repräsentativität, sondern auf eine analytische Verallgemeinerung der gewonnenen Erkenntnisse (Patton, 2015). Die befragten Personen stammen aus dem Bundesland Nordrhein-Westfalen und erfüllen gemischte Alterskriterien. Die Interviewpartner verfügten aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit oder ihrer persönlichen Erfahrungen über fundierte Kenntnisse unterschiedlicher Versorgungsstrukturen. Darüber hinaus hatten alle Befragten Erfahrungen mit den Organisationsformen Einzelpraxis, BAG und MVZ, sodass sie diese auf Grundlage eigener Versorgungserfahrungen vergleichen konnten. Sie können somit differenzierte Einschätzungen zu den untersuchten Praxisformen sowie zu den Faktoren der Wahl der Praxisform beitragen. Alle Interviewpartner verfügten über Zugang zu Einzelpraxen, BAGs und MVZ. Die Tabelle 4 zeigt zusammenfassend die soziodemografischen Merkmale der Befragten.

Tabelle 4: Soziodemografisches Profil der qualitativen Stichprobe

Nummer/ Kennung Interviewperson	Geschlecht	Alter in Jahren	Wohnort (städtisch oder ländlich)	Berufliche Tätigkeit
P1	weiblich	26	städtisch	Verwaltungsangestellte
P2	männlich	52	städtisch	Syndikus-Steuerberater
P3	weiblich	28	städtisch	Leitung Qualitäts- und Risikomanagement
P4	weiblich	63	städtisch	Leitung Bildungsinstitut
P5	weiblich	37	städtisch	Gesundheits- und Krankenpflegerin, Berufspädagogin
P6	männlich	28	städtisch	Pädagogischer Mitarbeiter
P7	weiblich	44	städtisch	Leitung Unternehmensentwicklung
P8	weiblich	34	städtisch	Gesundheits- und Krankenpflegerin, Praxismanagerin
P9	männlich	35	städtisch	Controlling
P10	weiblich	56	ländlich	Verwaltungsangestellte
P11	weiblich	31	städtisch	Medizinische Fachangestellte
P12	weiblich	57	städtisch	Medizinische Fachangestellte
P13	weiblich	28	ländlich	Medizinische Fachangestellte
P14	weiblich	27	städtisch	Medizinische Fachangestellte
P15	weiblich	36	städtisch	Medizinische Fachangestellte
P16	weiblich	48	städtisch	Medizinische Fachangestellte
P17	männlich	42	städtisch	Facharzt
P18	männlich	56	städtisch	Finanzabteilung
P19	männlich	40	städtisch	Medizinphysiker
P20	männlich	49	städtisch	Syndikus-Rechtsanwalt

Quelle: Eigene Darstellung

Diese typischen Fälle zeichnen sich dadurch aus, dass das untersuchte Phänomen in einer Ausprägung vorliegt, die für die untersuchte Personengruppe charakteristisch ist. Durch ihre Auswahl wird gewährleistet, dass zentrale und häufig auftretende Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster hinsichtlich der unterschiedlichen Praxisformen erfasst werden. Ziel der qualitativen Untersuchung ist dabei nicht die statistische Generalisierbarkeit der Ergebnisse, sondern die Gewinnung eines vertieften Verständnisses der zugrunde liegenden Entscheidungs- und Deutungsprozesse. Die Aussagekraft der qualitativen Befunde ergibt sich aus

ihrer inhaltlichen Tiefe, ihrer Nachvollziehbarkeit sowie der systematischen Analyse wiederkehrender Muster innerhalb des Interviewmaterials (Flick, 2008; Patton, 2015).

3.3 Qualitätssicherung empirischer Forschung

Die wissenschaftliche Qualität empirischer Untersuchungen stellt eine zentrale Voraussetzung für die Aussagekraft und Nachvollziehbarkeit von Forschungsergebnissen dar. Ziel der Qualitätssicherung ist es, die methodische Güte einer Untersuchung zu gewährleisten und mögliche Fehlerquellen im Forschungsprozess zu minimieren. Hierzu werden sowohl bei quantitativen als auch bei qualitativen Forschungsansätzen spezifische Gütekriterien herangezogen, anhand derer die Qualität der Datenerhebung, Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse beurteilt werden kann (Bortz & Döring, 2006; Flick, 2008). In der quantitativen Forschung erfolgt die Beurteilung der wissenschaftlichen Güte traditionell anhand der klassischen Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität. Objektivität beschreibt den Grad der Unabhängigkeit der Untersuchungsergebnisse von der forschenden Person. Reliabilität bezieht sich auf die Zuverlässigkeit und Genauigkeit eines Messverfahrens, während die Validität angibt, ob tatsächlich dasjenige Merkmal erfasst wird, das Gegenstand der Untersuchung ist (Bortz & Döring, 2006; Diekmann, 2023). Für qualitative Forschungsansätze werden Kriterien wie Transparenz, Nachvollziehbarkeit, Regelgeleitetheit und intersubjektive Nachprüfbarkeit herangezogen. Da qualitative Forschung primär auf das Verstehen sozialer Zusammenhänge und subjektiver Perspektiven abzielt, steht weniger die statistische Reproduzierbarkeit als vielmehr die systematische Dokumentation und Begründung des Forschungsprozesses im Vordergrund (Helfferich, 2011; Mayring, 2023).

Im Rahmen von Mixed-Methods-Designs, die quantitative und qualitative Forschungsansätze miteinander verbinden, gewinnt die Qualitätssicherung eine besondere Bedeutung. Die wissenschaftliche Güte der Untersuchung ergibt sich hierbei nicht ausschließlich aus der Qualität der einzelnen Teilstudien, sondern ebenso aus der nachvollziehbaren Verknüpfung und Integration der unterschiedlichen Datenquellen und Analyseverfahren. Ziel ist es, die jeweiligen Stärken der beiden Forschungsansätze zu kombinieren und dadurch ein umfassenderes Verständnis des Untersuchungsgegenstandes zu ermöglichen (Creswell & Plano Clark, 2018). Vor diesem Hintergrund wurden auch für die vorliegende Untersuchung verschiedene Maßnahmen zur Sicherstellung der wissenschaftlichen Qualität umgesetzt. Diese beziehen sich sowohl auf die quantitative Datenerhebung mittels standardisiertem Onlinefragebogen als auch auf die qualitative Datenerhebung durch leitfadengestützte Interviews. Die entsprechenden Maßnahmen werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

3.3.1 Qualitätssicherung der quantitativen Datenerhebung

Zur Sicherstellung der wissenschaftlichen Qualität der quantitativen Datenerhebung wurden verschiedene Maßnahmen zur Gewährleistung von Objektivität, Reliabilität und Validität umgesetzt (Bortz & Döring, 2006). Die Datenerhebung erfolgte mittels eines standardisierten Onlinefragebogens, wodurch allen Teilnehmern identische Fragen in gleicher Reihenfolge vorgelegt wurden. Durch die Standardisierung der Erhebungssituation konnte der Einfluss der Forschenden auf den Erhebungsprozess weitgehend minimiert und eine hohe Durchführungsobjektivität erreicht werden. Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte auf Grundlage des theoretischen Forschungsstandes sowie der aus dem Andersen Behavioral Model of Health Services Use abgeleiteten Forschungsfragen und Hypothesen (Andersen, 1995). Die Operationalisierung der untersuchten Konstrukte orientierte sich an den theoretisch identifizierten Einflussfaktoren auf die Wahl ambulanter Praxisformen. Zur Sicherstellung der Inhaltsvalidität wurden die Fragen eindeutig formuliert und überwiegend geschlossene Antwortkategorien verwendet, um eine konsistente Interpretation der Fragen durch die Teilnehmer zu fördern. Die Datenaufbereitung erfolgte anhand vorab definierter Auswertungsregeln. In die empirische Untersuchung wurden ausschließlich vollständig ausgefüllte Fragebögen einbezogen. Darüber hinaus wurden die Datensätze auf Vollständigkeit, Plausibilität und mögliche Fehleingaben geprüft. Die statistische Auswertung erfolgte mit standardisierten Verfahren der Inferenzstatistik. Die hohe Stichprobengröße von n = 1.010 sowie die mittels Poweranalyse nachgewiesene hohe Teststärke tragen zusätzlich zur Belastbarkeit der quantitativen Untersuchungsergebnisse bei.

3.3.2 Qualitätssicherung der qualitativen Datenerhebung

Die qualitative Datenerhebung erfolgte mittels leitfadengestützter Interviews (siehe Anhang 3). Zur Sicherstellung der wissenschaftlichen Qualität qualitativer Forschung wurden die Kriterien der Transparenz, Nachvollziehbarkeit und intersubjektiven Nachprüfbarkeit berücksichtigt (Helfferich, 2011; Mayring, 2023). Grundlage der Datenerhebung bildete ein vorab entwickelter Interviewleitfaden, der sich an den Forschungsfragen sowie den Ergebnissen der quantitativen Untersuchung orientierte. Durch die Verwendung eines einheitlichen Leitfadens wurde gewährleistet, dass in allen Interviews vergleichbare Themenbereiche adressiert wurden. Gleichzeitig ermöglichte die offene Gestaltung der Fragen eine flexible Vertiefung relevanter Aspekte und individueller Erfahrungen der Interviewpartner. Zur Sicherstellung der Nachvollziehbarkeit wurden sämtliche Interviews vollständig transkribiert und dokumentiert. Die Auswertung erfolgte anhand einer strukturierten qualitativen

Inhaltsanalyse nach Mayring. Der Analyseprozess wurde durch die Entwicklung eines Codierleitfadens sowie die systematische Zuordnung der Textstellen zu den gebildeten Kategorien transparent dokumentiert. Darüber hinaus wurden zentrale Aussagen der Interviewpartner durch die Verwendung von Originalzitaten im Ergebnisteil nachvollziehbar belegt.

Die Kombination aus standardisiertem Interviewleitfaden, vollständiger Transkription, regelgeleiteter Kategorienbildung und transparenter Dokumentation des Auswertungsprozesses trägt zur Vertrauenswürdigkeit und Nachvollziehbarkeit der qualitativen Ergebnisse bei.

3.4 Bildung der Forschungsfragen und -hypothesen

Die Formulierung von Forschungsfragen erfolgt auf Grundlage einer klaren Eingrenzung des Themenfeldes, einer Analyse des Forschungsgegenstandes sowie der theoretischen Fundierung. Während sich quantitative Forschungsfragen durch Präzision und Messbarkeit auszeichnen, sind qualitative Forschungsfragen in der Regel offen und explorativ formuliert, um subjektive Deutungsmuster zu erfassen. Forschungshypothesen dagegen entstehen aus theoretischen Überlegungen und ggf. aus empirischen Vorbefunden und stellen überprüfbare Annahmen über den Zusammenhang zwischen Variablen dar. Ihre Formulierung setzt die Operationalisierung der zentralen Konzepte voraus, sodass diese durch geeignete empirische Verfahren getestet werden können. Durch die Verknüpfung von Forschungsfrage und -hypothese wird die empirische Untersuchung methodisch abgesichert und theoriegeleitet ausgerichtet (Baur & Blasius, 2022; Bortz & Döring, 2006). In der empirischen Forschung bezeichnet Deduktion dabei das Vorgehen aus einer bestehenden Theorie Hypothesen abzuleiten und diese anhand empirischer Daten zu überprüfen. Induktion hingegen beschreibt den umgekehrten Weg, sodass ausgehend von Beobachtungen Hypothesen oder theoretische Konzepte entwickelt werden. Während deduktives Vorgehen vorrangig in quantitativen Designs Anwendung findet, ist das induktive Design charakteristisch für qualitative Forschungsansätze (Diekmann, 2023; Flick, 2008). Die sog. Abduktion stellt das dritte Schlussverfahren dar, das insbesondere in der qualitativen Forschung Anwendung findet. Es bezeichnet den Versuch für ein unerwartetes oder klärungsbedürftiges Phänomen eine plausible Hypothese zu formulieren, die dann als Ausgangspunkt für weitere empirische Überprüfungen dient. Abduktion ermöglicht damit die Generierung neuer Erklärungsansätze auf der Grundlage überraschender Befunde (Flick, 2008).

Anhand des zuvor ausführlich dargelegten theoretischen Hintergrunds werden die Forschungsfragen *Welche patientenbezogenen, situativen und versorgungsstrukturellen Faktoren bestimmen die Wahl der Praxisform (Einzelpraxis, BAG oder MVZ) in der ambulanten Versorgung in Deutschland?* und *Welche Bedeutung haben Alter, Wohnort, Informations- und Empfehlungsquellen, die Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung nach dem Praxisbesuch sowie die Präferenz für eine Praxisform im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung für die Wahl der Praxisform?* abgeleitet.

Die vorliegende empirische Forschung stützt sich theoretisch auf das Andersen Behavioral Model of Health Services Use, das in der Versorgungsforschung einen etablierten Bezugsrahmen zur Erklärung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen darstellt. Das Modell geht davon aus, dass die Nutzung von Gesundheitsdiensten durch drei zentrale Faktorengruppen bestimmt wird: prädisponierende Merkmale (z. B. Alter, Geschlecht, soziale Struktur), ermöglichende bzw. ressourcenbezogene Merkmale (z. B. Wohnort, Verfügbarkeit von Leistungserbringern) sowie Bedarfsfaktoren (z. B. wahrgenommener Gesundheitszustand). In neueren Anwendungen des Modells werden ergänzend Ergebnisse und Bewertungen der Inanspruchnahme, etwa die Zufriedenheit mit der Versorgung, in einen erweiterten Wirkzusammenhang einbezogen. Die Wahl einer bestimmten Praxisform kann dabei als spezifische Ausprägung des Inanspruchnahmeverhaltens verstanden werden, die unter dem Einfluss dieser Faktoren steht (Andersen & Newman, 1973).

Die theoretische Struktur des Andersen Behavioral Model of Health Services Use bildet zugleich die Grundlage für die Auswahl der in der quantitativen Analyse berücksichtigten Einflussvariablen. Das Modell geht davon aus, dass die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen durch das Zusammenwirken prädisponierender Merkmale, ermöglichender Ressourcen sowie individueller Bedarfsfaktoren bestimmt wird (Andersen, 1995). Entsprechend erfolgt die Auswahl der unabhängigen Variablen theoriegeleitet entlang dieser drei Determinantengruppen. Zu den prädisponierenden Faktoren zählen in der vorliegenden Untersuchung insbesondere das Alter und das Geschlecht der Befragten. Als ermöglichende Faktoren werden Merkmale berücksichtigt, welche den Zugang zu ambulanten Versorgungsangeboten beeinflussen. Hierzu zählen insbesondere der Wohnort, der Versicherungsstatus, die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Leistungserbringern sowie Informations- und Empfehlungsquellen, beispielsweise Empfehlungen durch Hausärzte, Krankenhäuser, das soziale Mikroumfeld oder öffentlich zugängliche digitale Informationsangebote. Als Bedarfsfaktor wird die hypothetische Annahme einer schweren Erkrankung berücksichtigt, die über die Präferenz für eine bestimmte Praxisform in einem entsprechenden Versorgungsszenario

operationalisiert wird. Die theoretische Herleitung dieser Variablen dient zugleich als Grundlage für die multivariate Analyse der Praxiswahl. Während bivariate Verfahren lediglich einzelne Zusammenhänge zwischen den untersuchten Variablen und der gewählten Praxisform analysieren können, ermöglicht die multinomiale logistische Regression die gleichzeitige Berücksichtigung mehrerer Einflussfaktoren. Dadurch kann untersucht werden, welche Determinanten unter Kontrolle weiterer Variablen einen eigenständigen Beitrag zur Erklärung der Wahl zwischen Einzelpraxis, BAG und MVZ leisten. Die Auswahl der in die Regressionsmodelle aufgenommenen Variablen erfolgt somit nicht explorativ, sondern theoriegeleitet auf Grundlage des Andersen Behavioral Model of Health Services Use.

Im Rahmen der ersten Forschungsfrage wird untersucht, inwieweit das Alter eines Patienten Einfluss auf die Wahl der Praxisform hat. Das Alter zählt im Andersen-Modell zu den prädisponierenden Merkmalen, die die grundsätzliche Neigung zur Nutzung bestimmter Versorgungsangebote prägen. Mit zunehmendem Alter verändern sich oft sowohl der medizinische Versorgungsbedarf als auch Präferenzen hinsichtlich Erreichbarkeit, Kontinuität und Koordination der Behandlung. Die zweite Forschungsfrage bezieht sich auf den Wohnort der Patienten. Im Andersen-Modell werden Merkmale der räumlichen und infrastrukturellen Versorgung, etwa urbane versus ländliche Regionen, regionale Angebotsdichte von Ärzten oder die Erreichbarkeit verschiedener Praxisformen, den ermöglichenden Faktoren zugerechnet. Der Wohnort beeinflusst damit, welche Praxisformen überhaupt verfügbar sind und mit welchem Aufwand sie aufgesucht werden können. In ländlichen Regionen sind etwa häufig weniger Praxisformen vorhanden, sodass sich Patienten eher an die lokal verfügbare Struktur binden, wohingegen in urbanen Räumen eine größere Auswahl besteht, die differenzierte Präferenzen nach Praxisform zulässt. Die dritte Forschungsfrage adressiert den Einfluss einer Empfehlung auf die Wahl der Praxisform. Empfehlungen, etwa durch Hausärzte, andere Fachärzte, Angehörige oder das soziale Umfeld, können im Sinne des Andersen-Modells als soziale Komponente der ermöglichenden Faktoren verstanden werden. Sie wirken als Informations- und Orientierungsquelle und beeinflussen, welche Versorgungsoptionen Patienten überhaupt in Betracht ziehen. Empfehlungen können Unsicherheit reduzieren und Vertrauen in bestimmte Leistungserbringer bzw. Praxisformen aufbauen und so die Entscheidungsfindung wesentlich mitbestimmen. Die vierte Forschungsfrage beschäftigt sich mit der Zufriedenheit der ärztlichen Behandlung in Abhängigkeit von der Praxisform. In erweiterten Fassungen des Andersen-Modells wird Patientenzufriedenheit als Ergebnisgröße der Inanspruchnahme verstanden, die ihrerseits wiederum künftiges Inanspruchnah-

meverhalten mitbestimmen kann. Unterschiedliche Praxisformen weisen strukturelle Unterschiede auf, etwa hinsichtlich Wartezeiten, interdisziplinärer Zusammenarbeit, personeller Ausstattung, Erreichbarkeit oder wahrgenommener persönlicher Betreuung. Diese Unterschiede können sich auf die Bewertung der Behandlung und damit auf die Zufriedenheit der Patienten auswirken. Die fünfte Forschungsfrage nimmt die Ausprägung der Erkrankung in den Blick. Im Andersen-Modell gehören der objektive und subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand sowie die Schwere und Akuität einer Erkrankung zu den Bedarfsfaktoren, die die Inanspruchnahme von Leistungen maßgeblich steuern. Je schwerer eine Erkrankung, desto dringlicher und komplexer ist der Versorgungsbedarf. Dies kann die Entscheidung beeinflussen, welche Praxisform gewählt wird, etwa ob eine Einzelpraxis, eine BAG oder ein MVZ mit breiterem diagnostischem und therapeutischem Spektrum aufgesucht wird (Andersen, 1995; Andersen & Newman, 1973).

Die folgende Tabelle 5 zeigt die abgeleiteten Forschungsfragen und Alternativhypothesen:

Tabelle 5: Forschungsfragen und Alternativhypothesen

Forschungsfrage (F_1–F_5)	**Alternativhypothese (H_1–H_5)**
F_1 = Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und der Wahl der Praxisform?	H_1 = Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und der Wahl der Praxisform.
F_2 = Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen dem Wohnort der Patienten und der Wahl der Praxisform?	H_2 = Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Wohnort der Patienten und der Wahl der Praxisform.
F_3 = Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen der Nutzung von Informations- und Empfehlungsquellen (soziales Mikroumfeld oder ärztliche Empfehlung) und der Wahl der Praxisform?	H_3 = Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Nutzung von Informations- und Empfehlungsquellen und der Wahl der Praxisform.
F_4 = Inwieweit unterscheidet sich die Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung nach dem Praxisbesuch zwischen den verschiedenen Praxisformen?	H_4 = Die Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung nach dem Praxisbesuch unterscheidet sich in Abhängigkeit von der Praxisform.
F_5 = Welche Praxisform bevorzugen Patienten im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung?	H_5 = Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Präferenz für eine Praxisform im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung und der Wahl der Praxisform.

Quelle: Eigene Darstellung

3.5 Auswertungsverfahren der empirischen Untersuchung

Die Datenauswertung in empirischen Forschungsarbeiten erfolgt in Abhängigkeit von der gewählten Methodik. Quantitative Studien nutzen überwiegend statistische Verfahren, die von deskriptiven Kennzahlen über inferenzstatistische Tests bis hin zu multivariaten Analysemodellen reichen können. Qualitative Studien bedienen sich hingegen vor allem interpretativer Verfahren, wie der qualitativen Inhaltsanalyse, der Grounded Theory oder der Diskursanalyse. Diese zielen darauf ab, Bedeutungsstrukturen und soziale Prozesse zu rekonstruieren. In Mixed-Methods-Designs werden beide Zugänge miteinander kombiniert, um sowohl statistische Generalisierbarkeit als auch tiefere inhaltliche Einsichten zu gewährleisten (Bortz & Döring, 2006; Flick, 2008). Die folgenden beiden Kapitel beschäftigen sich mit den Verfahren der quantitativen und qualitativen Datenauswertung. Konkret werden dabei innerhalb der quantitativen Datenauswertung neben dem Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest auch das standardisierte Zusammenhangsmaß Cramers V sowie Cohen's w erläutert. Im Rahmen der qualitativen Datenauswertung werden die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring sowie hermeneutische Ansätze theoretisch fundiert dargestellt und deren Anwendung im Kontext der vorliegenden Forschungsarbeit systematisch erläutert (Flick, 2008; Mayring, 2023).

3.5.1 Quantitative Datenanalyse

Die quantitative Datenauswertung erfolgt mit dem Ziel, die Struktur der Stichprobe zu beschreiben, bivariate Zusammenhänge zwischen ausgewählten Einflussfaktoren und der zuletzt besuchten Praxisform zu prüfen sowie die unabhängigen Einflussbeiträge mehrerer Variablen auf die Praxisformwahl zu untersuchen. Die Auswahl der statistischen Verfahren orientiert sich an dem Skalenniveau der erhobenen Variablen sowie an den formulierten Forschungsfragen und Hypothesen. Da die abhängige Variable, die zuletzt besuchte Praxisform, kategorial erfasst wird und die zentralen unabhängigen Variablen ebenfalls überwiegend kategorial vorliegen, kommen vor allem Verfahren zur Analyse kategorialer Daten zur Anwendung. Zunächst erfolgt eine deskriptive Auswertung der erhobenen Daten. Diese dient der Beschreibung der Stichprobe sowie der Darstellung zentraler Merkmale wie Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus, Wohnort, berufliche Tätigkeit, Vorliegen chronischer Erkrankungen, Entfernung zur nächstgelegenen Facharztpraxis, Wartezeit, Überweisungssituation, zuletzt besuchte Facharztrichtung und zuletzt besuchte Praxisform. Für metrische Variablen werden Mittelwerte, Mediane, Streuungsmaße und Spannweiten berechnet. Für kategoriale Variablen werden absolute und relative Häufigkeiten ausgewiesen. Die deskriptive Analyse

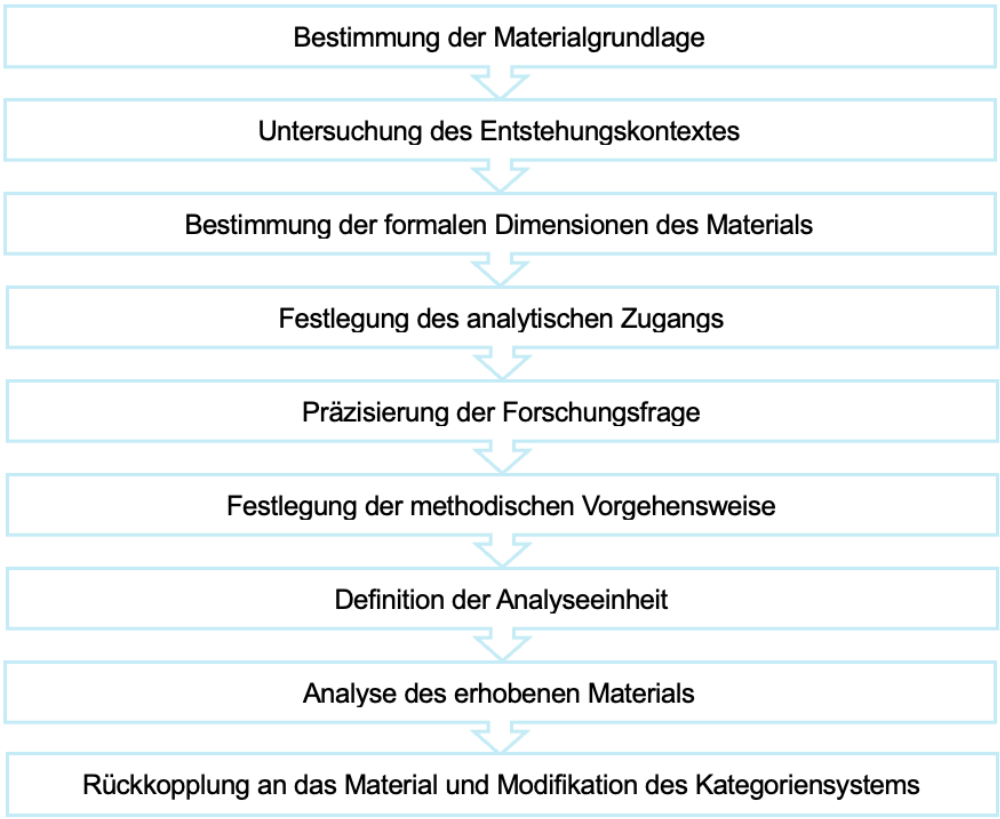
bildet die Grundlage für die anschließenden hypothesenprüfenden Verfahren. Zur Prüfung bivariater Zusammenhänge zwischen kategorialen Variablen werden Kreuztabellen erstellt und Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests durchgeführt. Dieses Verfahren wird eingesetzt, um zu untersuchen, ob die Verteilung der zuletzt besuchten Praxisform in Abhängigkeit von ausgewählten Merkmalen der Befragten variiert. Konkret werden Zusammenhänge zwischen der Praxisform und dem Alter bzw. der Altersgruppe, dem Wohnort, der Informations- und Empfehlungsquelle, der Zufriedenheit mit der Behandlung nach dem Facharztbesuch sowie der zuletzt besuchten Facharztrichtung geprüft. Der Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest eignet sich für diese Fragestellungen, da sowohl die Praxisform als auch die untersuchten Einflussgrößen kategoriale Variablen darstellen. Getestet wird jeweils die Nullhypothese, dass zwischen den betrachteten Variablen kein Zusammenhang besteht. Das Signifikanzniveau wird vorab auf $\alpha = 0{,}05$ festgelegt. Ein p-Wert unterhalb dieses Schwellenwertes wird als Hinweis darauf interpretiert, dass die beobachtete Verteilung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nicht allein durch Zufall zustande kommt. Da der Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest lediglich Auskunft über das Vorliegen eines statistisch signifikanten Zusammenhangs gibt, jedoch nicht über dessen Stärke, wird ergänzend Cramer‘s V berechnet. Cramer‘s V ermöglicht eine standardisierte Einschätzung der Effektstärke bei Kreuztabellen mit kategorialen Variablen. Die Interpretation orientiert sich an den etablierten Richtwerten nach Cohen, wobei Werte um 0,10 als schwacher, um 0,30 als mittlerer und um 0,50 als starker Zusammenhang interpretiert werden. Für die Fragestellung, welche Praxisform die Befragten hypothetisch im Falle einer schweren Erkrankung wählen, wird ein Chi-Quadrat-Anpassungstest durchgeführt. Im Unterschied zu den Unabhängigkeitstests wird hierbei nicht der Zusammenhang zwischen zwei Variablen geprüft, sondern untersucht, ob die beobachtete Verteilung der gewählten Praxisformen von einer theoretischen Gleichverteilung abweicht. Zur Quantifizierung der Effektstärke wird in diesem Fall Cohen’s w berechnet, da diese Maßzahl für Chi-Quadrat-Anpassungstests mit einer kategorialen Variable geeignet ist. Die Interpretation erfolgt anhand der Richtwerte nach Cohen, wonach Werte von etwa 0,10 als kleiner, 0,30 als mittlerer und 0,50 als großer Effekt interpretiert werden. Ergänzend zu den bivariaten Analysen wird eine multinomiale logistische Regression durchgeführt. Dieses Verfahren wird gewählt, da die abhängige Variable mehr als zwei kategoriale Ausprägungen aufweist. Die zuletzt besuchte Praxisform wird dabei in die Kategorien Einzelpraxis, BAG und MVZ überführt. Die Einzelpraxis dient als Referenzkategorie. Ziel der Regression ist es, zu prüfen, welche Faktoren unter simultaner Kontrolle der übrigen Variablen einen eigenständigen Beitrag zur Erklärung der Praxisformwahl leisten. In das Modell werden Alter,

Geschlecht, berufliche Tätigkeit, Versicherungsstatus, Wohnort, chronische Erkrankungen, Entfernung zur Facharztpraxis, Wartezeit, Überweisungssituation sowie die rekodierte Informations- bzw. Empfehlungsquelle aufgenommen. Die Ergebnisse der multinomialen logistischen Regression werden anhand der Regressionskoeffizienten, p-Werte und Odds Ratios interpretiert. Odds Ratios größer als 1 weisen unter Kontrolle aller übrigen Modellvariablen auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit hin, dass die jeweilige Praxisform im Vergleich zur Referenzkategorie Einzelpraxis gewählt wird, während Werte kleiner als 1 auf eine entsprechend geringere Wahrscheinlichkeit schließen lassen. Zusätzlich werden Konfidenzintervalle sowie Modellgütemaße berücksichtigt, um die Aussagekraft des Modells einzuordnen. Die Regression ergänzt die bivariaten Analysen, da sie die Beurteilung unabhängiger Effekte einzelner Einflussgrößen unter Kontrolle weiterer Variablen ermöglicht. Die multinomiale logistische Regression stellt die zentrale multivariate Analysemethode der Untersuchung dar, da sie die Identifikation unabhängiger Einflussfaktoren auf die Wahl der Praxisform unter Kontrolle potenzieller Störvariablen ermöglicht.

3.5.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring bildet die methodische Grundlage der Auswertung der leitfadengestützten Interviews. Für die vorliegende Untersuchung wurde die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse gewählt, da sie eine systematische Reduktion umfangreicher Textmaterialien ermöglicht und zugleich die wesentlichen inhaltlichen Aussagen der Interviewpartner erhält (Mayring, 2023). Die Kategorienbildung erfolgte induktiv aus dem Interviewmaterial heraus. Die Kategorien wurden schrittweise aus dem Interviewmaterial entwickelt und im Verlauf der Analyse kontinuierlich überprüft und präzisiert. Das Kategoriensystem wurde während des Analyseprozesses fortlaufend überprüft, präzisiert und erweitert. Die einzelnen Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring werden im nachfolgenden Ablaufmodell (Abbildung 8) schematisch dargestellt und bilden die methodische Grundlage der vorliegenden Untersuchung.

Abbildung 8: Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse



Quelle: Eigene Darstellung nach Mayring, 2023

Die Auswertung der Interviews erfolgte computergestützt mit der Software MAXQDA. Die Software unterstützte insbesondere die systematische Codierung der Transkripte, die Verwaltung des Kategoriensystems sowie die Analyse von Zusammenhängen zwischen einzelnen Codes. Darüber hinaus ermöglichte MAXQDA die Erstellung von Code-Matrizen, Code-Relations-Browsern sowie die quantitative Auswertung von Codierungshäufigkeiten. Diese Funktionen dienten der transparenten Dokumentation der Analyse und unterstützten die Identifikation zentraler Themen, Muster und Zusammenhänge innerhalb des Interviewmaterials. Die Interpretation der codierten Textstellen erfolgte unter Berücksichtigung ihres jeweiligen inhaltlichen Kontextes. Ziel der Analyse war es, wiederkehrende Wahrnehmungen, Bewertungen und Argumentationsmuster der Interviewpartner hinsichtlich der unterschiedlichen Praxisformen der ambulanten fachärztlichen Versorgung zu identifizieren und systematisch zu beschreiben. Die quantifizierende Auswertung der Codierungen diente dabei ausschließlich der Strukturierung und Gewichtung der im Material enthaltenen Themen und nicht der statistischen Generalisierung der Ergebnisse. Ergänzend zur qualitativen

Inhaltsanalyse erfolgt die Interpretation der identifizierten Kategorien unter Rückgriff auf hermeneutische Prinzipien. Während die qualitative Inhaltsanalyse der systematischen Strukturierung und Reduktion des Interviewmaterials dient, ermöglicht die Hermeneutik die vertiefte Rekonstruktion von Bedeutungszusammenhängen innerhalb der Aussagen der Interviewpartner (Mayring, 2022). Im Mittelpunkt steht dabei die Annahme, dass die Bedeutung einzelner Aussagen nur im Zusammenhang mit dem jeweiligen Interviewkontext verstanden werden kann. Die Interpretation orientiert sich daher am Prinzip des hermeneutischen Zirkels, wonach das Verständnis einzelner Textpassagen durch den Gesamtkontext des Interviews geprägt wird, während sich zugleich das Verständnis des Gesamtzusammenhangs aus der Analyse der einzelnen Aussagen entwickelt (Hussy et al., 2013). Die hermeneutische Perspektive wird in der vorliegenden Untersuchung insbesondere genutzt, um die subjektiven Wahrnehmungen der Interviewpartner hinsichtlich der verschiedenen Praxisformen der ambulanten fachärztlichen Versorgung zu rekonstruieren. Ziel ist es, über die reine Beschreibung von Kategorien hinaus die dahinterliegenden Deutungsmuster, Argumentationsstrukturen und Bewertungsmaßstäbe sichtbar zu machen. Die Hermeneutik ergänzt damit die qualitative Inhaltsanalyse um eine vertiefende interpretative Ebene und trägt zu einem umfassenderen Verständnis der im Interviewmaterial enthaltenen Sinnzusammenhänge bei.

3.6 Realisierung der Datenerhebung

Vor Durchführung der quantitativen Datenerhebung mittels des Onlinefragebogens wurde ein Pretest mit einer unabhängigen Person durchgeführt. Ziel des Pretests war es, die Verständlichkeit, Eindeutigkeit und Neutralität der formulierten Fragen zu überprüfen. Im Rahmen der Onlinebefragung kamen überwiegend geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien zum Einsatz, da diese eine standardisierte Datenerhebung sowie eine effiziente statistische Auswertung ermöglichen. Ergänzend wurden zwei offene Fragen integriert, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, individuelle Anmerkungen und ergänzende Informationen einzubringen (Bortz & Döring, 2006). Der Fragebogen begann mit Informationen zum Ablauf der Untersuchung sowie datenschutzrechtlichen Hinweisen. Erst nach Erteilung der Einwilligungserklärung erhielten die Teilnehmer Zugang zum eigentlichen Fragebogen. Im Kontext quantitativer Befragungen gilt ein hoher Fragebogenrücklauf als wichtiger Qualitätsindikator. Eine hohe Rücklaufquote erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass unterschiedliche Personengruppen in der Stichprobe vertreten sind und reduziert das Risiko systematischer Verzerrungen. Gleichwohl können auch bei hohen Rücklaufquoten Selektions- und Teilnahmeeffekte bestehen bleiben, sodass mögliche Stichprobenverzerrungen bei

der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen (Bortz & Döring, 2006). Die Datenerhebung erfolgte mit dem Onlinebefragungstool SoSci Survey. Die erhobenen Daten wurden anschließend als Excel-Datei exportiert und für die statistische Auswertung in RStudio aufbereitet. Die Analyse und Auswertung der erhobenen Daten erfolgt mit der Statistiksoftware R bzw. RStudio (siehe Anhang 2). Besondere Vorteile der Software liegen in ihrer hohen Flexibilität hinsichtlich Datenmanagement, Datenaufbereitung, statistischer Analyse sowie der Visualisierung von Ergebnissen. Mit RStudio wurden die deskriptiven Auswertungen, die Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests einschließlich der Berechnung der Effektstärken (Cramer's V bzw. Cohen's w) sowie die multinomiale logistische Regression durchgeführt. Darüber hinaus erfolgte die Erstellung sämtlicher grafischer Darstellungen der quantitativen Ergebnisse mit RStudio. Die statistischen Verfahren dienen der Überprüfung der zuvor deduktiv entwickelten Hypothesen sowie der Identifikation potenzieller Einflussfaktoren auf die Wahl der Praxisform (Buber & Holzmüller, 2007; Hellbrück, 2009). Durch die Verwendung einer einheitlichen Analyseumgebung wurde überdies die Nachvollziehbarkeit und Reproduzierbarkeit der statistischen Auswertungen sichergestellt.

Vor Aufnahme der qualitativen Datenerhebung wurde ebenfalls ein Pretest mit einer unbeteiligten Person durchgeführt, um den Interviewleitfaden sowie die Gesprächsführung zu erproben und gegebenenfalls anzupassen. Die Interviews wurden als problemzentrierte, leitfadengestützte Interviews durchgeführt, da diese einen systematischen Vergleich der Aussagen ermöglichen und zugleich ausreichend Raum für individuelle Erfahrungen und subjektive Sichtweisen bieten (Jüttemann, 1985). Alle Teilnehmer erhielten vor Beginn der Interviews eine Einverständniserklärung, welche die Aufzeichnung der Gespräche sowie deren anschließende Transkription und wissenschaftliche Auswertung umfasst. Die Interviews wurden als Einzelgespräche geführt, um eine möglichst störungsfreie Gesprächssituation und eine offene Kommunikation zu gewährleisten. Ein wesentliches Merkmal des problemzentrierten Interviews ist die Offenheit der Gesprächsführung (Hussy et al., 2013). Der Interviewer orientiert sich am Erzählfluss der Befragten und greift gleichzeitig gezielt steuernd ein, um einzelne Themenbereiche zu vertiefen. Dies erfolgt durch situationsbezogene Rückfragen sowie aktives Zuhören (Jüttemann, 1985). Die Gesprächsführung orientiert sich dabei am zuvor beschriebenen hermeneutischen Zirkel, wonach einzelne Aussagen stets im Zusammenhang mit dem Gesamtzusammenhang des Interviews interpretiert werden. Zur Gesprächseröffnung wurde ein kurzer soziodemografischer Fragebogen eingesetzt, der grundlegende Informationen zu den Interviewpartnern erhebt, ohne Rückschlüsse auf deren Identität zuzulassen. Die Interviews wurden leitfadengestützt in persönlicher Form durchgeführt.

Der Leitfaden diente dabei als strukturierende Orientierung und gewährleistete zugleich genügend Offenheit für individuelle Erzählverläufe. Die Gesprächsdauer betrug zwischen fünf und vierzehn Minuten. Sämtliche Interviews wurden digital aufgezeichnet, um eine vollständige Transkription als Grundlage der anschließenden qualitativen Inhaltsanalyse sicherzustellen (Hussy et al., 2013). Die Kategorienbildung erfolgte hierbei nach der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung nach Mayring (2023). Dabei wurde das Interviewmaterial schrittweise auf seine wesentlichen Inhalte reduziert, um zentrale Sinngehalte systematisch herauszuarbeiten.

4 ERGEBNISSE

Nach der Darstellung des theoretischen Hintergrunds sowie des methodischen Vorgehens werden im Folgenden die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Datenerhebung vorgestellt.

4.1 Ergebnisse der quantitativen Datenerhebung

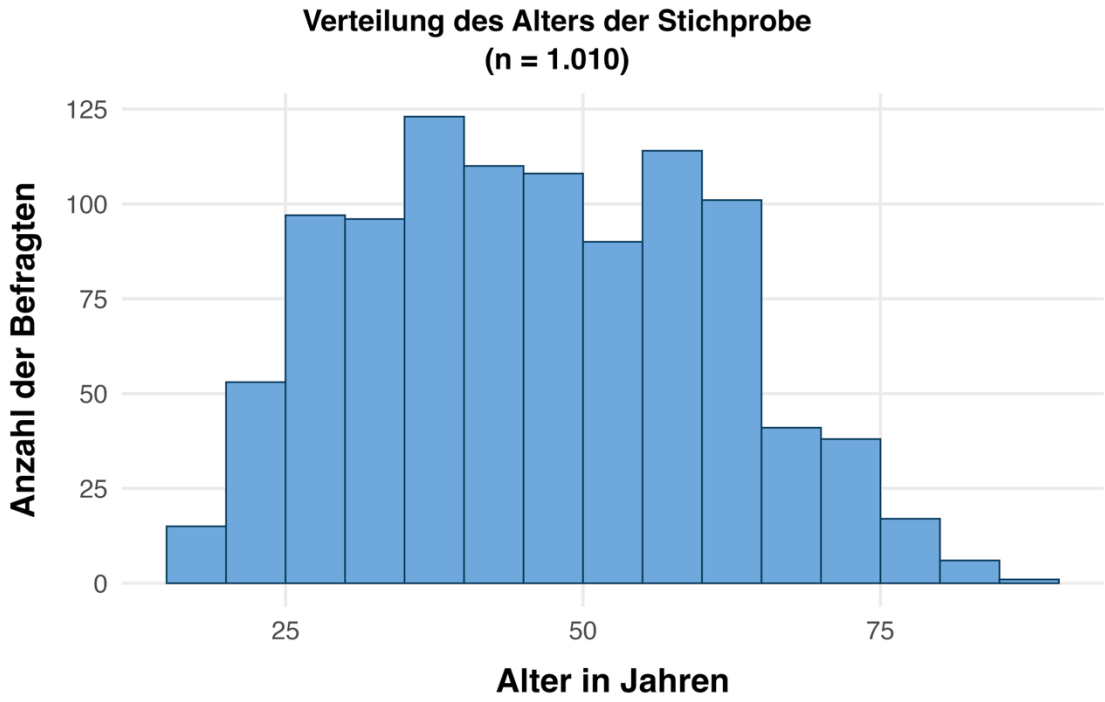
Die quantitative Auswertung basiert auf den Daten der standardisierten Onlinebefragung. Zunächst werden die Stichprobe und die zentralen Untersuchungsvariablen deskriptiv beschrieben. Anschließend erfolgt die Überprüfung der formulierten Hypothesen mithilfe inferenzstatistischer Verfahren. Hierzu werden bivariate Zusammenhangsanalysen auf Grundlage des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests einschließlich entsprechender Effektstärkemaße durchgeführt. Ergänzend wird eine multinomiale logistische Regressionsanalyse eingesetzt, um den gleichzeitigen Einfluss mehrerer Variablen auf die Wahl der Praxisform zu untersuchen. Ziel der quantitativen Analyse ist es, Zusammenhänge zwischen patientenbezogenen und situativen Einflussfaktoren sowie der Wahl der Praxisform (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft oder Medizinisches Versorgungszentrum) empirisch zu identifizieren und zu bewerten.

4.1.1 Ergebnisse der bivariaten Analyse zur Wahl der Praxisform

Im Folgenden werden zunächst die deskriptiven Ergebnisse der Stichprobe dargestellt. Darauf aufbauend werden die bivariaten Zusammenhänge zwischen den zentralen Untersuchungsvariablen und der Wahl der Praxisform analysiert.

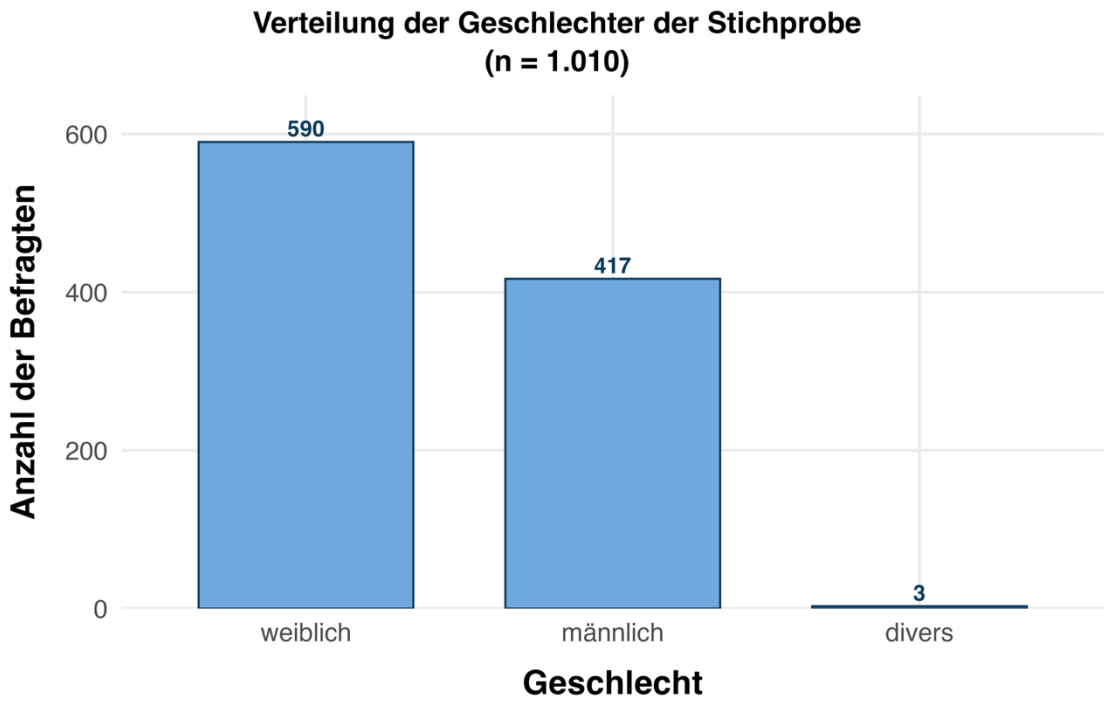
Die Stichprobe der quantitativen Untersuchung umfasst insgesamt 1.010 auswertbare Datensätze. Das Durchschnittsalter der Befragten beträgt 45,8 Jahre, wobei die Altersspanne von 18 bis 88 Jahren reicht. Ein Viertel der Teilnehmer ist 34 Jahre oder jünger, während weitere 25 % 58 Jahre oder älter sind. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung umfasst die Stichprobe 590 männliche, 417 weibliche sowie drei divers identifizierte Personen. Der überwiegende Teil der Befragten war in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (n = 865), während 145 Personen privat krankenversichert sind. Darüber hinaus geben 359 Befragte an, an einer chronischen Erkrankung zu leiden, während 651 Personen keine chronische Erkrankung berichten. Die Verteilungen von Alter, Geschlecht und Versicherungsstatus sind in den Abbildungen 9 bis 11 visualisiert.

Abbildung 9: Verteilung des Alters der Stichprobe (n =1.010)



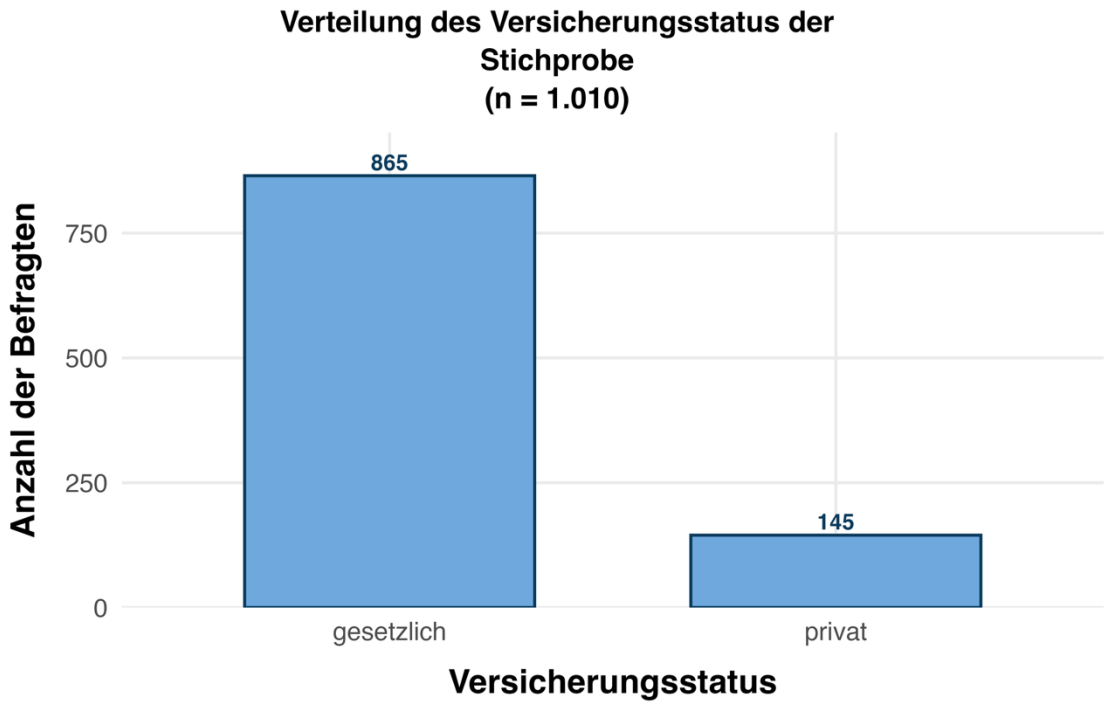
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 10: Verteilung der Geschlechter der Stichprobe (n =1.010)



Quelle: Eigene Darstellung

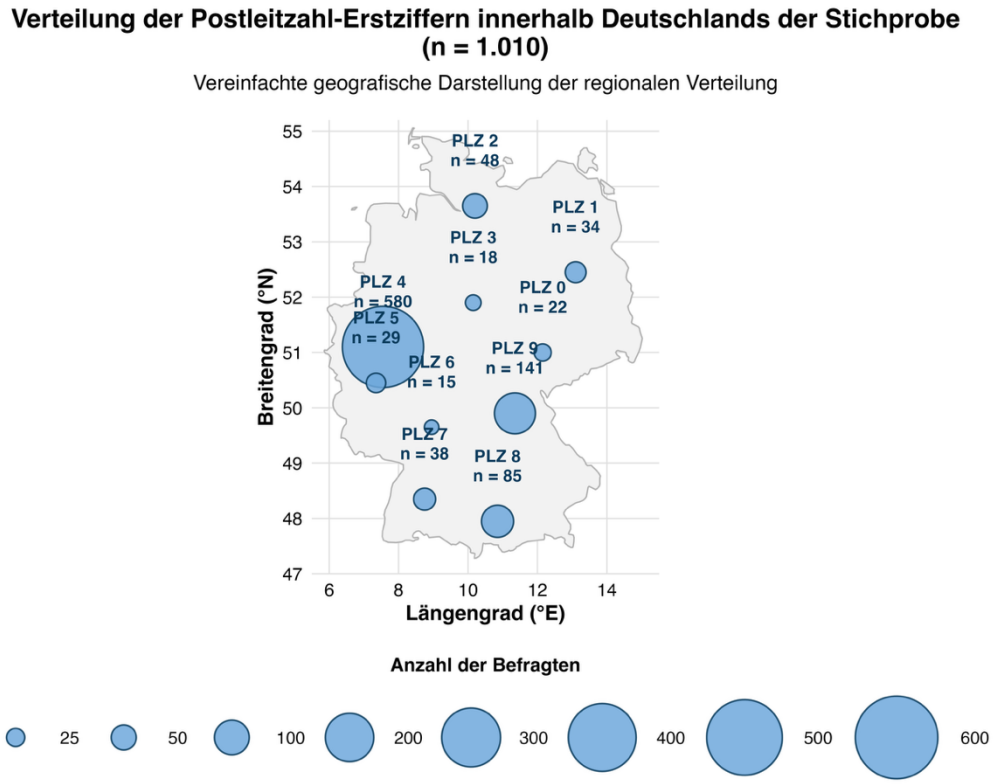
Abbildung 11: Verteilung des Versicherungsstatus der Stichprobe (n =1.010)



Quelle: Eigene Darstellung

Die Stichprobe weist eine deutliche Konzentration von Befragten aus städtischen Regionen auf. Insgesamt leben 774 Teilnehmende im städtischen Raum, während 236 Personen dem ländlichen Raum zuzuordnen sind. Die Verteilung spiegelt die Zusammensetzung der vorliegenden Stichprobe wider und ist vor dem Hintergrund der nicht geschichteten Stichprobenziehung zu interpretieren. Die räumliche Verteilung der Befragten nach Postleitzahlgebieten ist in Abbildung 12 vereinfacht geografisch dargestellt.

Abbildung 12: Verteilung der Postleitzahl-Erstziffern innerhalb Deutschlands der Stichprobe (n =1.010)



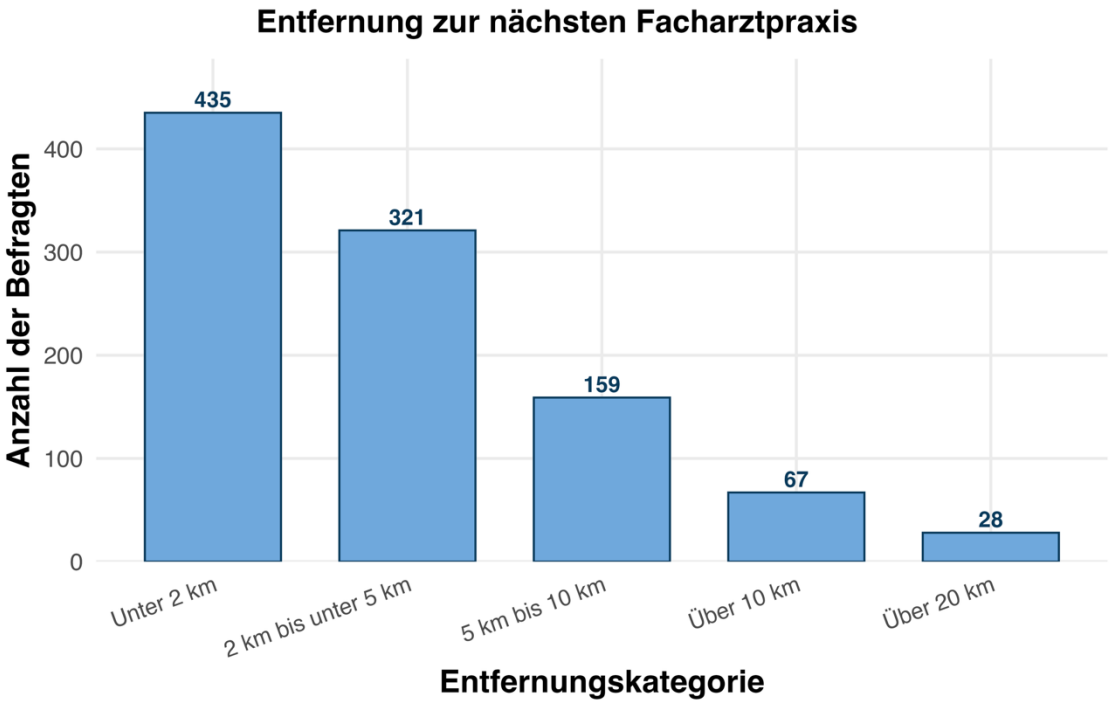
Quelle: Eigene Darstellung

Die Auswertung der Postleitzahlen verdeutlicht eine ungleiche regionale Verteilung der Stichprobe. Der größte Anteil der Befragten stammt aus der Postleitzahlenregion 4 (Ruhrgebiet/Nordrhein-Westfalen; n = 580). Weitere regionale Schwerpunkte liegen in der Region 6 (Hessen/Nord-Baden-Württemberg; n = 141) sowie in der Region 8 (Bayern; n = 85). Demgegenüber sind die neuen Bundesländer sowie Teile Nord- und Ostdeutschlands in der Stichprobe deutlich geringer vertreten. Auch hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit zeigt sich eine ungleiche Verteilung. Den größten Anteil bilden Befragte aus kaufmännischen und verwaltenden Berufen (n = 561). Es folgen Personen ohne berufliche Tätigkeit (n = 252), während körperlich bzw. handwerklich Tätige (n = 115), Rentner (n = 48) sowie Studierende (n = 34) deutlich seltener vertreten sind.

Die Entfernung zur nächstgelegenen Facharztpraxis beträgt bei den meisten Befragten weniger als zwei Kilometer (n = 435). Weitere 321 Personen geben eine Entfernung von zwei bis unter fünf Kilometern an. Demgegenüber berichten 159 Befragte von einer Entfernung

zwischen fünf und zehn Kilometern, 67 Personen von mehr als zehn Kilometern und lediglich 28 Personen von einer Entfernung von über 20 Kilometern. Die Verteilung der Entfernung zu der nächstgelegenen Facharztpraxis ist in Abbildung 13 dargestellt.

Abbildung 13: Verteilung der Entfernung zu der nächsten Facharztpraxis der Stichprobe (n =1.010)



Quelle: Eigene Darstellung

Es zeigt sich, dass ein Großteil der Befragten innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraums eine fachärztliche Praxis konsultiert hat. Am häufigsten wurde angegeben, den letzten Facharztbesuch vor weniger als zwei Wochen (n = 171) bzw. vor zwei bis vier Wochen (n = 161) wahrgenommen zu haben. Weitere 161 Personen berichteten von einem Facharztbesuch vor mehr als vier Wochen bis zwei Monaten, während 154 Befragte die letzte Konsultation auf einen Zeitraum von mehr als zwei Monaten datierten. Seltener wurden Zeiträume von etwa einem halben Jahr (n = 134) oder mehr als einem Jahr (n = 203) angegeben. Lediglich 26 Personen konnten den Zeitpunkt ihres letzten Facharztbesuchs nicht näher bestimmen.

Auch die Wartezeit auf einen Facharzttermin weist innerhalb der Stichprobe eine heterogene Verteilung auf. Am häufigsten wurde eine Wartezeit von einer Woche berichtet (n = 179).

Ebenfalls häufig wurden Wartezeiten von zwei Wochen (n = 130) sowie einem Monat (n = 139) angegeben. Mittlere Wartezeiten von drei Wochen (n = 81) bzw. zwei Monaten (n = 92) traten ebenfalls regelmäßig auf. Vergleichsweise selten wurden Wartezeiten von mehr als zwei Monaten (n = 78), mehr als drei Monaten (n = 92) oder einem halben Jahr und länger (n = 60) genannt. Insgesamt 63 Befragte konnten die Dauer ihrer Wartezeit nicht mehr einschätzen.

Für den überwiegenden Teil der Befragten lag beim letzten Facharztbesuch keine Überweisung vor (n = 604). Demgegenüber berichteten 393 Personen, den Facharzt auf Grundlage einer Überweisung aufgesucht zu haben. Lediglich 13 Teilnehmende machten hierzu keine Angabe.

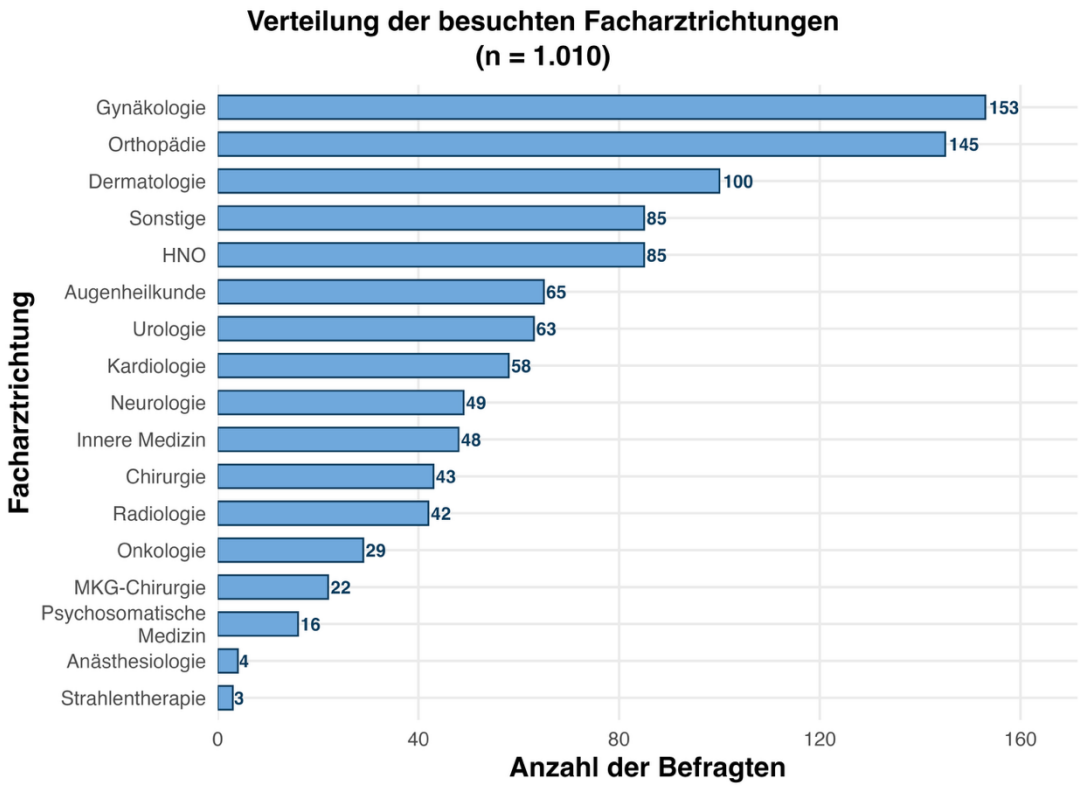
Hinsichtlich der zuletzt besuchten Praxisform entfielen die meisten Nennungen auf die BAG (n = 364), gefolgt von der Einzelpraxis (n = 358). Ein MVZ wurde von 235 Befragten als zuletzt aufgesuchte Praxisform angegeben. Insgesamt 53 Personen konnten die Organisationsform ihrer zuletzt besuchten Praxis nicht benennen und wählten die Antwortkategorie „Ich weiß es nicht“.

Bei der Frage, wie die Befragten auf die zuletzt besuchte Facharztpraxis aufmerksam wurden, entfiel die höchste Anzahl der Nennungen auf die Antwortkategorie „Sonstiges“ (n = 364). Die ergänzende Auswertung der Freitextangaben zeigt, dass hierbei insbesondere persönliche Empfehlungen durch Freunde, Bekannte oder Familienangehörige genannt wurden. Die zweithäufigste Informationsquelle stellt das Internet bzw. die Nutzung von Suchmaschinen dar (n = 358), gefolgt von Empfehlungen durch Hausärzte (n = 217). Empfehlungen durch Krankenhäuser spielen demgegenüber mit 71 Nennungen eine deutlich geringere Rolle.

Die Bewertung der Zufriedenheit mit der zuletzt besuchten Facharztpraxis fällt insgesamt überwiegend positiv aus. 406 Befragte gaben an, mit der Behandlung sehr zufrieden gewesen zu sein, weitere 343 Personen bewerteten ihre Versorgung als zufrieden. Weniger häufig wurden differenzierte oder negative Bewertungen abgegeben. So stuften 108 Befragte ihre Zufriedenheit als neutral ein, 75 Personen als eher unzufrieden, 60 Personen als unzufrieden und lediglich 18 Befragte als gar nicht zufrieden ein.

Ein weiterer erhobener Indikator betrifft die zuletzt konsultierte Facharztrichtung. Die Verteilung der besuchten Facharztrichtungen ist in Abbildung 14 dargestellt.

Abbildung 14: Verteilung der zuletzt besuchten Facharztrichtung der Stichprobe (n =1.010)



Quelle: Eigene Darstellung

Die Verteilung der zuletzt besuchten Facharztrichtungen zeigt, dass gynäkologische (n = 153) und orthopädische Praxen (n = 145) am häufigsten konsultiert wurden. Ebenfalls häufig vertreten sind die Dermatologie (n = 100), die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (n = 85) sowie die Kategorie „Sonstige“ (n = 85). Mittlere Fallzahlen entfallen auf die Augenheilkunde (n = 65), die Urologie (n = 63), die Kardiologie (n = 58), die Neurologie (n = 49) sowie die Innere Medizin (n = 48). Vergleichsweise selten wurden Radiologie (n = 43), Chirurgie (n = 42), Onkologie (n = 29), Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (n = 22), Psychosomatische Medizin (n = 16) sowie die Strahlentherapie (n = 3) aufgesucht.

Im Rahmen der vertiefenden Erhebung zur Nutzung von MVZ gaben 622 Befragte (61,6 %) an, bereits mindestens einmal ein MVZ aufgesucht zu haben. Demgegenüber berichteten 388 Personen (38,4 %), bislang keine Behandlung in einem MVZ in Anspruch genommen zu haben. Auf die Frage, ob eine bislang besuchte Einzelpraxis oder BAG nach einer Übernahme durch ein MVZ weiterhin aufgesucht würde, antworteten 672 Befragte zustimmend.

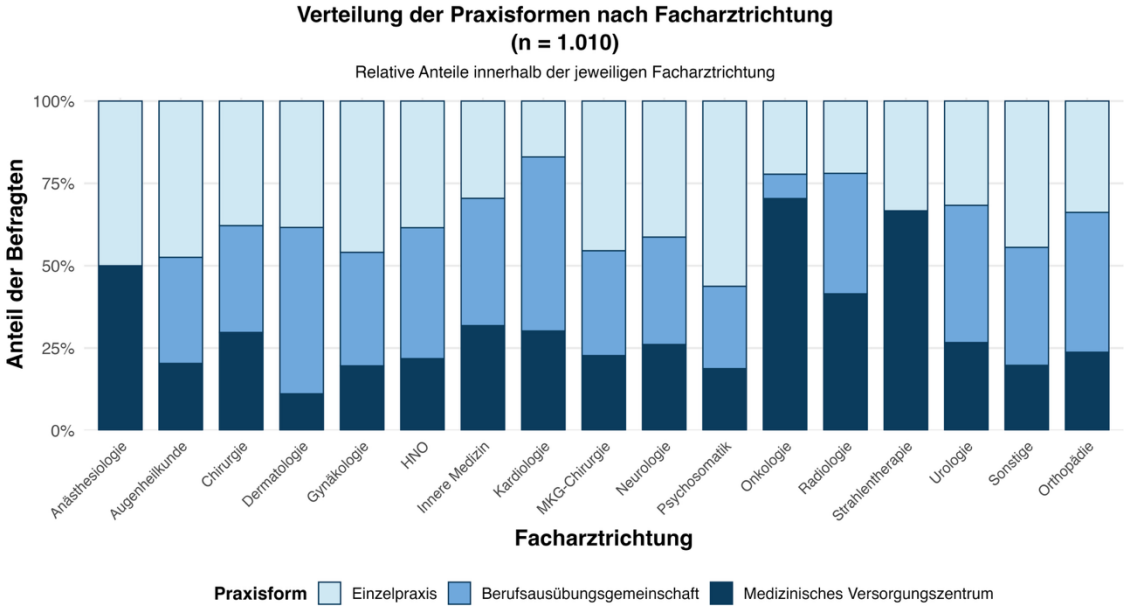
Demgegenüber lehnten 104 Personen einen weiteren Praxisbesuch unter diesen Voraussetzungen ab. Weitere 234 Teilnehmende beantworteten diese Frage nicht. Die Befragten, die bereits ein MVZ besucht hatten, wurden zusätzlich gefragt, ob sie auch andere Fachrichtungen in dem besuchten MVZ in Anspruch genommen haben. Von den 622 beantworteten Fällen, bejahten dies 278 Personen (44,7 %), während 344 Befragte (55,3 %) angaben, ausschließlich eine Fachrichtung innerhalb des MVZ genutzt zu haben.

Darüber hinaus wurde erhoben, welche Praxisform die Teilnehmer im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung bevorzugen würden. Mit 474 Nennungen entfiel die höchste Präferenz auf das MVZ. Demgegenüber entschieden sich 274 Befragte für eine BAG und 262 Personen für eine Einzelpraxis.

Während die bisher dargestellten Analysen den Zusammenhang zwischen patientenbezogenen Merkmalen, individuellen Präferenzen sowie Informations- und Entscheidungsprozessen und der Wahl der Praxisform untersucht haben, wird nachfolgend ein versorgungsstruktureller Kontext betrachtet. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, wie sich die Inanspruchnahme von Einzelpraxen, BAGs und MVZ innerhalb der einzelnen fachärztlichen Disziplinen verteilt. Da sich die Facharztrichtungen hinsichtlich ihrer diagnostischen, therapeutischen und organisatorischen Anforderungen zum Teil erheblich unterscheiden, ist anzunehmen, dass sich auch Unterschiede in den vorherrschenden Organisationsformen der ambulanten Versorgung zeigen. Die Verteilung der zuletzt besuchten Praxisformen innerhalb der einzelnen Facharztrichtungen ist in Abbildung 15 dargestellt. Die 100 %-gestapelte Balkengrafik verdeutlicht bereits, dass die Praxisformen nicht gleichmäßig über die verschiedenen Fachgebiete verteilt sind. Während in einigen Fachrichtungen überwiegend Einzelpraxen vorherrschen, dominieren in anderen BAGs oder MVZ.

Zur statistischen Einordnung dieser Verteilung wurden ergänzend standardisierte Residuen (standardized residuals) der Kreuztabelle ausgewertet. Diese ermöglichen die Identifikation jener Fachrichtungen, in denen einzelne Praxisformen häufiger oder seltener vertreten sind, als auf Grundlage der Gesamtverteilung zu erwarten wäre.

Abbildung 15: Verteilung der Praxisformen nach Facharztrichtung (n = 1.010)



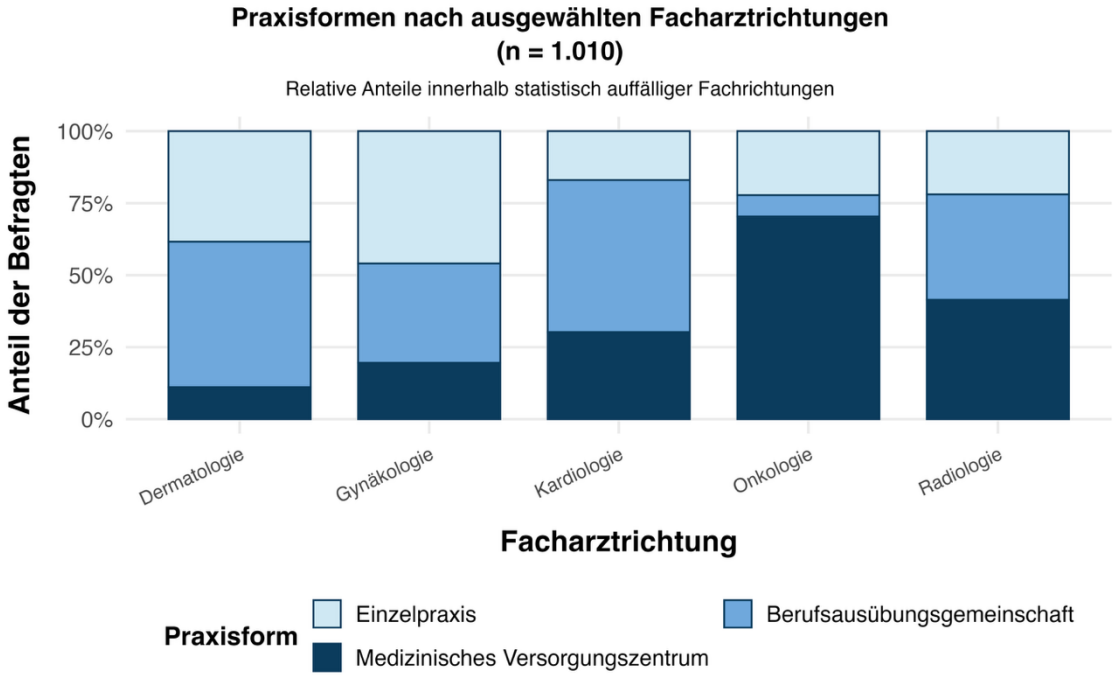
Quelle: Eigene Darstellung

Die präsentierte 100 %-gestapelte Balkengrafik verdeutlicht, dass die Praxisformen keineswegs gleichmäßig über die Fachgebiete verteilt sind. Vielmehr zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen medizinischen Disziplinen. Besonders auffällig ist die Onkologie. Von allen Befragten, die zuletzt eine onkologische Praxis aufgesucht hatten, wurden 70,4 % in einem MVZ behandelt. Demgegenüber entfielen lediglich 22,2 % auf Einzelpraxen und 7,4 % auf BAGs. Die Analyse der Residuen bestätigt diesen Befund. Für MVZ ergibt sich mit einem Residuum von 5,61 die stärkste positive Abweichung der gesamten Analyse. Gleichzeitig zeigt sich für BAGs ein deutlich negatives Residuum von -3,33. Dies weist darauf hin, dass onkologische Leistungen signifikant häufiger in MVZ und signifikant seltener in BAGs erbracht werden als statistisch zu erwarten wäre. Ein ähnliches Muster zeigt sich für die Radiologie. Während lediglich 22,0 % der radiologischen Patienten in einer Einzelpraxis behandelt wurden, entfielen 41,5 % auf MVZ und weitere 36,6 % auf BAGs. Die Residuen weisen dabei eine signifikante Überrepräsentation von MVZ (2,57) sowie eine Unterrepräsentation von Einzelpraxen (-2,09) aus. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass insbesondere technisch und apparativ aufwendige Fachgebiete häufiger in kooperativen oder institutionellen Versorgungsstrukturen organisiert sind. Auch die Kardiologie weist ein charakteristisches Verteilungsmuster auf. Mehr als die Hälfte der Befragten (52,8 %) wurde in einer BAG behandelt. Der Anteil der Einzelpraxen lag dagegen lediglich bei 17,0 %. Die

Residuen zeigen eine signifikante Überrepräsentation von BAGs (2,28) sowie eine Unterrepräsentation von Einzelpraxen (-3,16). Dies spricht für eine verstärkte Versorgung kardiologischer Patienten in kooperativen Praxisstrukturen. Für die Dermatologie zeigt sich ebenfalls eine deutliche Konzentration auf BAGs. Mit einem Anteil von 50,5 % stellen BAGs hier die häufigste Versorgungsform dar. Die Residuen weisen eine signifikante Überrepräsentation von BAGs (2,70) und eine deutliche Unterrepräsentation von MVZ (-3,28) auf. Dermatologische Leistungen scheinen demnach bevorzugt innerhalb gemeinschaftlicher Praxisstrukturen erbracht zu werden, während MVZ in diesem Fachgebiet eine geringe Bedeutung besitzen. Demgegenüber zeigt sich für die Gynäkologie ein anderes Bild. Hier wurden 45,9 % der Patienten in einer Einzelpraxis behandelt. Die Residuen weisen für die Einzelpraxis einen signifikant positiven Wert von 2,33 auf. Dies deutet darauf hin, dass gynäkologische Leistungen häufiger in klassischen Einzelpraxen erbracht werden als aufgrund der Gesamtverteilung zu erwarten wäre.

Die in Abbildung 15 dargestellte Gesamtübersicht aller Facharztrichtungen verdeutlicht darüber hinaus, dass die Einzelpraxis insbesondere in patientennahen und traditionell niedergelassenen Fachgebieten weiterhin eine wichtige Rolle spielt. BAGs dominieren dagegen vor allem in Fachgebieten mit erhöhtem Kooperationsbedarf. MVZ zeigen ihre stärkste Präsenz insbesondere in hochspezialisierten und interdisziplinär geprägten Versorgungsbereichen wie der Onkologie, Strahlentherapie und Radiologie. Zur besseren Visualisierung der statistisch auffälligen Fachgebiete wurde ergänzend die Abbildung 16 erstellt:

Abbildung 16: Praxisformen nach ausgewählten Facharztrichtungen (n = 1.010)



Quelle: Eigene Darstellung

Die vorangegangene Abbildung fokussiert ausschließlich die Fachrichtungen Dermatologie, Gynäkologie, Kardiologie, Onkologie und Radiologie, welche im Rahmen der Residuenanalyse die stärksten Abweichungen von den erwarteten Häufigkeiten aufwiesen. Die Darstellung verdeutlicht die unterschiedlichen Versorgungsmuster besonders anschaulich. Während die Onkologie und Radiologie durch einen hohen Anteil von MVZ geprägt werden, dominieren in der Kardiologie und Dermatologie BAGs. Die Gynäkologie hingegen weist die stärkste Orientierung an der klassischen Einzelpraxis auf. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sich die Inanspruchnahme unterschiedlicher Praxisformen zwischen den einzelnen Facharztrichtungen systematisch unterscheidet. Insbesondere hochspezialisierte und interdisziplinär geprägte Fachgebiete weisen einen höheren Anteil an MVZ auf, während andere Fachrichtungen darüber hinaus überwiegend durch Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften geprägt sind. Die Befunde sprechen dafür, dass neben patientenbezogenen Merkmalen auch versorgungsstrukturelle Charakteristika der jeweiligen Fachdisziplin bei der Analyse der Praxisformwahl berücksichtigt werden sollten.

Zur statistischen Überprüfung der deskriptiv erkennbaren Unterschiede wurde ergänzend ein Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest durchgeführt. Die Analyse zeigt einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der besuchten Facharztrichtung und der gewählten Praxisform ($\chi^2(32) = 83{,}70$; $p < 0{,}001$). Die Nullhypothese eines unabhängigen Zusammenhangs kann somit verworfen werden. Die Wahl der Praxisform unterscheidet sich folglich signifikant zwischen den einzelnen fachärztlichen Disziplinen. Zur Beurteilung der praktischen Relevanz wurde zusätzlich die Effektstärke nach Cramer's V berechnet. Mit einem Wert von $V = 0{,}209$ liegt ein kleiner bis mittlerer Effekt vor. Dies deutet darauf hin, dass die Facharztrichtung zwar nicht den alleinigen Erklärungsfaktor der Praxisformwahl darstellt, jedoch einen relevanten Beitrag zur Erklärung der beobachteten Unterschiede leistet.

Abschließend wurden die Befragten im Rahmen der Onlinebefragung gebeten, ihre Erwartungen hinsichtlich verschiedener Qualitätsdimensionen der ambulanten fachärztlichen Versorgung einzuschätzen. Hierzu gehörten die erwartete Informationsvermittlung zur Erkrankung, Verständnis und Einfühlungsvermögen, die für das Arzt-Patienten-Gespräch aufgewendete Zeit, Gründlichkeit und Sorgfalt der Untersuchungen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, qualitative Standards sowie das Vertrauen in den behandelnden Arzt. Die Ergebnisse dieser Einschätzungen werden nachfolgend dargestellt. Bei der Frage nach der Praxisform, in der die umfangreichsten Informationen zur Erkrankung erwartet werden, entschieden sich 434 Befragte für ein MVZ. Demgegenüber entfielen 292 Nennungen auf die BAG und 284 auf die Einzelpraxis.

Das größte Verständnis und Einfühlungsvermögen wird indessen überwiegend der Einzelpraxis zugeschrieben ($n = 679$). Deutlich seltener wurden die BAGs ($n = 189$) sowie das MVZ ($n = 142$) genannt.

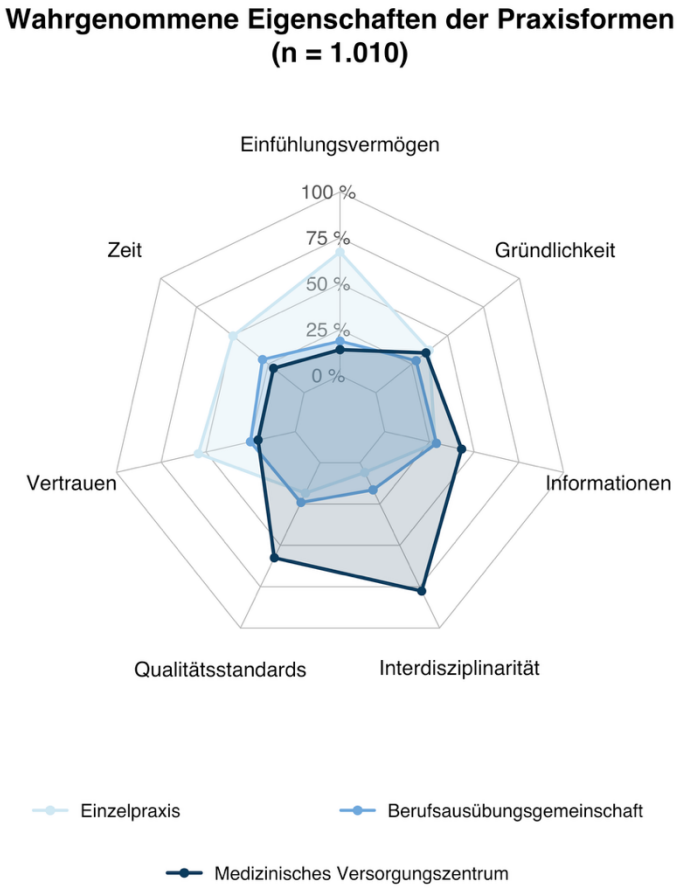
Auch hinsichtlich der erwarteten Gesprächszeit wird die Einzelpraxis bevorzugt. Insgesamt 501 Befragte gehen davon aus, dass ihnen dort die meiste Zeit gewidmet wird. Die BAG folgt mit 293 Nennungen, während das MVZ mit 216 Nennungen am seltensten ausgewählt wurde. Ein differenzierteres Bild ergibt sich bei der Einschätzung der Gründlichkeit und Sorgfalt ärztlicher Untersuchungen. Zwar wird auch hier die Einzelpraxis am häufigsten genannt ($n = 375$), jedoch liegt das MVZ mit 352 Nennungen nur knapp dahinter. Die BAG wird mit größerem Abstand seltener ausgewählt. Die Erwartung einer interdisziplinären Zusammenarbeit wird mit deutlichem Abstand dem MVZ zugeschrieben. Insgesamt 784 Befragte entschieden sich hierfür, während lediglich 166 Personen die BAG und 60 Befragte die Einzelpraxis auswählten. Auch hinsichtlich der erwarteten qualitativen Standards wird

das MVZ am häufigsten genannt (n = 581). Die BAG folgt mit 243 Nennungen, während sich 186 Befragte für die Einzelpraxis entschieden.

Das größte Vertrauen in den behandelnden Arzt wird dagegen überwiegend der Einzelpraxis zugeschrieben (n = 547). Die BAG erreicht 253 Nennungen, während das MVZ mit 210 Angaben am seltensten ausgewählt wird.

Zur zusammenfassenden Visualisierung der persönlichen Einschätzungen der Befragten zu den drei Praxisformen wurde ergänzend ein Radar-Chart erstellt. Abbildung 17 stellt dar, welcher Anteil der Befragten die jeweiligen Versorgungsmerkmale am ehesten einer Einzelpraxis, einer BAG oder einem MVZ zuschreibt. Berücksichtigt wurden hierbei die Dimensionen Informationsumfang, Einfühlungsvermögen, zeitliche Zuwendung, Gründlichkeit und Sorgfalt, interdisziplinäre Zusammenarbeit, qualitative Standards sowie Vertrauen in die behandelnden Ärzte.

Abbildung 17: Wahrgenommenen Eigenschaften der Praxisformen (n = 1.010)



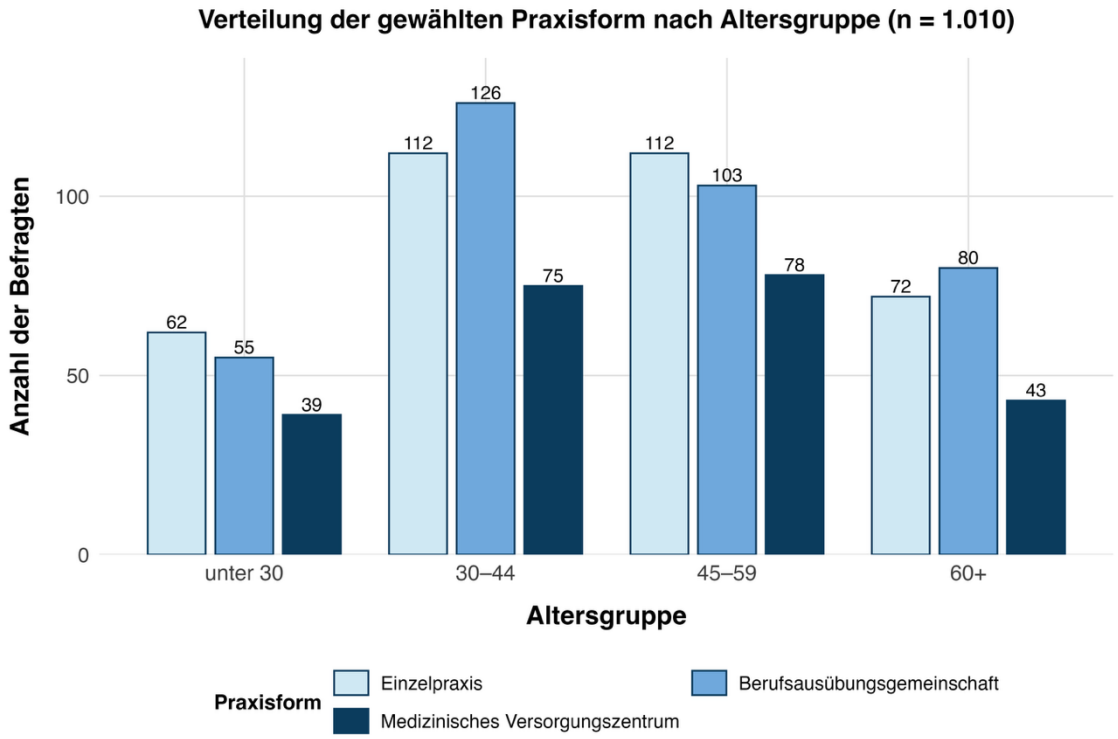
Quelle: Eigene Darstellung

Es wird verdeutlicht, dass die drei Praxisformen von den Befragten hinsichtlich der verschiedenen Qualitätsdimensionen unterschiedlich bewertet werden. Die Einzelpraxis erreicht die höchsten Zustimmungswerte insbesondere in den Dimensionen Verständnis und Einfühlungsvermögen, zeitliche Zuwendung sowie Vertrauen in den behandelnden Arzt. Das MVZ wird demgegenüber vor allem mit strukturellen Merkmalen der Versorgung assoziiert. Die höchsten Zustimmungswerte entfallen auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die erwarteten qualitativen Standards sowie die Bereitstellung umfangreicher Informationen zur Erkrankung. Die BAG weist in nahezu allen abgefragten Qualitätsdimensionen mittlere Zustimmungswerte auf und nimmt damit zwischen Einzelpraxis und MVZ eine Zwischenposition ein. Insgesamt verdeutlicht das Radar-Chart, dass die drei Praxisformen aus Sicht der Befragten mit unterschiedlichen Versorgungsmerkmalen verbunden werden. Während personenbezogene Merkmale überwiegend der Einzelpraxis zugeschrieben werden, werden strukturelle Qualitätsmerkmale häufiger dem MVZ zugeordnet. Die BAG nimmt in den meisten Dimensionen eine intermediäre Position ein.

Nach der deskriptiven Darstellung der Stichprobe und der zentralen Untersuchungsvariablen erfolgt im nächsten Schritt die inferenzstatistische Überprüfung der formulierten Hypothesen. Hierzu werden die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Einflussfaktoren und der Wahl der Praxisform mithilfe des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests sowie ergänzender Effektstärkemaße analysiert.

Zur Überprüfung eines möglichen Zusammenhangs zwischen der Altersgruppe der Befragten und der zuletzt besuchten Praxisform wurde ein Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest durchgeführt. Dieser ergab einen Chi-Quadrat-Wert von $\chi^2 = 4{,}24$ bei einem p-Wert von 0,8948. Da der p-Wert deutlich über dem festgelegten Signifikanzniveau von $\alpha = 0{,}05$ liegt, kann die Nullhypothese nicht verworfen werden. In der vorliegenden Stichprobe lässt sich somit kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Befragten und der zuletzt besuchten Praxisform nachweisen. Die Verteilung der Praxisformen über die einzelnen Altersgruppen ist in Abbildung 18 dargestellt.

Abbildung 18: Verteilung der gewählten Praxisform nach Altersgruppe (n =1.010)



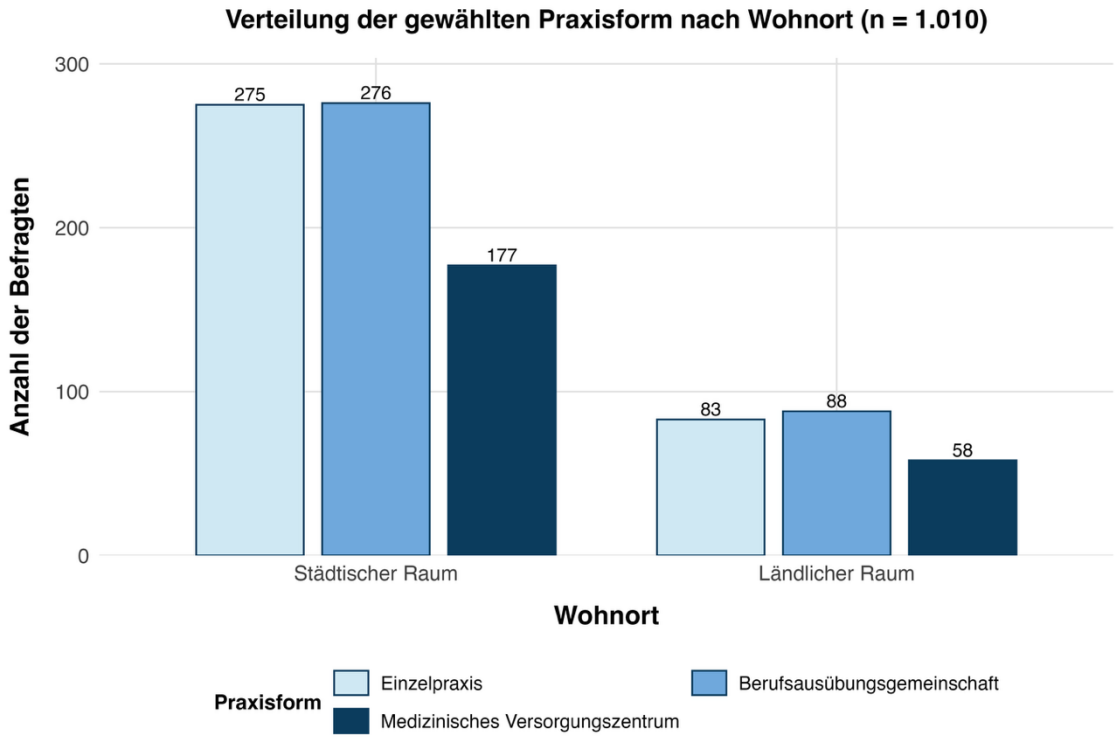
Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung zeigt die Verteilung der zuletzt besuchten Praxisform nach Altersgruppen. Dargestellt sind die Praxisformen Einzelpraxis, BAG und MVZ. Die Antwortkategorie „Ich weiß es nicht“ wurde aufgrund der geringen Fallzahl nicht berücksichtigt. Insgesamt zeigt sich über alle Altersgruppen hinweg eine ähnliche Verteilung der Praxisformen. Während in den Altersgruppen unter 30 Jahren sowie zwischen 45 und 59 Jahren die Einzelpraxis jeweils geringfügig häufiger als die BAG genannt wurde, überwiegt in den Altersgruppen von 30 bis 44 Jahren sowie ab 60 Jahren die BAG. Das MVZ stellt in sämtlichen Altersgruppen die am seltensten genannte Praxisform dar. Die höchsten absoluten Fallzahlen entfallen erwartungsgemäß auf die Altersgruppen zwischen 30 und 44 Jahren sowie zwischen 45 und 59 Jahren, da diese die größten Gruppen innerhalb der Stichprobe bilden. Insgesamt sind lediglich geringe Unterschiede in der Verteilung der Praxisformen zwischen den Altersgruppen erkennbar. Dieses deskriptive Bild wird durch die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests bestätigt, der keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Alter und Wahl der Praxisform nachweist.

Zur Überprüfung eines möglichen Zusammenhangs zwischen dem Wohnort der Befragten und der zuletzt besuchten Praxisform wurde ebenfalls ein Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest

durchgeführt. Dieser ergab einen Chi-Quadrat-Wert von $\chi^2 = 3{,}42$ bei einem p-Wert von 0,3311. Da der p-Wert oberhalb des festgelegten Signifikanzniveaus von $\alpha = 0{,}05$ liegt, kann die Nullhypothese nicht verworfen werden. In der vorliegenden Stichprobe lässt sich somit kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wohnort der Befragten und der zuletzt besuchten Praxisform nachweisen. Die Verteilung der zuletzt besuchten Praxisform nach Wohnort ist in Abbildung 19 dargestellt.

Abbildung 19: Verteilung von Wohnort (städtisch oder ländlich) und besuchter Praxisform (n =1.010)



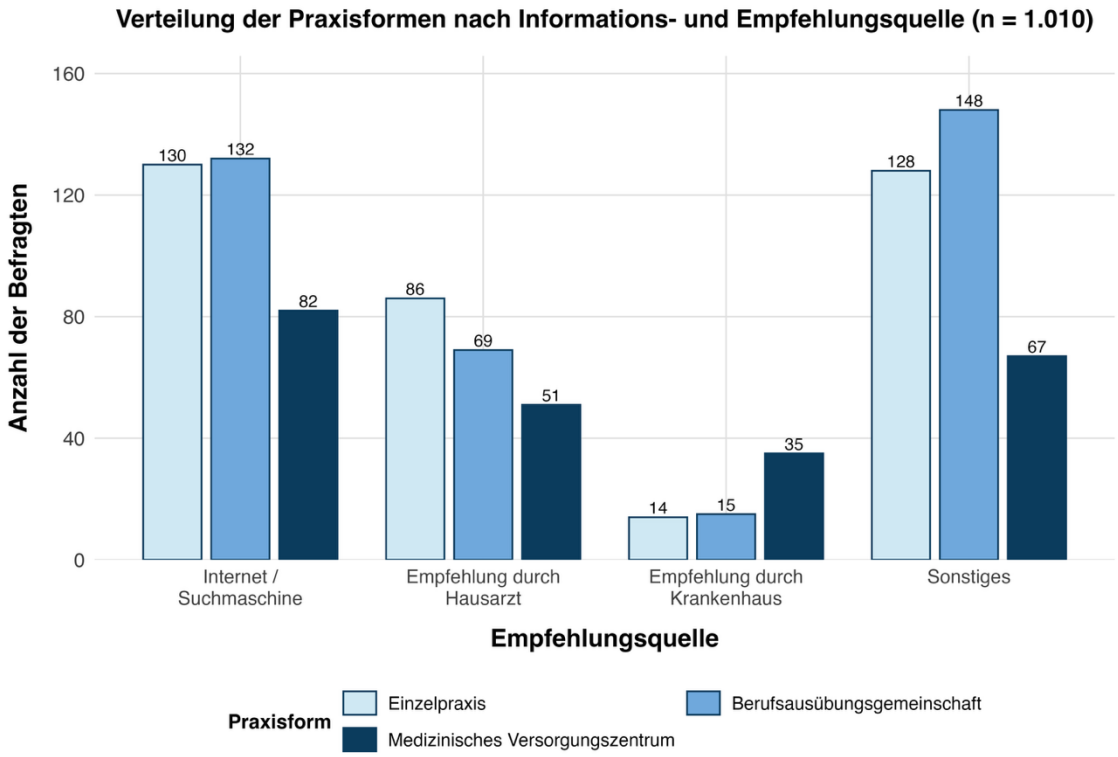
Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung zeigt die Verteilung der zuletzt besuchten Praxisform nach Wohnort. Dargestellt sind die Praxisformen Einzelpraxis, BAG und MVZ. Die Antwortkategorie „Ich weiß es nicht“ wurde aufgrund der geringen Fallzahl in der Abbildung nicht berücksichtigt. Insgesamt entfallen aufgrund des höheren Anteils städtischer Befragter mehr Nennungen auf alle drei Praxisformen im städtischen als im ländlichen Raum. Sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum werden Einzelpraxen und BAG nahezu gleich häufig als zuletzt besuchte Praxisform genannt, wobei die BAGs in beiden Wohnortgruppen geringfügig häufiger vertreten ist. Das MVZ stellt in beiden Wohnortgruppen die am seltensten genannte

Praxisform dar. Insgesamt zeigt die Abbildung ein weitgehend vergleichbares Verteilungsmuster der Praxisformen zwischen städtischen und ländlichen Regionen. Zwar sind geringfügige Unterschiede in den absoluten Häufigkeiten erkennbar, diese spiegeln jedoch überwiegend die unterschiedliche Größe der beiden Wohnortgruppen wider. Entsprechend zeigt auch der Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Wohnort und der Wahl der Praxisform.

Zur Überprüfung eines möglichen Zusammenhangs zwischen der Informations- und Empfehlungsquelle und der zuletzt besuchten Praxisform wurde erneut ein Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest durchgeführt. Dieser ergab einen hochsignifikanten Zusammenhang ($\chi^2 = 42{,}49$; $p < 0{,}001$), sodass die Nullhypothese verworfen werden kann. In der vorliegenden Stichprobe besteht somit ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Informations- und Empfehlungsquellen und der zuletzt besuchten Praxisform. Zur Beurteilung der Stärke dieses Zusammenhangs wurde ergänzend Cramer's V berechnet. Mit einem Wert von $V = 0{,}118$ weist die Effektstärke auf einen schwachen Zusammenhang hin. Die Informations- und Empfehlungsquellen stehen somit zwar in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit der zuletzt besuchten Praxisform, der Zusammenhang ist jedoch nur gering ausgeprägt. Die Verteilung der Praxisformen nach Informations- und Empfehlungsquellen ist in Abbildung 20 dargestellt.

Abbildung 20: Verteilung zwischen der zuletzt besuchten Praxisform nach Art der vorausgehenden Informations- und Empfehlungsquelle (n =1.010)



Quelle: Eigene Darstellung

Die vorangegangene Abbildung veranschaulicht die Verteilung der zuletzt besuchten Praxisform in Abhängigkeit von der jeweiligen Informations- bzw. Empfehlungsquelle. Dargestellt sind die Praxisformen Einzelpraxis, BAG und MVZ, differenziert nach den Quellen Internet bzw. Suchmaschine, Empfehlung durch den Hausarzt, Empfehlung durch ein Krankenhaus sowie der Kategorie „Sonstiges“. Es zeigt sich, dass Einzelpraxen und BAGs insbesondere über digitale Informationswege sowie über die Kategorie „Sonstiges“ aufgesucht werden. Auch MVZ werden überwiegend über Internet- und Suchmaschinenrecherchen gewählt, wenngleich deren absolute Häufigkeiten im Vergleich zu Einzelpraxen und BAGs geringer ausfallen. Empfehlungen durch Krankenhäuser spielen insgesamt bei allen Praxisformen eine untergeordnete Rolle, treten jedoch bei der Wahl eines MVZ vergleichsweise häufiger in Erscheinung. Empfehlungen durch Hausärzte stellen über alle Praxisformen hinweg einen weiteren relevanten Zugangsweg dar. Eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Empfehlungsquellen zeigt darüber hinaus Unterschiede zwischen den Praxisformen. Besonders hervorzuheben sind hierbei Empfehlungen durch Krankenhäuser. Während Einzel-

praxen (n = 14) und BAGs (n = 15) vergleichsweise selten über diesen Zugangsweg aufgesucht werden, entfallen auf MVZ 35 Nennungen. Damit weisen MVZ innerhalb dieser Empfehlungsquelle die höchsten absoluten Häufigkeiten auf. Dieser Befund deutet darauf hin, dass MVZ stärker in institutionelle Versorgungsnetzwerke eingebunden sind und häufiger im Anschluss an stationäre Behandlungen oder fachärztliche Weiterverweisungen in Anspruch genommen werden. Der in der statistischen Analyse nachgewiesene signifikante Zusammenhang zwischen Informations- und Empfehlungsquelle und Praxiswahl wird somit maßgeblich durch die vergleichsweise hohe Bedeutung medizinischer bzw. krankenhausbezogener Empfehlungen bei MVZ getragen.

Zur näheren Analyse der Kategorie „Sonstiges“ wurden zudem die insgesamt 364 zugehörigen Freitextangaben einer ergänzenden inhaltlichen Auswertung unterzogen und thematisch kategorisiert (Tabelle 5). Ziel dieser Analyse war es, die hinter der Sammelkategorie verborgenen Informations- und Entscheidungswege differenzierter zu erfassen und systematisch auszuwerten. Die Auswertung zeigt, dass insbesondere persönliche Empfehlungen durch das soziale Mikroumfeld von hoher Bedeutung sind. Insgesamt 38,5 % der Freitextnennungen entfallen auf Empfehlungen durch Freunde, Bekannte, Familienangehörige, Kollegen oder andere persönliche Kontakte. Damit stellt diese Kategorie die größte Gruppe innerhalb der offenen Antworten dar. Weitere 23,4 % der Nennungen beziehen sich auf bereits bestehende Arzt-Patienten-Beziehungen oder frühere Erfahrungen mit der jeweiligen Praxis. Hierzu zählen Angaben wie „langjähriger Patient“, „Stammpatient“, „kannte ich schon“ oder Hinweise auf die Fortführung einer bereits bestehenden Behandlung nach Praxisübernahme oder Arztwechsel. Die Ergebnisse sprechen für die hohe Bedeutung von Kontinuität und Vertrauen bei der Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung. Mit 23,6 % entfällt zudem ein erheblicher Anteil der Freitextangaben auf sonstige individuelle Gründe. Hierunter fallen sehr heterogene Einzelfallnennungen, beispielsweise berufliche Kontakte, Praxisübernahmen, institutionelle Vorgaben, persönliche Bekanntschaften mit den behandelnden Ärzten oder besondere Versorgungssituationen. Die Vielfalt dieser Angaben verdeutlicht, dass die Wahl einer Facharztpraxis teilweise auch durch individuelle Lebensumstände und situative Rahmenbedingungen geprägt wird, die sich nicht eindeutig einer einzelnen Kategorie zuordnen lassen. Demgegenüber entfielen lediglich 5,5 % der Freitextnennungen auf Empfehlungen anderer medizinischer Leistungserbringer außerhalb der Kategorien Hausarzt oder Krankenhaus. Hierzu zählen beispielsweise Empfehlungen durch Fachärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten oder andere medizinische Einrichtungen. Ebenfalls 4,9 % der Nennungen beziehen sich auf die räumliche Erreichbarkeit einer Praxis, etwa in Form

von Wohnortnähe oder kurzen Anfahrtswegen. Eigenständige Recherchen über Plattformen wie Doctolib, Suchmaschinen oder Verzeichnisse machen 4,1 % der Freitextangaben aus. Die ergänzende Analyse der Freitextantworten verdeutlicht somit, dass sich hinter der Sammelkategorie „Sonstiges“ keineswegs zufällige oder unspezifische Gründe verbergen. Vielmehr zeigen sich klar strukturierte Entscheidungsmechanismen, die insbesondere durch soziale Netzwerke, langjährige Vertrauensbeziehungen sowie praktische Aspekte der Erreichbarkeit geprägt sind. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Wahl einer Facharztpraxis nicht ausschließlich auf formalen Empfehlungen oder digitalen Informationsangeboten basiert, sondern auch durch persönliche Erfahrungen und soziale Beziehungen beeinflusst wird. Tabelle 6 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der inhaltlichen Auswertung der Freitextangaben in der Kategorie „Sonstiges“. Die Freitextantworten wurden anhand inhaltlicher Kategorien systematisiert und durch exemplarische Nennungen veranschaulicht.

Tabelle 6: Inhaltliche Auswertung der Freitextangaben innerhalb der Kategorie „Sonstiges“ (n = 364)

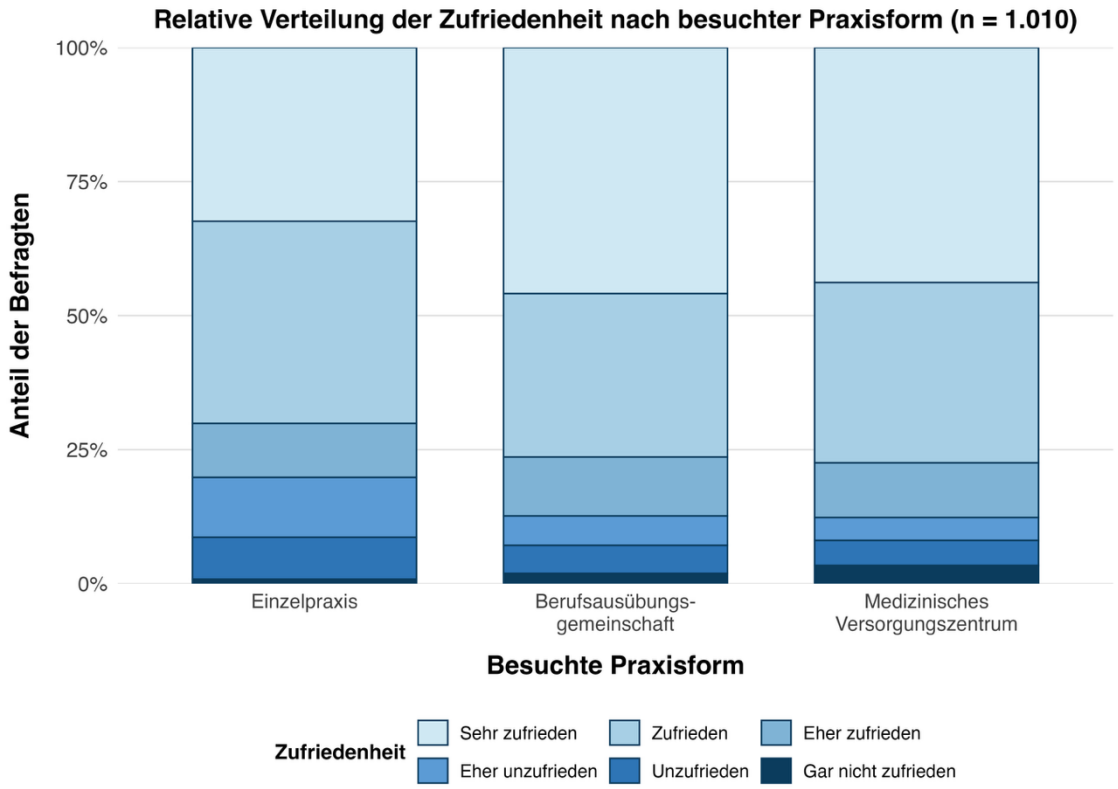
Kategorie	Typische Nennungen
Persönliche Empfehlungen	Freunde, Bekannte, Familie, Kollegen, Nachbarn
Sonstige individuelle Gründe	Berufliche Kontakte, Praxisübernahme, besondere Versorgungssituation
Bestehende Arzt-Patienten-Beziehung	Stammpatient, langjähriger Patient, bekannte Praxis
Medizinische Empfehlung	Facharzt, Zahnarzt, Physiotherapeut, andere Ärzte
Wohnortnähe und Erreichbarkeit	Wohnortnähe, Nachbarschaft, ortsansässige Praxis
Eigenständige Recherche	Doctolib, Google Maps, Gelbe Seiten, Suche über die Krankenkasse

Quelle: Eigene Darstellung

Anhand der Daten der quantitativen Stichprobe wurde ergänzend untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der zuletzt besuchten Praxisform und der Zufriedenheit mit der dort erhaltenen fachärztlichen Behandlung nach dem Praxisbesuch besteht. Die Analyse ergab im Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest ein statistisch signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 34{,}95$; $p = 0{,}0025$). Demnach besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der zuletzt

besuchten Praxisform und der Zufriedenheit mit der dort erhaltenen fachärztlichen Behandlung nach dem Praxisbesuch. Die Nullhypothese kann somit verworfen werden. Die Ergebnisse sprechen für die Alternativhypothese. Die zusätzlich berechnete Effektstärke nach Cramer's V (V = 0,107) weist jedoch lediglich auf einen schwachen Zusammenhang hin. Die Unterschiede zwischen den Praxisformen sind somit zwar statistisch signifikant, ihre praktische Bedeutung fällt jedoch gering aus. Die Ergebnisse werden in Abbildung 21 grafisch dargestellt:

Abbildung 21: Relative Verteilung der Zufriedenheit nach besuchter Praxisform (n =1.010)



Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung zeigt die Verteilung der Zufriedenheitsbewertungen innerhalb der jeweils zuletzt besuchten Praxisform und ermöglicht somit einen Vergleich der Zufriedenheit mit der dort erhaltenen fachärztlichen Behandlung nach dem Praxisbesuch zwischen Einzelpraxen, BAGs und MVZ. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass in allen drei Praxisformen überwiegend positive Bewertungen der erhaltenen Behandlung abgegeben wurden. Der größte Anteil der Befragten ordnet seine Erfahrungen jeweils den Kategorien „sehr zufrieden“ oder

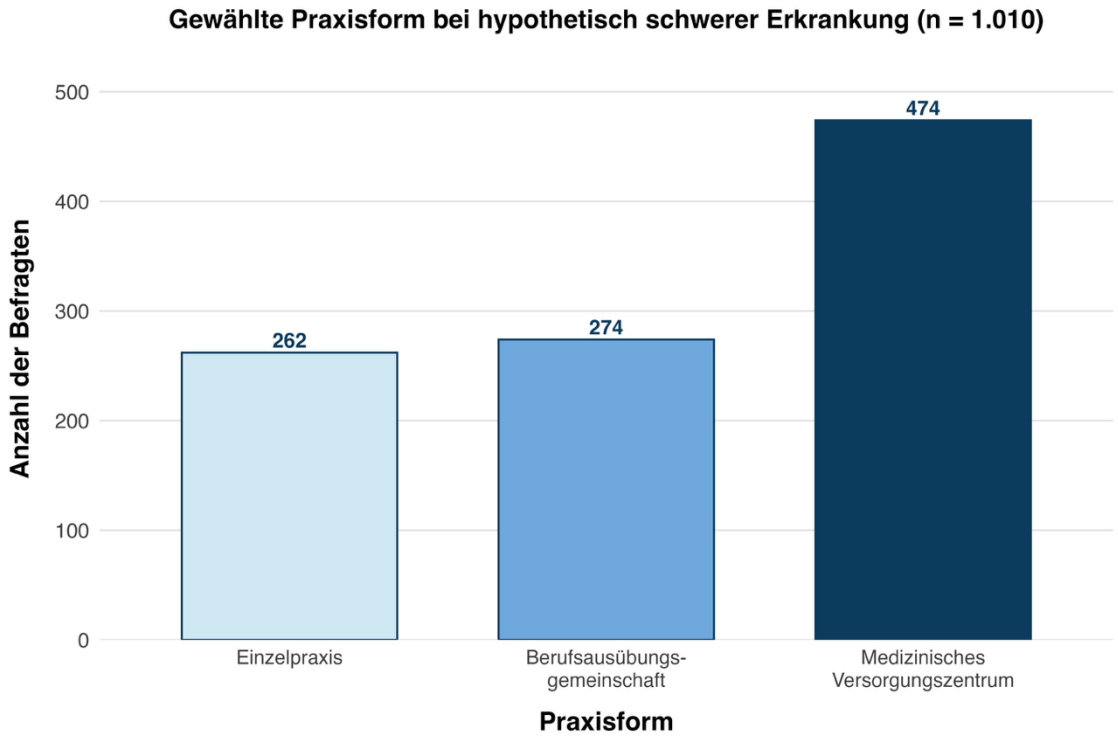
„zufrieden“ zu. Bei den Einzelpraxen entfallen 116 Nennungen auf die Kategorie „sehr zufrieden“ und 135 Nennungen auf die Kategorie „zufrieden“. Für BAGs liegen die entsprechenden Werte bei 167 bzw. 111 Nennungen. Auch MVZ werden mehrheitlich positiv bewertet: hier entfallen 103 Nennungen auf „sehr zufrieden“ und 79 Nennungen auf „zufrieden“. Gleichzeitig zeigen sich Unterschiede in den weniger positiven Bewertungsstufen. Während Einzelpraxen 40 Nennungen in der Kategorie „eher unzufrieden“ sowie 28 Nennungen in der Kategorie „unzufrieden“ aufweisen, liegen die entsprechenden Werte bei BAGs bei 20 bzw. 19 Nennungen. MVZ erreichen in diesen Kategorien 10 bzw. 11 Nennungen. Die Kategorie „gar nicht zufrieden“ wird insgesamt nur selten gewählt und weist in allen Praxisformen vergleichsweise geringe Fallzahlen auf.

Resümierend zeigt sich über alle Praxisformen hinweg ein hohes Zufriedenheitsniveau hinsichtlich der erfahrenen fachärztlichen Behandlung. Die Befunde weisen zugleich darauf hin, dass sich die Verteilung der Zufriedenheitsbewertungen zwischen den Praxisformen unterscheidet. In Verbindung mit dem signifikanten Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest kann daher von einem statistischen Zusammenhang zwischen der zuletzt besuchten Praxisform und der berichteten Zufriedenheit mit der dort erhaltenen Behandlung ausgegangen werden. Aufgrund der geringen Effektstärke ist dieser Zusammenhang jedoch als schwach einzustufen.

Abschließend wurde untersucht, welche Praxisform die Befragten im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung bevorzugen würden. Im Unterschied zu den vorangegangenen Zusammenhangsanalysen steht hierbei nicht die Beziehung zwischen zwei Variablen im Mittelpunkt. Vielmehr wird geprüft, ob die beobachtete Verteilung der Präferenzen für Einzelpraxis, BAG und MVZ von einer theoretisch angenommenen Gleichverteilung abweicht. Zu diesem Zweck wurde ein Chi-Quadrat-Anpassungstest durchgeführt. Die Auswertung zeigt, dass sich die beobachtete Verteilung der bevorzugten Praxisformen im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung statistisch signifikant von einer Gleichverteilung unterscheidet ($\chi^2 = 84{,}25$; $p < 0{,}001$). Die Nullhypothese einer gleichmäßigen Verteilung der Präferenzen auf die drei Praxisformen kann somit verworfen werden. Die Befragten weisen folglich keine gleichmäßige Präferenzverteilung auf, sondern bevorzugen in dieser hypothetischen Versorgungssituation bestimmte Praxisformen. Zur Beurteilung der praktischen Relevanz wurde zusätzlich Cohen's w berechnet, da es sich um einen Chi-Quadrat-Anpassungstest mit einer kategorialen Variable handelt. Der Wert von $w = 0{,}29$ entspricht näherungsweise einem mittleren Effekt. Die Abweichung von der theoretisch erwarteten Gleichvertei-

lung ist damit nicht nur statistisch signifikant, sondern auch praktisch bedeutsam. Die Antwortverteilung hinsichtlich der bevorzugten Praxisform im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung ist in Abbildung 22 dargestellt:

Abbildung 22: Verteilung der gewählten Praxisform bei hypothetisch schwerer Erkrankung der Stichprobe (n = 1.010)



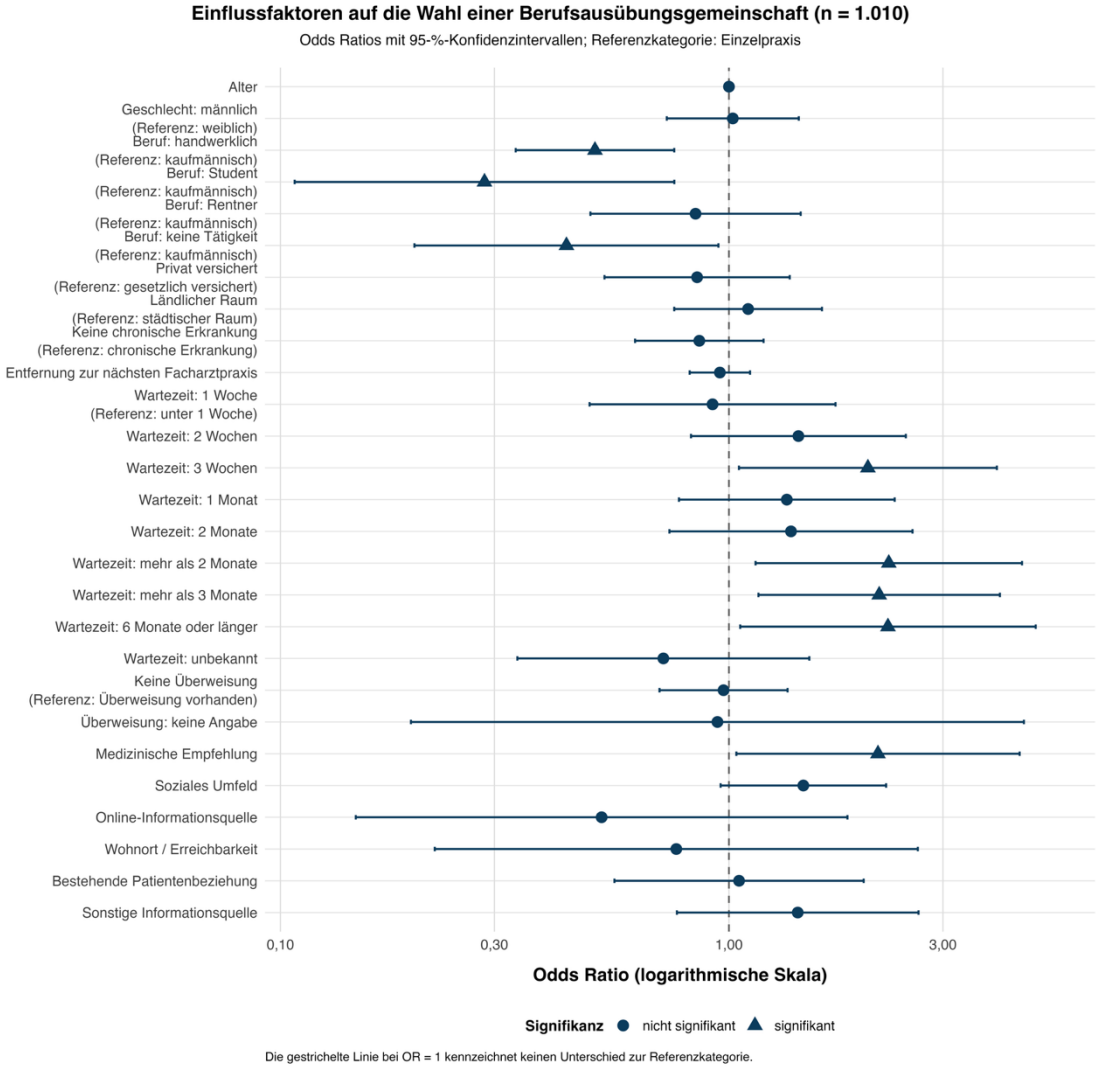
Quelle: Eigene Darstellung

Daraus lässt sich ableiten, dass das MVZ mit 474 Nennungen die am häufigsten präferierte Praxisform darstellt. Es folgen BAGs mit 274 Nennungen sowie die Einzelpraxen mit 262 Nennungen. Nahezu die Hälfte aller Präferenzen entfällt somit auf das MVZ, während BAGs und Einzelpraxen deutlich geringere, jedoch vergleichbare Häufigkeiten aufweisen. Insgesamt zeigt sich, dass die Befragten im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung keine gleichmäßige Präferenzverteilung zwischen den drei Praxisformen aufweisen, sondern das MVZ deutlich bevorzugen.

4.1.2 Ergebnisse der multinomialen logistischen Regression zur Wahl der Praxisform

Ergänzend zu den zuvor dargestellten bivariaten Analysen wurde eine multinomiale logistische Regression durchgeführt, um die unabhängigen Einflussbeiträge verschiedener patientenbezogener, gesundheitsbezogener und versorgungsstruktureller Merkmale auf die Wahl der Praxisform zu untersuchen. Ziel der Analyse war es, zu prüfen, welche Faktoren unter gleichzeitiger Berücksichtigung aller übrigen Variablen einen eigenständigen Zusammenhang mit der Entscheidung für eine Einzelpraxis, eine BAG oder ein MVZ aufweisen. Als abhängige Variable wurde die zuletzt besuchte Praxisform definiert. Die Einzelpraxis wurde als Referenzkategorie festgelegt, sodass die Ergebnisse jeweils als Vergleich zwischen BAG und Einzelpraxis sowie zwischen MVZ und Einzelpraxis interpretiert werden können. In das Modell wurden die Variablen Alter, Geschlecht, berufliche Tätigkeit, Versicherungsstatus, Wohnort, Vorliegen chronischer Erkrankungen, Entfernung zur Facharztpraxis, Dauer der Wartezeit auf einen Termin, das Vorliegen einer Überweisung sowie die Informations- bzw. Empfehlungsquellen aufgenommen. Zur Beurteilung der Ergebnisse wurden die Regressionskoeffizienten, die zugehörigen p-Werte sowie die Odds Ratios (OR) herangezogen. Das Modell konvergierte erfolgreich und erreichte eine Residual Deviance von 1976,56 bei einem Akaike Information Criterion (AIC) von 2092,56. Die Berechnung verschiedener Pseudo-R^2-Maße ergab einen McFadden-R^2-Wert von 0,044, ein Nagelkerke-R^2 von 0,103 sowie ein Cox-und-Snell-R^2 von 0,091. Insgesamt weist das Modell damit eine für sozialwissenschaftliche und gesundheitswissenschaftliche Untersuchungen typische, moderate Erklärungskraft auf. Die Freitextangaben zur Informations- und Empfehlungsquellen wurden zudem inhaltsanalytisch rekodiert. Dabei wurden die Kategorien medizinische Empfehlung, soziales Mikroumfeld, Online-Informationsquelle, Wohnort/Erreichbarkeit, bestehende Patientenbeziehung und sonstige Angaben gebildet. Für die berufliche Tätigkeit diente die Gruppe der kaufmännisch bzw. verwaltend Tätigen als Referenzkategorie. Zur Visualisierung der Ergebnisse sind die geschätzten Odds Ratios des multinomialen Regressionsmodells zunächst in Abbildung 23 dargestellt. Der Forest Plot ermöglicht einen direkten Vergleich der Einflussgrößen auf die Wahrscheinlichkeit, eine BAG bzw. ein MVZ anstelle einer Einzelpraxis aufzusuchen. Die vertikale Referenzlinie bei einer OR von 1 kennzeichnet das Ausbleiben eines Effekts. Schätzwerte rechts der Referenzlinie weisen auf eine erhöhte, Werte links der Referenzlinie auf eine verringerte Wahrscheinlichkeit der jeweiligen Wahl der Praxisform hin. Darüber hinaus werden die 95 %-Konfidenzintervalle dargestellt, wodurch die statistische Unsicherheit der Schätzungen sichtbar wird.

Abbildung 23: Einflussfaktoren auf die Wahl der Praxisform (n = 1.010) - Berufsausübungsgemeinschaft versus Einzelpraxis

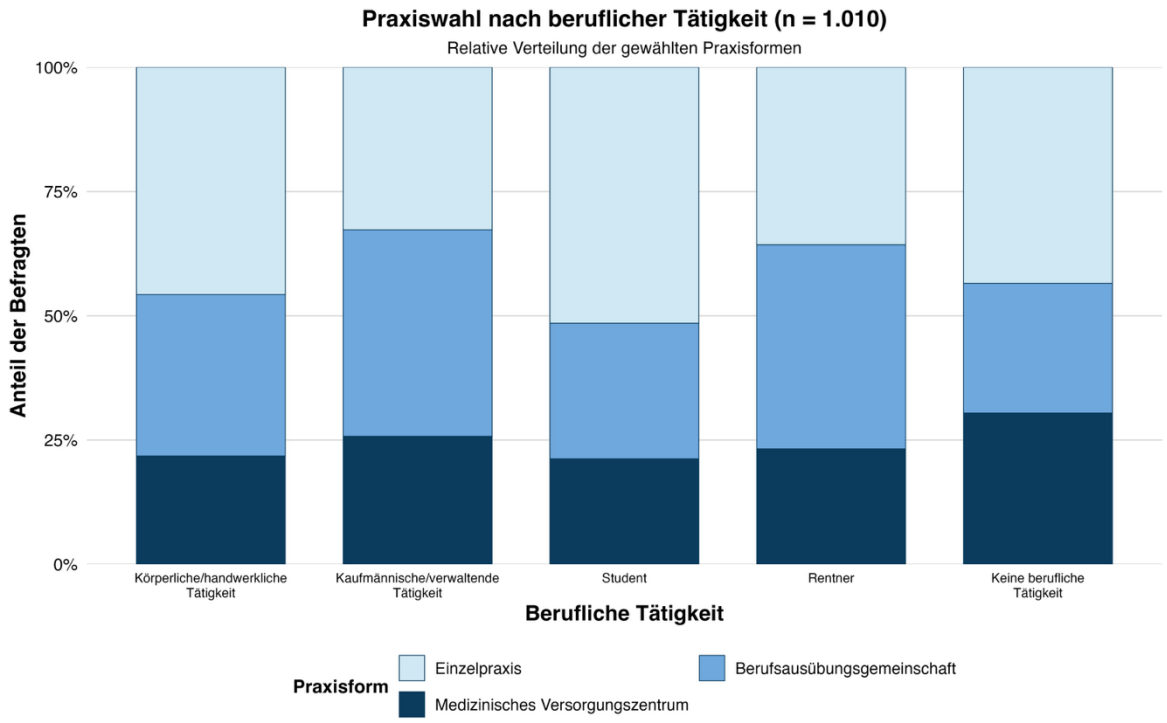


Quelle: Eigene Darstellung

Für den Vergleich zwischen BAG und Einzelpraxis ergab sich zunächst kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Befragten und der Wahl der Praxisform (OR = 1,000; p = 0,991). Auch hinsichtlich des Geschlechts konnte für Männer gegenüber Frauen kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden (OR = 1,020; p = 0,909). Für die Kategorie „divers“ ergab sich zwar ein statistisch signifikanter Koeffizient, dieser ist jedoch aufgrund der äußerst geringen Fallzahl (n = 3) nicht belastbar interpretierbar und wird daher nicht weiter berücksichtigt. Die zusätzlich in das Modell aufgenommene berufliche Tätigkeit erwies sich hingegen teilweise als relevanter Prädiktor der Wahl der Praxisform. Personen mit körperlicher bzw. handwerklicher Tätigkeit wiesen eine signifikant geringere

Wahrscheinlichkeit auf, eine BAG statt einer Einzelpraxis aufzusuchen (OR = 0,503; p = 0,001). Ebenso zeigte sich für Studierende eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, eine BAG zu wählen (OR = 0,285; p = 0,012). Auch Personen ohne berufliche Tätigkeit bevorzugten signifikant häufiger eine Einzelpraxis gegenüber einer BAG (OR = 0,434; p = 0,036). Für Rentner konnte dagegen kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden (OR = 0,842; p = 0,534). Zur Veranschaulichung der Zusammenhänge zwischen beruflicher Tätigkeit und Wahl der Praxisform wurde ergänzend Abbildung 24 erstellt. Die Darstellung zeigt die relative Verteilung der zuletzt besuchten Praxisformen innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen. Dabei wird deutlich, dass sich die Nutzungsmuster zwischen den beruflichen Gruppen unterscheiden. Insbesondere bei Studenten sowie bei Personen ohne berufliche Tätigkeit fällt ein vergleichsweise geringer Anteil von BAG-Besuchen auf. Demgegenüber weisen kaufmännisch bzw. verwaltend Tätige die höchsten Anteile an Besuchen von BAGs auf. Handwerklich bzw. körperlich tätige Personen zeigen ebenfalls eine stärkere Orientierung an Einzelpraxen. Die grafische Darstellung unterstützt damit die Ergebnisse der multinomialen Regression und verdeutlicht die unterschiedliche Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsstrukturen in Abhängigkeit von der beruflichen Situation der Befragten.

Abbildung 24: Praxiswahl nach beruflicher Tätigkeit (n = 1.010)

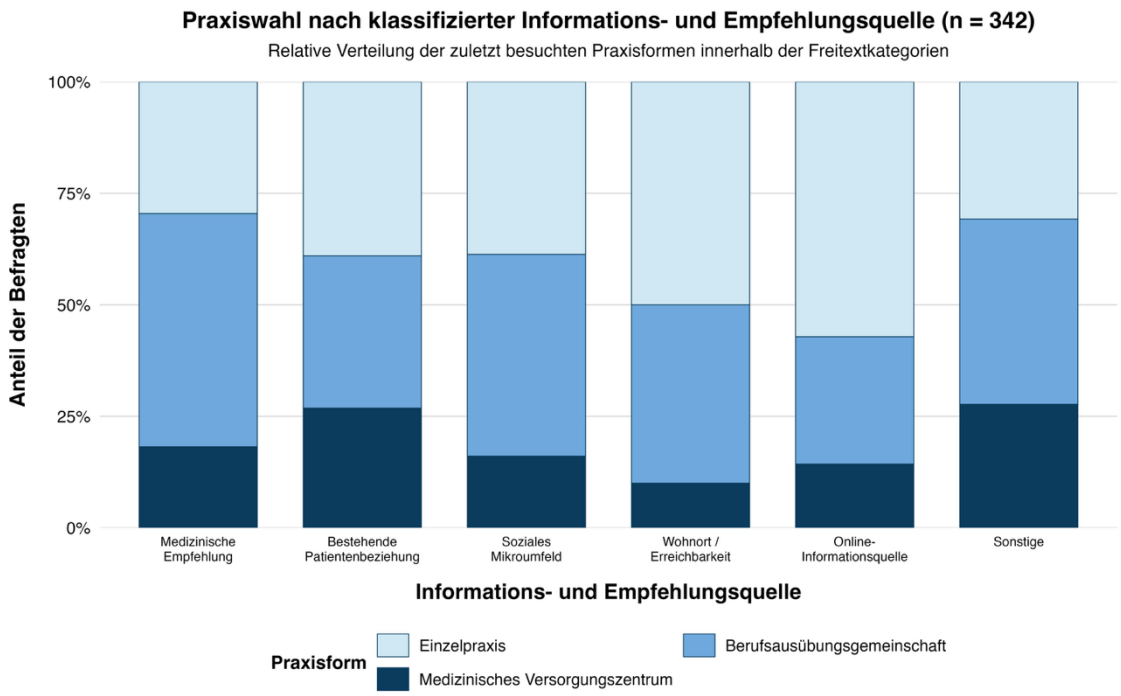


Quelle: Eigene Darstellung

Der Versicherungsstatus zeigte keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Wahl einer BAG gegenüber einer Einzelpraxis (OR = 0,849; p = 0,500). Gleiches gilt für den Wohnort (OR = 1,103; p = 0,611). Dieses Ergebnis bestätigt die zuvor im Rahmen der Chi-Quadrat-Analysen gewonnenen Befunde. Auch das Vorliegen chronischer Erkrankungen erwies sich nicht als signifikanter Einflussfaktor (OR = 0,859; p = 0,366). Ebenso zeigte die Entfernung zur nächstgelegenen Facharztpraxis keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Wahl einer BAG (OR = 0,955; p = 0,557). Für die Variable „Dauer der Wartezeit auf einen Termin“ ergaben sich mehrere statistisch signifikante Effekte. Referenzkategorie war hierbei eine Wartezeit von unter einer Woche. Signifikant höhere Wahrscheinlichkeiten für die Inanspruchnahme einer BAG zeigten sich bei Wartezeiten von drei Wochen (OR = 2,041; p = 0,035), mehr als zwei Monaten (OR = 2,272; p = 0,019), mehr als drei Monaten (OR = 2,163; p = 0,015) sowie sechs Monaten oder länger (OR = 2,262; p = 0,035). Unter Kontrolle aller übrigen Variablen wurden längere Wartezeiten somit häufiger bei Personen beobachtet, die zuletzt eine BAG aufgesucht hatten, als bei Personen, die eine Einzelpraxis in Anspruch genommen hatten. Das Vorliegen einer Überweisung zeigte hingegen keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Wahl einer BAG. Ein zentrales Ergebnis der Analyse betrifft die Informations- bzw. Empfehlungsquellen. Hier erwies sich ausschließlich die Kategorie „medizinische Empfehlung“ als statistisch signifikanter Prädiktor. Personen, die durch medizinische Leistungserbringer wie Hausärzte, Fachärzte oder Krankenhäuser auf eine Praxis aufmerksam wurden, wiesen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit auf, eine BAG statt einer Einzelpraxis aufzusuchen (OR = 2,149; p = 0,039). Die Wahrscheinlichkeit war damit mehr als doppelt so hoch wie in der Referenzgruppe. Für die übrigen Kategorien der Empfehlungsquelle konnten keine statistisch signifikanten Zusammenhänge nachgewiesen werden. Lediglich für das soziale Mikroumfeld zeigte sich eine statistische Tendenz (OR = 1,465; p = 0,078), die jedoch das konventionelle Signifikanzniveau nicht erreichte. Die Bedeutung der Informations- und Empfehlungsquelle wird zusätzlich in Abbildung 25 veranschaulicht. Die Abbildung zeigt die relative Verteilung der gewählten Praxisformen in Abhängigkeit von den jeweiligen Informations- und Empfehlungsquellen. Besonders bei medizinischen Empfehlungen ist ein erhöhter Anteil von BAG-Patienten erkennbar. Dagegen dominieren bei Empfehlungen aus dem sozialen Mikroumfeld sowie bei bestehenden Patientenbeziehungen häufiger Einzelpraxen. Die grafische Darstellung bestätigt damit die im Regressionsmodell identifizierte Relevanz medizinischer Empfehlungen für die Wahl einer BAG. Die Ergebnisse der multinomialen Regression relativieren zugleich

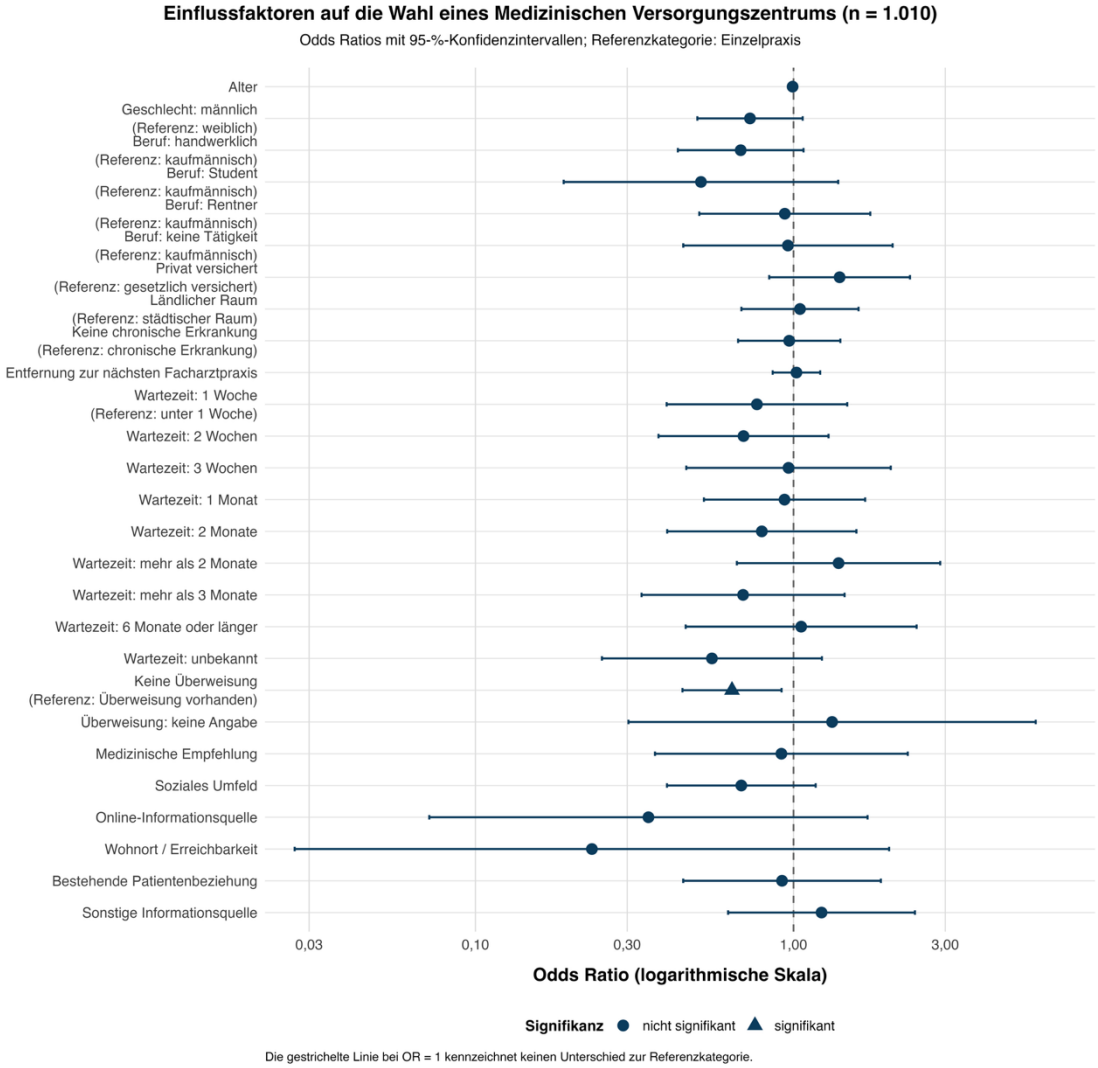
den zuvor im Rahmen der bivariaten Analyse festgestellten Zusammenhang zwischen Informations- und Empfehlungsquelle und Praxiswahl. Während der Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest einen insgesamt signifikanten Zusammenhang zwischen beiden Variablen nachweist ($\chi^2 = 42{,}49$; $p < 0{,}001$), zeigt sich unter simultaner Kontrolle weiterer Einflussfaktoren, dass ausschließlich medizinische Empfehlungen einen eigenständigen Einfluss auf die Wahl einer BAG gegenüber einer Einzelpraxis ausüben. Die übrigen Informations- und Empfehlungsquellen verlieren ihre statistische Signifikanz. Dies deutet darauf hin, dass ein Teil der in der bivariaten Analyse beobachteten Unterschiede durch andere Merkmale der Versorgungssituation erklärt werden kann.

Abbildung 25: Praxiswahl nach klassifizierter Informations- und Empfehlungsquelle (n = 1.010)



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 26: Einflussfaktoren auf die Wahl der Praxisform (n = 1.010) - Medizinisches Versorgungszentrum versus Einzelpraxis



Quelle: Eigene Darstellung

Im Vergleich zwischen MVZ und Einzelpraxis (Abbildung 26) zeigte sich ebenfalls kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und Praxiswahl (OR = 0,994; p = 0,343). Für das Geschlecht ergab sich eine statistische Tendenz zugunsten der Einzelpraxis. Männer wiesen eine geringere Wahrscheinlichkeit auf, ein MVZ statt einer Einzelpraxis aufzusuchen (OR = 0,730), der Zusammenhang verfehlte jedoch knapp das Signifikanzniveau (p = 0,106). Die Kategorie „divers“ wurde aufgrund der geringen Fallzahl erneut nicht interpretiert.

Für die berufliche Tätigkeit konnten im Vergleich zwischen MVZ und Einzelpraxis keine statistisch signifikanten Zusammenhänge festgestellt werden. Weder handwerklich Tätige

(OR = 0,682; p = 0,100), Studierende (OR = 0,512; p = 0,186), Rentner (OR = 0,939; p = 0,842) noch Personen ohne berufliche Tätigkeit (OR = 0,960; p = 0,917) unterschieden sich signifikant von kaufmännisch bzw. verwaltend Tätigen hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit, ein MVZ aufzusuchen. Auch Versicherungsstatus (OR = 1,396; p = 0,199), Wohnort (OR = 1,048; p = 0,829), chronische Erkrankungen (OR = 0,969; p = 0,869) sowie die Entfernung zur Facharztpraxis (OR = 1,021; p = 0,809) zeigten keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mit der Wahl eines MVZ gegenüber einer Einzelpraxis. Ebenso erwies sich keine der Wartezeitkategorien als signifikanter Einflussfaktor. Hinsichtlich der Überweisungssituation ergab sich dagegen ein signifikanter Effekt. Personen ohne Überweisung wiesen eine geringere Wahrscheinlichkeit auf, ein MVZ statt einer Einzelpraxis aufzusuchen (OR = 0,641; p = 0,015). Erwähnenswert ist, dass die Überweisungssituation einer der wenigen statistisch signifikanten Einflussfaktoren für die Wahl eines MVZ darstellt. Im Gegensatz zu zahlreichen soziodemografischen Merkmalen bleibt dieser Zusammenhang auch unter Kontrolle aller weiteren Variablen bestehen. Der Befund weist darauf hin, dass MVZ häufiger im Rahmen strukturierter Versorgungspfade bzw. nach gezielter Weiterleitung durch andere Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. Dies bedeutet umgekehrt, dass MVZ vergleichsweise häufiger von Personen genutzt wurden, die mit einer Überweisung in die fachärztliche Versorgung gelangten. Für die Informations- bzw. Empfehlungsquellen konnten im Vergleich zwischen MVZ und Einzelpraxis keine statistisch signifikanten Zusammenhänge nachgewiesen werden. Weder medizinische Empfehlungen, soziale Einflüsse, digitale Informationsquellen, wohnortbezogene Faktoren noch bestehende Patientenbeziehungen zeigten einen eigenständigen Einfluss auf die Wahl eines MVZ.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der multinomialen logistischen Regression, dass die Wahl der Praxisform insbesondere mit versorgungsstrukturellen Faktoren sowie einzelnen patientenbezogenen Merkmalen in Zusammenhang steht. Während soziodemografische Merkmale wie Alter, Wohnort, Versicherungsstatus oder das Vorliegen chronischer Erkrankungen keinen eigenständigen Zusammenhang mit der Wahl der Praxisform aufweisen, zeigen sich Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit, der Wartezeit auf einen Termin, der Überweisungssituation sowie der Nutzung von Informations- und Empfehlungsquellen. Insbesondere erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, eine BAG anstelle einer Einzelpraxis aufzusuchen, bei Vorliegen medizinischer Empfehlungen sowie längeren Wartezeiten, während Angehörige bestimmter Berufsgruppen häufiger eine Einzelpraxis aufsuchen. Für die Wahl eines MVZ konnten hingegen vergleichsweise wenige unabhängige Einflussfaktoren identifiziert werden. Insgesamt sprechen die Ergebnisse dafür, dass die Wahl einer bestimmten

Praxisform weniger durch klassische soziodemografische Merkmale als vielmehr durch konkrete Versorgungserfahrungen, institutionelle Zugangswege und ausgewählte patientenbezogene Merkmale geprägt ist. Darüber hinaus verdeutlichen die Ergebnisse, dass neben individuellen Einflussgrößen auch strukturelle Merkmale der Versorgung, insbesondere die Facharztrichtung sowie institutionelle Zugangswege wie Überweisungen oder medizinische Empfehlungen, einen relevanten Beitrag zur Erklärung der Wahl der Praxisform leisten.

4.2 Ergebnisse der qualitativen Datenerhebung

Die qualitative Datenerhebung ergänzt die quantitative Untersuchung um vertiefende Einblicke in individuelle Erfahrungen, Wahrnehmungen und Bewertungen der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Ziel der leitfadengestützten Interviews ist es, die im Rahmen der quantitativen Befragung identifizierten Zusammenhänge näher zu beleuchten und zusätzliche Perspektiven auf die Wahrnehmung verschiedener Praxisformen zu gewinnen.
Die Auswertung erfolgt auf Grundlage der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Sämtliche Interviews wurden vollständig transkribiert und anschließend mithilfe der Software MAXQDA ausgewertet. Die Kategorienbildung erfolgte induktiv aus dem Interviewmaterial heraus, sodass die identifizierten Themenfelder unmittelbar auf den Aussagen der Interviewpartner basieren. Ergänzend zur qualitativen Interpretation der Interviewinhalte wurde eine quantifizierende Auswertung der vergebenen Codierungen vorgenommen. Dadurch konnten sowohl zentrale thematische Schwerpunkte als auch Zusammenhänge zwischen einzelnen Themenbereichen systematisch erfasst und dargestellt werden.
Im Folgenden werden zunächst die Merkmale der Interviewstichprobe beschrieben. Anschließend werden das entwickelte Kategoriensystem sowie die Ergebnisse der quantifizierenden Auswertung der qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt. Darauf aufbauend erfolgt die inhaltliche Interpretation der identifizierten Themen und Muster innerhalb des Interviewmaterials.

4.2.1 Überblick über die Stichprobe der leitfadengestützten Interviews

Die qualitative Datenerhebung basiert auf insgesamt 20 leitfadengestützten Interviews. Ziel der Interviewdurchführung war es, vertiefende Einblicke in die Wahrnehmung verschiedener Praxisformen sowie in individuelle Erfahrungen mit der fachärztlichen Versorgung zu gewinnen. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte gezielt, um unterschiedliche berufliche Hintergründe, Altersgruppen und Versorgungserfahrungen abzubilden. Durch die hete-

rogene Zusammensetzung der Stichprobe wird ein möglichst breites Spektrum an Perspektiven auf die ambulante fachärztliche Versorgung in Deutschland berücksichtigt. Die Zusammensetzung der qualitativen Stichprobe zeigt die Tabelle 7:

Tabelle 7: Überblick über die Interviewstichprobe (n = 20)

Merkmal	Ausprägung
Geschlecht	13 weiblich, 7 männlich
Alter	20 bis über 60 Jahre
Wohnort	Überwiegend städtischer Raum, Nordrhein-Westfalen
Beruflicher Hintergrund	Medizinische, pflegerische, administrative und juristische Tätigkeiten
Versicherungsstatus	18 gesetzlich, 2 privat
Chronische Erkrankungen	Etwa die Hälfte der Befragten berichtet von chronischen Erkrankungen

Quelle: Eigene Darstellung

Die Stichprobe umfasst 13 weibliche und sieben männliche Interviewpartner. Das Alter der Befragten reicht von jungen Erwachsenen bis zu Personen im höheren Erwerbsalter bzw. Ruhestand. Die Interviewpartner stammen überwiegend aus dem Ruhrgebiet und leben mehrheitlich in städtisch geprägten Regionen. Hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit zeigt sich eine Verankerung im Gesundheitswesen. Mehr als die Hälfte der Befragten verfügt über eine medizinische, pflegerische oder gesundheitsbezogene Ausbildung bzw. Tätigkeit. Darüber hinaus sind verschiedene administrative, betriebswirtschaftliche und juristische Funktionen vertreten. Die Mehrheit der Interviewpartner ist gesetzlich krankenversichert, während lediglich ein kleiner Teil privat versichert ist oder über ergänzende Zusatzversicherungen verfügt. Neben den soziodemografischen Merkmalen wurden auch gesundheitsbezogene Charakteristika erhoben. Hierzu zählen insbesondere das Vorliegen chronischer Erkrankungen, die subjektiv wahrgenommene Versorgungssituation am Wohnort sowie die Entfernung zur nächstgelegenen fachärztlichen Praxis. Diese Merkmale dienen der Einordnung der individuellen Versorgungserfahrungen und bilden zugleich den Kontext für die nachfolgend dargestellten Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse. Im Anschluss an die Beschreibung der Stichprobe erfolgt die Darstellung des im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse entwickelten Kategoriensystems sowie der quantifizierenden Auswertung der in MAXQDA vergebenen Codierungen.

4.2.2 Quantifizierende Auswertung der qualitativen Inhaltsanalyse

Die Auswertung umfasste insgesamt 548 Codierungen, die drei Hauptkategorien und 26 Subkategorien zugeordnet werden konnten. Die Hauptkategorie „Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale“ umfasst 184 Codierungen, die Hauptkategorie „Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung“ 218 Codierungen sowie die Hauptkategorie „Wahrgenommene Eigenschaften der Praxisform“ 146 Codierungen. Die quantitative Betrachtung der Codierungen dient dabei nicht der statistischen Verallgemeinerung, sondern der systematischen Strukturierung und Gewichtung der im Interviewmaterial enthaltenen Themenfelder. Durch die Kombination aus qualitativer Inhaltsanalyse und quantifizierender Kategorienauswertung konnte sichergestellt werden, dass die nachfolgend dargestellten Ergebnisse nicht auf Einzelzitaten beruhen, sondern auf wiederkehrenden Themen und Mustern innerhalb des gesamten Interviewmaterials. Die im weiteren Verlauf dargestellten Zitate dienen daher ausschließlich der exemplarischen Veranschaulichung der zuvor identifizierten inhaltlichen Schwerpunkte. Ergänzend zu der qualitativen Interpretation der Interviewinhalte wurde eine quantifizierende Auswertung der im Rahmen der Codierung vergebenen Kategorien vorgenommen. Ziel dieser Auswertung ist es, die thematischen Schwerpunkte innerhalb des Datenmaterials transparent darzustellen und die Verankerung der nachfolgend beschriebenen Ergebnisse im gesamten Interviewkorpus nachvollziehbar zu machen. Die Häufigkeit von Codierungen stellt dabei keine statistische Gewichtung im Sinne quantitativer Verfahren dar, sondern dient der Identifikation wiederkehrender Themen und Argumentationsmuster. Tabelle 8 fasst die Verteilung der insgesamt 548 vergebenen Codierungen auf die drei Hauptkategorien der qualitativen Inhaltsanalyse zusammen.

Tabelle 8: Verteilung der Codierungen auf die Hauptkategorien

Hauptkategorie	Anzahl Codierungen
Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale	184
Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung	218
Wahrgenommene Eigenschaften der Praxisform	146
Gesamt	548

Quelle: Eigene Darstellung

Die Verteilung der Codierungen auf die Hauptkategorien ermöglicht eine erste Einschätzung der thematischen Schwerpunktsetzung innerhalb des Interviewmaterials. Dabei wird deutlich, dass die Hauptkategorie „Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung“ mit 218 Codierungen den größten Anteil aller vergebenen Codes umfasst. Dies verdeutlicht, dass die Interviewpartner insbesondere konkrete Erfahrungen und Wahrnehmungen im Zusammenhang mit der Nutzung fachärztlicher Versorgungsangebote thematisierten. Die Hauptkategorie „Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale“ umfasst 184 Codierungen und bildet die Grundlage zur Einordnung der individuellen Hintergründe der Befragten. Die Kategorie „Wahrgenommene Eigenschaften der Praxisform“ weist 146 Codierungen auf und verdeutlicht die Relevanz subjektiver Bewertungen verschiedener Versorgungsstrukturen. In der Gesamtschau zeigt sich eine ausgewogene Verteilung der Codierungen auf die drei Hauptkategorien, wodurch sowohl strukturelle Rahmenbedingungen als auch individuelle Erfahrungen und Bewertungen berücksichtigt werden konnten.

Zur Sicherstellung der Nachvollziehbarkeit der qualitativen Inhaltsanalyse wurde das entwickelte Kategoriensystem dokumentiert. Die Zuordnung der Interviewpassagen erfolgte zu drei Hauptkategorien sowie den daraus abgeleiteten Subkategorien. Tabelle 9 gibt einen Überblick über die Struktur des Kategoriensystems und bildet die Grundlage für die nachfolgende Analyse der Codierungshäufigkeiten:

Tabelle 9: Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse

Hauptkategorie	**Subkategorie**
Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale	Geschlecht
	Alter
	Wohnort
	Beruf
	Versicherung (GKV oder PKV)
	Chronische Erkrankung (ja oder nein)
	Ärztliche Versorgung um den Wohnort
	Entfernung der nächsten Facharztpraxis
Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung	Zeitpunkt des letzten Facharztbesuchs
	Zuletzt besuchte Facharztrichtung
	Zuletzt besuchte Praxisform
	Grund des Facharztbesuchs
	Überweisung vorhanden (ja oder nein)
	Terminverfügbarkeit
	Wie wurden Sie auf die zuletzt besuchte Praxisform aufmerksam?
	Zufriedenheit mit der Behandlung
	Bevorzugte Praxisform bei hypothetischer schwerer Erkrankung
	Nur bei zuvor besuchter Einzelpraxis oder BAG: Würde die Praxis auch bei der Übernahme durch ein MVZ weiter besucht werden?
	Bei zuvor besuchtem MVZ: Wurden weitere Fachrichtungen innerhalb des MVZ besucht?
Wahrgenommene Eigenschaften der Praxisform	Informationen
	Einfühlungsvermögen
	Zeit
	Gründlichkeit
	Interdisziplinarität
	Qualitätsstandards
	Vertrauen

Quelle: Eigene Darstellung

Das dargestellte Kategoriensystem verdeutlicht die thematische Breite der qualitativen Untersuchung. Neben soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen wurden sowohl konkrete Erfahrungen mit der Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung als auch

subjektive Bewertungen verschiedener Praxisformen berücksichtigt. Die induktive Kategorienbildung ermöglichte es, zentrale Themen des Interviewmaterials systematisch zu erfassen und zugleich einen engen Bezug zu den Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit sicherzustellen.

Auf Grundlage dieses Kategoriensystems wurden sämtliche Interviewtranskripte codiert und hinsichtlich der Häufigkeit der vergebenen Codes ausgewertet. Die Anzahl der Codierungen ermöglicht eine Einschätzung darüber, welche Themenfelder innerhalb des Interviewmaterials besonders häufig angesprochen wurden. Tabelle 10 zeigt die Verteilung der Codierungshäufigkeiten auf Ebene der einzelnen Subkategorien:

Tabelle 10: Codierungshäufigkeiten der Subkategorien

Subkategorie	**n**
Geschlecht	20
Alter	20
Wohnort	20
Beruf	20
Versicherung (GKV oder PKV)	20
Chronische Erkrankung (ja oder nein)	20
Ärztliche Versorgung um den Wohnort	20
Entfernung der nächsten Facharztpraxis	20
Zeitpunkt des letzten Facharztbesuchs	20
Zuletzt besuchte Facharztrichtung	20
Zuletzt besuchte Praxisform	21
Grund des Facharztbesuchs	19
Überweisung vorhanden (ja oder nein)	22
Terminverfügbarkeit	20
Wie wurden Sie auf die zuletzt besuchte Praxisform aufmerksam?	20
Zufriedenheit mit der Behandlung	26
Bevorzugte Praxisform bei hypothetischer schwerer Erkrankung	20
Nur bei zuvor besuchter Einzelpraxis oder BAG: Würde die Praxis auch bei der Übernahme durch ein MVZ weiter besucht werden?	16
Bei zuvor besuchtem MVZ: Wurden weitere Fachrichtungen innerhalb des MVZ besucht?	12
Informationen	21
Einfühlungsvermögen	21
Zeit	20
Gründlichkeit	21
Interdisziplinarität	20
Qualitätsstandards	20
Vertrauen	21

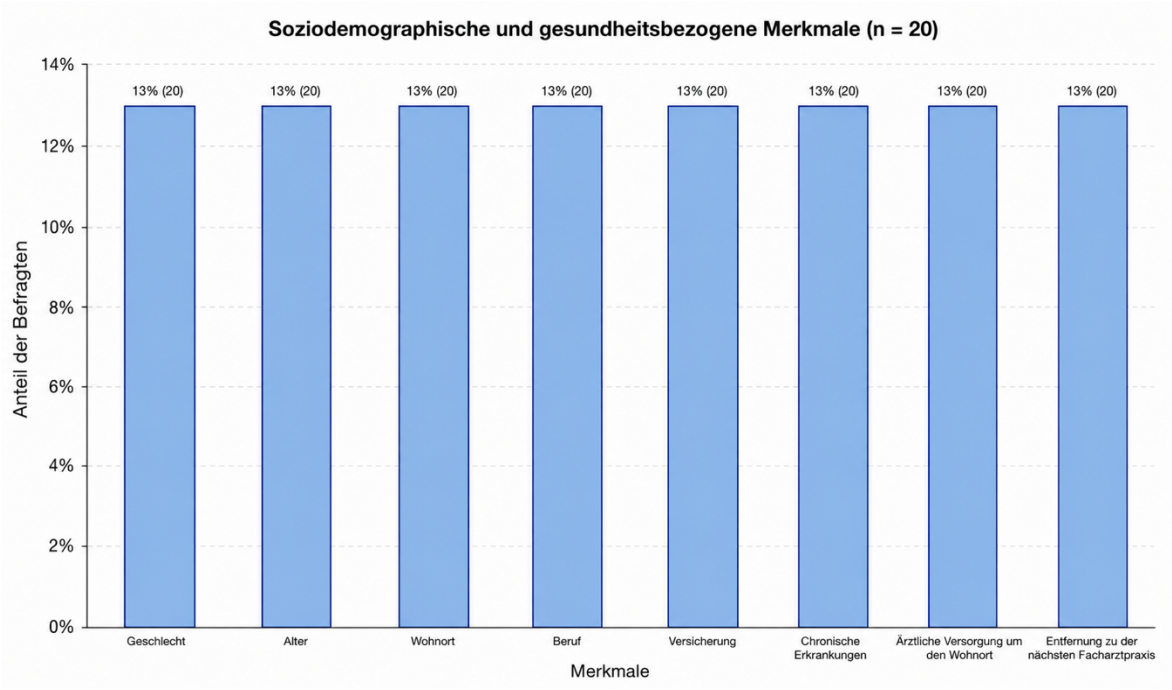
Quelle: Eigene Darstellung

Die Betrachtung der Codierungshäufigkeiten auf Ebene der Subkategorien zeigt, dass einzelne Themen innerhalb der Interviews unterschiedlich stark vertreten waren. Besonders häufig wurde die Zufriedenheit mit der fachärztlichen Behandlung thematisiert (n = 26).

Ebenfalls überdurchschnittlich häufig wurden Überweisungen (n = 22), die zuletzt besuchte Praxisform (n = 21), die Facharztrichtung (n = 20) sowie verschiedene wahrgenommene Eigenschaften der Praxisformen adressiert. Vergleichsweise seltener wurden dagegen Aspekte thematisiert, die nur für bestimmte Teilgruppen der Befragten relevant waren, wie beispielsweise die Nutzung weiterer Fachrichtungen innerhalb eines MVZ (n = 12) oder die Frage nach einem weiteren Praxisbesuch nach einer Übernahme durch ein MVZ (n = 16). Im Ergebnis wird deutlich, dass die Interviewpartner insbesondere solche Themen ausführlich diskutierten, die in direktem Zusammenhang mit ihren eigenen Erfahrungen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung standen.

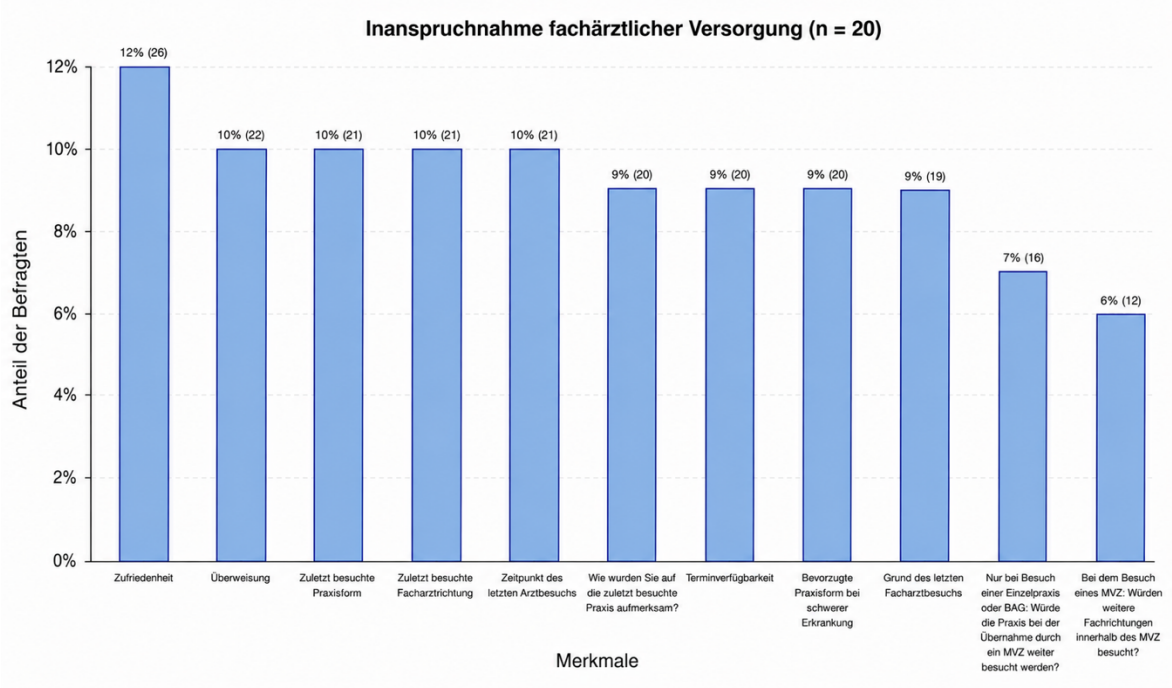
Ergänzend zu den tabellarisch dargestellten Codierungshäufigkeiten erfolgt nachfolgend eine grafische Aufbereitung der innerhalb der qualitativen Inhaltsanalyse identifizierten Subkategorien. Die Visualisierung dient der Veranschaulichung der Verteilung der Codierungen innerhalb der drei Hauptkategorien und ermöglicht eine differenzierte Betrachtung der relativen Bedeutung einzelner Themenfelder im Interviewmaterial. Die dargestellten Prozentwerte beziehen sich jeweils auf die innerhalb der betreffenden Hauptkategorie vergebenen Codierungen und erlauben somit eine Einordnung der thematischen Schwerpunktsetzung innerhalb der Interviews. Die Abbildungen 27 bis 29 zeigen die Verteilung der Codierungen in den Hauptkategorien „Soziodemographische und gesundheitsbezogene Merkmale“, „Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung“ sowie „Wahrgenommene Eigenschaften der Praxisformen“.

Abbildung 27: Verteilung der Codierung innerhalb der Hauptkategorie „Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale“



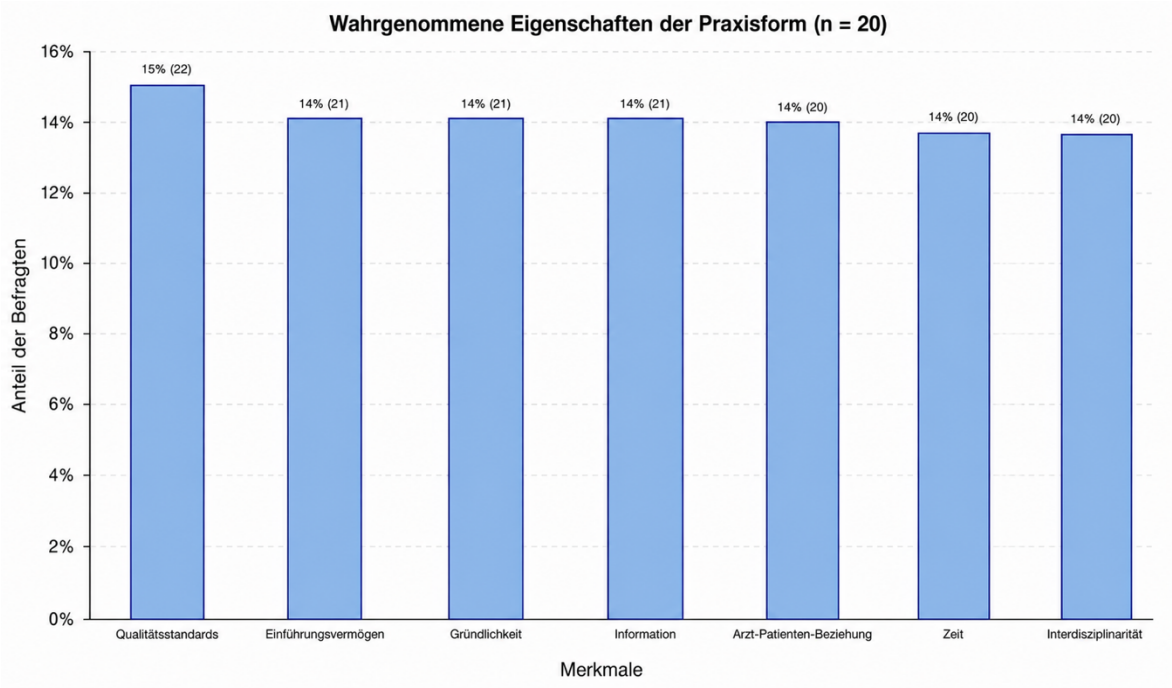
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 28: Verteilung der Codierung innerhalb der Hauptkategorie „Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung“



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 29: Verteilung der Codierung innerhalb der Hauptkategorie „Wahrgenommene Eigenschaften der Praxisformen“



Quelle: Eigene Darstellung

Die Auswertung der Hauptkategorie „Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale“ zeigt eine weitgehend gleichmäßige Verteilung der Codierungen über sämtliche Subkategorien. Geschlecht, Alter, Wohnort, berufliche Tätigkeit, Versicherungsstatus, chronische Erkrankungen, die ärztliche Versorgung am Wohnort sowie die Entfernung zur nächsten Facharztpraxis wurden jeweils mit 20 Codierungen erfasst und machen jeweils rund 13 % der innerhalb dieser Hauptkategorie vergebenen Codierungen aus. Eine einzelne Subkategorie tritt somit nicht als dominierendes Themenfeld hervor. Vielmehr verdeutlicht die gleichmäßige Verteilung, dass sämtliche erhobenen soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmale systematisch in allen Interviews berücksichtigt wurden. Die Ergebnisse unterstreichen damit die hohe Relevanz dieser Merkmale für die Beschreibung der Stichprobe und schaffen zugleich die Grundlage für die nachfolgende Einordnung der versorgungsbezogenen Erfahrungen und Einstellungen der Interviewpartner. Innerhalb der Hauptkategorie „Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung“ wurde die Zufriedenheit mit der fachärztlichen Versorgung mit 26 Codierungen am häufigsten adressiert. Ebenfalls häufig thematisiert wurden Überweisungen, die besuchte Praxisform, die Facharztrichtung sowie der Zeitpunkt des letzten Facharztbesuchs. Demgegenüber wurden Fragen zum Besuch

weiterer Fachrichtungen innerhalb eines MVZ sowie zur Bereitschaft eines weiteren Praxisbesuchs nach einer MVZ-Übernahme vergleichsweise seltener angesprochen. Die Befunde weisen darauf hin, dass insbesondere konkrete Erfahrungen mit der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen sowie die Bewertung der erhaltenen Versorgung im Mittelpunkt der Interviews standen. Die Hauptkategorie „Wahrgenommene Eigenschaften der Praxisformen“ weist insgesamt eine relativ ausgewogene Verteilung der Codierungen auf. Am häufigsten wurden Qualitätsstandards thematisiert, gefolgt von Einfühlungsvermögen, Gründlichkeit, Informationsumfang sowie der Arzt-Patienten-Beziehung. Die Aspekte Zeit und Interdisziplinarität wurden geringfügig seltener genannt. Insgesamt verdeutlicht die nahezu gleichmäßige Verteilung der Codierungen, dass die Befragten die unterschiedlichen Qualitätsdimensionen ambulanter Versorgung als eng miteinander verknüpft wahrnehmen und keiner einzelnen Eigenschaft eine deutlich dominierende Bedeutung zuschreiben.

4.2.3 Zusammenführung der Ergebnisse

Die Untersuchung des Interviewmaterials verdeutlicht, dass organisatorische und rechtliche Merkmale der Praxisformen für die Befragten lediglich einen Teilaspekt der Bewertung darstellen, während insbesondere persönliche Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung die Wahrnehmung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen prägen. Es zeigt sich über sämtliche Interviews hinweg ein komplexes Zusammenspiel aus individuellen Versorgungserfahrungen, subjektiven Qualitätsvorstellungen sowie strukturellen Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung. Die Analyse der Codierungen lässt dabei drei übergreifende Themenkomplexe erkennen: die Bedeutung der regionalen Versorgungssituation, die zentrale Rolle der Arzt-Patienten-Beziehung sowie die differenzierte Wahrnehmung der jeweiligen Stärken und Schwächen von Einzelpraxen, BAG und MVZ.

Ein erstes zentrales Muster betrifft die Bewertung der regionalen Versorgungsstrukturen. Obwohl die Mehrheit der Interviewpartner von einer insgesamt guten Erreichbarkeit fachärztlicher Angebote berichtet, wird deutlich, dass die räumliche Verfügbarkeit von Versorgung nicht zwangsläufig mit einer zeitnahen Inanspruchnahme gleichgesetzt wird. Insbesondere lange Wartezeiten werden wiederholt als wesentliche Zugangshürde beschrieben und relativieren die grundsätzlich positiv bewertete Facharztdichte im Untersuchungsraum. Die Ergebnisse verdeutlichen somit eine Diskrepanz zwischen geografischer Erreichbarkeit und tatsächlich wahrgenommener Versorgungskapazität (vgl. P10, Z18; P12, Z10; P13, Z16). Darüber hinaus zeigt sich, dass die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen überwiegend

durch präventive und kontrollbezogene Versorgungsanlässe geprägt ist. Regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen, Verlaufskontrollen und langfristige Behandlungsbeziehungen dominieren die Schilderungen der Interviewpartner deutlich stärker als akute Krankheitsereignisse (vgl. P12, Z24; P14, Z30; P16, Z26). Dies weist auf eine hohe Bedeutung kontinuierlicher ambulant-fachärztlicher Betreuung hin. Gleichzeitig verdeutlichen die Interviews einen Wandel der Zugangswege zur fachärztlichen Versorgung. Während der Hausarzt traditionell eine koordinierende Lotsenfunktion einnimmt, erfolgt die Terminvereinbarung zunehmend direkt über Facharztpraxen oder digitale Buchungsplattformen. Die Ergebnisse lassen somit auf eine zunehmende Eigensteuerung der Patienten innerhalb des Versorgungssystems schließen (vgl. P7, Z22; P8, Z26; P17, Z24). Ein besonders deutliches Ergebnis der qualitativen Analyse besteht darin, dass die Bewertung medizinischer Versorgungsqualität von den Interviewpartnern überwiegend personen- und nicht strukturbezogen vorgenommen wird. Die Kategorien Vertrauen, Einfühlungsvermögen, Informationsvermittlung und zeitliche Zuwendung werden wiederholt als Eigenschaften des behandelnden Arztes und nicht als Merkmale einer bestimmten Praxisform beschrieben (vgl. P8, Z56; P12, Z44; P20, Z34). Die Ergebnisse legen nahe, dass die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung einen höheren Stellenwert besitzt als die organisatorische Ausgestaltung der Versorgungseinrichtung. Gleichzeitig lassen sich den einzelnen Praxisformen charakteristische Eigenschaften zuschreiben. Einzelpraxen werden insbesondere mit persönlicher Betreuung, Kontinuität und langfristigen Arzt-Patienten-Beziehungen assoziiert. Die Möglichkeit einer dauerhaften Betreuung durch denselben Arzt wird von vielen Interviewpartnern als vertrauensfördernd wahrgenommen (vgl. P2, Z44; P8, Z46; P17, Z38). BAGs werden demgegenüber häufig als Versorgungsform beschrieben, die persönliche Betreuung mit organisatorischer Entlastung verbindet. Die Zusammenarbeit mehrerer Ärzte wird dabei als Möglichkeit gesehen, zeitliche Ressourcen effizienter zu nutzen und gleichzeitig eine hohe Versorgungsqualität aufrechtzuerhalten (vgl. P1, Z42; P5, Z49). MVZ werden dagegen überwiegend mit strukturellen und organisatorischen Vorteilen in Verbindung gebracht. Insbesondere die Aspekte Interdisziplinarität, Standardisierung von Abläufen, technische Ausstattung sowie fachübergreifende Zusammenarbeit werden nahezu durchgängig dieser Praxisform zugeschrieben (vgl. P1, Z48; P2, Z50; P3, Z60; P19, Z62). Auffällig ist dabei, dass MVZ insbesondere bei komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen als geeignete Versorgungsstruktur wahrgenommen werden. Die Möglichkeit einer engen Kooperation unterschiedlicher Fachrichtungen wird als wesentlicher Vorteil gegenüber kleineren Versorgungseinheiten betrachtet (vgl. P1, Z40; P18, Z40; P2, Z50). Gleichzeitig zeigt sich jedoch, dass die wahrgenommenen

strukturellen Vorteile von MVZ nicht automatisch mit einer höheren individuellen Versorgungsqualität gleichgesetzt werden. Vielmehr betonen zahlreiche Interviewpartner, dass letztlich die fachliche Kompetenz, die kommunikative Qualität sowie das persönliche Engagement des behandelnden Arztes entscheidend für die Bewertung der Versorgung bleiben (vgl. P12, Z42; P20, Z34; P8, Z56).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Wahl und Bewertung unterschiedlicher Praxisformen aus Sicht der Interviewpartner nicht primär durch deren institutionelle oder organisatorische Ausgestaltung bestimmt wird. Vielmehr zeigen die Ergebnisse, dass individuelle Versorgungserfahrungen sowie subjektive Erwartungen an die Qualität der medizinischen Betreuung die Wahrnehmung der verschiedenen Versorgungsstrukturen maßgeblich prägen. Dabei werden den einzelnen Praxisformen charakteristische Stärken zugeschrieben. Während MVZ insbesondere mit interdisziplinärer Zusammenarbeit, struktureller Vernetzung und einem breiten Versorgungsspektrum assoziiert werden, werden Einzelpraxen vor allem mit Kontinuität, persönlicher Betreuung und stabilen Arzt-Patienten-Beziehungen in Verbindung gebracht. BAGs werden demgegenüber häufig als Versorgungsmodell wahrgenommen, das Merkmale beider Organisationsformen vereint und somit eine vermittelnde Position zwischen persönlicher Versorgungskontinuität und organisatorischer Arbeitsteilung einnimmt. Insgesamt betrachtet verdeutlichen die qualitativen Ergebnisse, dass die Bewertung ambulanter Versorgungsstrukturen weniger anhand formaler Organisationsmerkmale erfolgt als vielmehr auf Grundlage der erwarteten und tatsächlich erlebten Versorgungsqualität. Die Interviews liefern damit eine vertiefende Erklärung für die in der quantitativen Untersuchung beobachteten Präferenzen und Entscheidungsprozesse und tragen zu einem differenzierteren Verständnis der Faktoren bei, die der Wahl unterschiedlicher Praxisformen zugrunde liegen.

5 DISKUSSION

Nach der ausführlichen Darstellung der quantitativen und qualitativen Ergebnisse der empirischen Untersuchung bedarf es nun einer Einordnung und Interpretation der Befunde. Ziel dieses Kapitels ist es, die gewonnenen Ergebnisse kritisch zu reflektieren, mit den Eingangs formulierten Forschungsfragen und Hypothesen in Beziehung zu setzen sowie in den Kontext bestehender wissenschaftlicher Erkenntnisse einzuordnen.

5.1 Interpretation der Ergebnisse der quantitativen Datenerhebung

Ausgehend von den Forschungsfragen *Welche patientenbezogenen, situativen und versorgungsstrukturellen Faktoren bestimmen die Wahl der Praxisform (Einzelpraxis, BAG oder MVZ) in der ambulanten Versorgung in Deutschland?* und *Welche Bedeutung haben Alter, Wohnort, Informations- und Empfehlungsquellen, die Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung nach dem Praxisbesuch sowie die Präferenz für eine Praxisform im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung für die Wahl der Praxisform?* werden nachfolgend die zentralen Ergebnisse der quantitativen Analyse zusammenfassend dargestellt und interpretiert.

Bemerkenswert ist zunächst, dass klassische soziodemografische Merkmale wie Alter und Wohnort weder in den bivariaten Analysen noch im Rahmen der multinomialen logistischen Regression einen signifikanten Einfluss auf die Wahl der Praxisform aufweisen. Dieses Ergebnis widerspricht teilweise der Annahme, dass regionale Versorgungsstrukturen oder lebensphasenspezifische Bedürfnisse maßgeblich die Inanspruchnahme unterschiedlicher Versorgungsformen bestimmen. Vielmehr deutet der Befund darauf hin, dass Patienten ihre Entscheidung weniger anhand stabiler personenbezogener Merkmale treffen, sondern stärker an konkreten Versorgungssituationen und wahrgenommenen Leistungsmerkmalen orientieren. Weder Alter noch Wohnort weisen einen statistisch signifikanten Einfluss auf, wenngleich sich leichte, jedoch nicht bedeutsame Tendenzen erkennen lassen. Diese Befunde sprechen dafür, dass strukturelle und lebensphasenspezifische Faktoren für die Entscheidungsfindung eine untergeordnete Rolle spielen und die Wahl der Praxisform nicht primär durch demografische Determinanten gesteuert wird. Ein ähnliches Bild zeigt sich für weitere klassische Patientenmerkmale. Weder der Versicherungsstatus noch das Vorliegen chronischer Erkrankungen oder die Entfernung zur nächstgelegenen Facharztpraxis erwiesen sich in der multinomialen logistischen Regression als eigenständige Prädiktoren der Wahl der Praxisform. Diese Befunde legen nahe, dass die Wahl einer bestimmten Praxisform

weniger durch stabile personenbezogene Merkmale bestimmt wird als vielmehr durch konkrete Versorgungssituationen und wahrgenommene Leistungsmerkmale der jeweiligen Versorgungsstruktur. Interessanterweise zeigte sich lediglich für das Geschlecht ein signifikanter Effekt im Vergleich zwischen MVZ und Einzelpraxis, wobei Männer eine geringere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, ein MVZ in Anspruch zu nehmen. Da sich dieser Zusammenhang weder in anderen Analysen noch in den qualitativen Interviews in vergleichbarer Deutlichkeit zeigte, erscheint eine zurückhaltende Interpretation dieses Befundes angezeigt. Insgesamt sprechen diese Befunde dafür, dass die Wahl einer ambulanten Praxisform weniger durch klassische soziodemografische Merkmale als vielmehr durch situative und versorgungsbezogene Faktoren beeinflusst wird. Dieses Ergebnis steht zugleich im Einklang mit dem Andersen Behavioral Model of Health Services Use, wonach prädisponierende Merkmale allein die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen nicht hinreichend erklären, sondern deren Zusammenspiel mit bedarfs- und kontextbezogenen Faktoren entscheidend ist.

Demgegenüber erweist sich die Art der Informations- und Empfehlungsquellen als ein zentraler Einflussfaktor der Wahl der Praxisform. Der statistisch signifikante Zusammenhang verdeutlicht, dass Informations- und Empfehlungswege einen wichtigen Beitrag zur Orientierung im Entscheidungsprozess leisten, auch wenn die geringe Effektstärke darauf hinweist, dass sie die Praxiswahl nicht allein erklären können. Besonders hervorzuheben ist, dass sich in der multinomialen logistischen Regression ausschließlich medizinische Empfehlungen durch Hausärzte, Fachärzte oder Krankenhäuser als eigenständiger Prädiktor für die Wahl einer BAG gegenüber einer Einzelpraxis erwiesen. Im Gegensatz dazu verloren Empfehlungen aus dem sozialen Mikroumfeld sowie digitale Informationsquellen unter Kontrolle der übrigen Einflussgrößen ihre statistische Signifikanz. Dies spricht dafür, dass medizinischen Leistungserbringern im Prozess der Patientensteuerung eine besondere Orientierungsfunktion zukommt. Gleichzeitig verdeutlichen die Ergebnisse einen Wandel des Informationsverhaltens. Während persönliche Empfehlungen weiterhin eine wichtige Rolle spielen, gewinnen digitale Informationsangebote zunehmend an Bedeutung und ergänzen klassische Zugangswege zur ambulanten Versorgung. Die Ergebnisse der Freitextanalyse unterstreichen darüber hinaus, dass persönliche Erfahrungen, bestehende Arzt-Patienten-Beziehungen sowie soziale Netzwerke die Praxiswahl wesentlich mitprägen. Insgesamt sprechen die Befunde dafür, Informations- und Empfehlungsquellen nicht isoliert, sondern als Bestandteile eines komplexen Entscheidungsprozesses zu verstehen, in dem verschiedene Informationsquellen je nach Versorgungssituation unterschiedlich gewichtet werden. Die

vorliegende Untersuchung erweitert den bisherigen Forschungsstand, indem sie zeigt, dass sich diese Orientierungsmechanismen nicht nur auf die Arztwahl insgesamt beziehen, sondern auch zwischen den unterschiedlichen organisatorischen Praxisformen unterscheiden.
Darüber hinaus zeigt sich ein statistisch signifikanter, wenngleich moderater Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung nach dem Praxisbesuch und der gewählten Praxisform. Die tendenziell höheren Zufriedenheitswerte bei Einzelpraxen und BAGs könnten darauf hindeuten, dass Kontinuität der Behandlung sowie eine persönliche Arzt-Patienten-Beziehung von den Befragten positiv bewertet werden. Demgegenüber werden MVZ etwas differenzierter beurteilt, was möglicherweise mit ihrer größeren organisatorischen Struktur, der stärkeren Arbeitsteilung sowie variierenden Behandlungskontakten in Zusammenhang steht. Gleichwohl bleibt das Zufriedenheitsniveau über alle Praxisformen hinweg insgesamt hoch, sodass die festgestellten Unterschiede trotz ihrer statistischen Signifikanz in ihrer praktischen Bedeutung als vergleichsweise gering einzustufen sind. Die festgestellten Unterschiede sollten zudem vor dem Hintergrund der geringen Effektstärke vorsichtig interpretiert werden. Die Ergebnisse sprechen nicht dafür, dass einzelne Praxisformen grundsätzlich eine höhere Patientenzufriedenheit gewährleisten. Vielmehr deutet die insgesamt hohe Zufriedenheit über alle Organisationsformen hinweg darauf hin, dass die wahrgenommene Qualität der medizinischen Versorgung stärker von individuellen Behandlungserfahrungen als von der institutionellen Struktur der jeweiligen Praxis abhängt. Die Praxisform scheint demnach den organisatorischen Rahmen bereitzustellen, innerhalb dessen positive oder negative Versorgungserfahrungen entstehen können. Der lediglich moderate Zusammenhang verdeutlicht, dass die organisatorische Praxisform allein die Patientenzufriedenheit nur begrenzt erklärt. Entscheidender dürften vielmehr konkrete Erfahrungen mit dem behandelnden Arzt sowie die subjektiv wahrgenommene Qualität der medizinischen Versorgung sein. Den stärksten Zusammenhang mit der Wahl der Praxisform weist die Präferenz für eine Praxisform im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung auf. In diesem Kontext zeigt sich eine deutliche Präferenz für MVZ, die in dieser hypothetischen Versorgungssituation signifikant häufiger gewählt werden als Einzelpraxen oder BAGs. Dieser Befund legt nahe, dass Patienten MVZ insbesondere mit einer hohen diagnostischen und organisatorischen Leistungsfähigkeit sowie interdisziplinären Versorgungsmöglichkeiten assoziieren. Darüber hinaus könnte auch die wahrgenommene Nähe zur stationären Versorgung zur Bevorzugung dieser Organisationsform beitragen. Im Vergleich zu allen übrigen untersuchten Einflussgrößen weist dieser Zusammenhang die größte Effektstärke auf. Dies spricht dafür, dass Patienten die verschiedenen Praxisformen nicht als funktional

gleichwertig wahrnehmen, sondern ihnen unterschiedliche Versorgungsqualitäten und Leistungsmerkmale zuschreiben. Die Wahl einer Praxisform scheint somit nicht ausschließlich auf bisherigen Versorgungserfahrungen zu beruhen, sondern auch auf antizipierten Erwartungen hinsichtlich der Leistungsfähigkeit der jeweiligen Versorgungsstruktur. Dieses Ergebnis wird zusätzlich durch die Wahrnehmung verschiedener Qualitätsdimensionen gestützt. Während Einzelpraxen häufiger mit persönlicher Betreuung, Einfühlungsvermögen und Vertrauen assoziiert werden, verbinden die Befragten MVZ insbesondere mit Interdisziplinarität, hohen Qualitätsstandards und organisatorischer Leistungsfähigkeit. Die Ergebnisse deuten somit darauf hin, dass Patienten unterschiedliche Praxisformen mit unterschiedlichen Formen von Versorgungsqualität verknüpfen und ihre Präferenzen situativ an die erwarteten Anforderungen einer hypothetisch vorgestellten Erkrankung anpassen. Ein weiterer relevanter Befund ergibt sich aus der Analyse der Facharztrichtungen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Wahl der Praxisform nicht ausschließlich patientenseitig erklärt werden kann, sondern in erheblichem Maße von den strukturellen Besonderheiten der jeweiligen medizinischen Disziplin abhängt. Insbesondere in der Onkologie und Radiologie zeigt sich eine deutliche Konzentration auf MVZ, während gynäkologische Leistungen häufiger in Einzelpraxen erbracht werden und kardiologische sowie dermatologische Leistungen überdurchschnittlich häufig in BAG-Strukturen stattfinden. Dieser Befund legt nahe, dass die Organisationsform einer Praxis nicht unabhängig vom medizinischen Leistungsspektrum betrachtet werden kann. Die Wahl der Praxisform spiegelt somit nicht nur Präferenzen der Patienten wider, sondern auch die historisch gewachsenen und fachspezifischen Versorgungsstrukturen einzelner Disziplinen. Die Facharztrichtung erweist sich damit als einer der stärksten Einflussfaktoren der gesamten Untersuchung. Der signifikante Zusammenhang verdeutlicht, dass die Organisationsform der ambulanten Versorgung nicht losgelöst vom jeweiligen medizinischen Fachgebiet betrachtet werden kann. Insbesondere technologie- und ressourcenintensive Disziplinen scheinen strukturelle Vorteile größerer Organisationsformen zu begünstigen, während personenbezogene Fachrichtungen ferner überwiegend in traditionellen Einzelpraxisstrukturen organisiert sind. Die Ergebnisse weisen damit auf einen fortschreitenden Differenzierungsprozess innerhalb der ambulanten Versorgung hin, bei dem unterschiedliche Organisationsformen spezifische Funktionen innerhalb des Versorgungssystems übernehmen.

Resümierend zeigen die Ergebnisse, dass die Wahl der Praxisform als ein multifaktorieller und kontextabhängiger Entscheidungsprozess zu verstehen ist. Zugleich verdeutlicht die

multinomiale logistische Regression die begrenzte Erklärungskraft der in das Modell einbezogenen Variablen. Die berechneten Pseudo-R^2-Kennwerte weisen insgesamt auf eine moderate Erklärungskraft des Modells hin. Ein erheblicher Anteil der Varianz bleibt somit durch die untersuchten Einflussgrößen unerklärt. Dies spricht dafür, dass weitere Faktoren wie individuelle Vorerfahrungen mit Ärzten, persönliche Präferenzen hinsichtlich der Arzt-Patienten-Beziehung, regionale Versorgungsangebote oder subjektive Vorstellungen von Versorgungsqualität, ebenfalls zur Erklärung der Wahl der Praxisform beitragen. Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse die Komplexität patientenseitiger Entscheidungsprozesse im ambulanten Versorgungskontext.

Zur abschließenden Zusammenfassung der Untersuchung werden die formulierten Forschungsfragen, die zugrunde liegenden Hypothesen sowie die jeweiligen Testergebnisse in Tabelle 11 gegenübergestellt. Die Übersicht ermöglicht eine systematische Einordnung der empirischen Befunde und zeigt, welche Zusammenhänge im Rahmen der Untersuchung bestätigt werden konnten.

Tabelle 11: Zusammenfassung der Forschungsfragen, Hypothesen und Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Forschungsfrage (F_1-F_5)	**Alternativhypothese (H_1-H_5)**	**Ergebnis der Hypothesenprüfung**
F_1 = Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und der Wahl der Praxisform?	H_1 = Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und der Wahl der Praxisform.	$\chi^2 = 4{,}24$ $p = 0{,}8948$ Es lässt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang nachweisen.
F_2 = Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen dem Wohnort der Patienten und der Wahl der Praxisform?	H_2 = Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Wohnort der Patienten und der Wahl der Praxisform.	$\chi^2 = 3{,}42$ $p = 0{,}3311$ Es lässt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang nachweisen.

F_3 = Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen der Nutzung von Informations- und Empfehlungsquellen (soziales Mikroumfeld oder ärztliche Empfehlung) und der Wahl der Praxisform?	H_3 = Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Nutzung von Informations- und Empfehlungsquellen und der Wahl der Praxisform.	$\chi^2 = 42{,}49$ $p < 0{,}001$ $V = 0{,}118$ Die Ergebnisse sprechen für die Alternativhypothese. Es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Nutzung von Informations- und Empfehlungsquellen und der Wahl der Praxisform.
F_4 = Inwieweit unterscheidet sich die Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung nach dem Praxisbesuch zwischen den verschiedenen Praxisformen?	H_4 = Die Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung nach dem Praxisbesuch unterscheidet sich in Abhängigkeit von der Praxisform.	$\chi^2 = 34{,}95$ $p = 0{,}0025$ $V = 0{,}107$ Die Ergebnisse sprechen für die Alternativhypothese. Die Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung nach dem Praxisbesuch unterscheidet sich in Abhängigkeit von der Praxisform.
F_5 = Welche Praxisform bevorzugen Patienten im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung?	H_5 = Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Präferenz für eine Praxisform im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung und der Wahl der Praxisform.	$\chi^2 = 84{,}25$ $p < 0{,}001$ $w = 0{,}29$ Die Ergebnisse sprechen für die Alternativhypothese. Es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Präferenz für eine Praxisform im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung und der Wahl der Praxisform.

Quelle: Eigene Darstellung

5.2 Interpretation der Ergebnisse der qualitativen Datenerhebung

Vor dem Hintergrund der formulierten Forschungsfragen wird im Folgenden die qualitative Analyse herangezogen, um zentrale Einflussfaktoren auf die Wahl der Praxisform (Einzelpraxis, BAG oder MVZ) in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland herauszuarbeiten. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, wie Patienten ihre Entscheidung für eine bestimmte Praxisform begründen und welche Bedeutung patientenbezogene, situative und versorgungsstrukturelle Faktoren aus ihrer Perspektive besitzen. Die qualitative Analyse ergänzt die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung um subjektive Erfahrungen und ermöglicht damit ein vertieftes Verständnis der zugrunde liegenden Entscheidungsprozesse.

Die qualitativen Befunde ergänzen und differenzieren die Ergebnisse der quantitativen Analyse. Während die statistischen Auswertungen Unterschiede zwischen den Praxisformen erkennen lassen, verdeutlichen die Interviews, dass Patienten ihre Versorgung primär anhand der behandelnden ärztlichen Person und deutlich weniger anhand der organisatorischen Praxisform bewerten. Vertrauen, Empathie, Kontinuität der Betreuung sowie die wahrgenommene fachliche Kompetenz stellen aus Sicht der Interviewpartner die zentralen Kriterien für die Beurteilung der Versorgungsqualität dar. Die Praxisform bildet demgegenüber überwiegend den organisatorischen Rahmen, innerhalb dessen diese Merkmale erlebt werden. Diese grundlegende Unterscheidung prägt die Interpretation der nachfolgenden qualitativen Ergebnisse. Hinsichtlich der patientenbezogenen Einflussgrößen deuten die Interviews darauf hin, dass insbesondere die Gesundheitskompetenz zur Wahl der Praxisform beitragen kann. Interviewpartner mit einer subjektiv ausgeprägten Gesundheitskompetenz nutzen häufiger direkte Zugänge zu Fachärzten, beispielsweise über digitale Terminbuchungssysteme, und berücksichtigen bei ihrer Entscheidung verstärkt Strukturmerkmale wie Qualitätsmanagement, Zertifizierungen oder die apparative Ausstattung einer Praxis. In diesen Fällen werden MVZ und BAG bevorzugt, da diese mit standardisierten Abläufen, einer breiteren apparativen Ausstattung sowie einer höheren organisatorischen Leistungsfähigkeit assoziiert werden. Patienten, die hingegen besonderen Wert auf eine langfristige persönliche Betreuung legen, bevorzugen häufiger Einzelpraxen. Die hierfür genannten Gründe knüpfen an die bereits beschriebenen Aspekte von Vertrauen, Kontinuität und persönlicher Zuwendung an.

Die Interviews verdeutlichen darüber hinaus zwei unterschiedliche Dimensionen wahrgenommener Versorgungsqualität. Einerseits wird eine funktional-strukturelle Dimension sichtbar, die insbesondere mit MVZ verbunden wird und Aspekte wie Interdisziplinarität,

Koordination, Spezialisierung, organisatorische Leistungsfähigkeit sowie eine umfangreiche diagnostische Infrastruktur umfasst. Andererseits tritt eine relationale Dimension hervor, die vor allem mit Einzelpraxen assoziiert wird und sich durch persönliche Arzt-Patienten-Beziehungen, Kontinuität der Betreuung, Einfühlungsvermögen und individuelle Zuwendung auszeichnet. Diese unterschiedlichen Qualitätsdimensionen lassen erkennen, dass Patienten je nach Versorgungssituation verschiedene Erwartungen an die ambulante Versorgung stellen. Die Wahl einer Praxisform ist daher weniger als Entscheidung zwischen Organisationsformen zu verstehen als vielmehr als Abwägung unterschiedlicher Qualitätsmerkmale. BAGs nehmen in diesem Zusammenhang häufig eine vermittelnde Position ein, indem sie sowohl Aspekte persönlicher Betreuung als auch Vorteile einer arbeitsteiligen und kooperativen Versorgung vereinen.

Darüber hinaus weisen die Interviews darauf hin, dass auch der Versicherungsstatus die Zugangswege zur ambulanten Versorgung beeinflussen kann. Privatversicherte berichten häufiger von einem erleichterten und schnelleren Zugang zu fachärztlichen Leistungen, was sich auf die situative Wahl einer Praxis auswirken kann. Gleichzeitig zeigen die Aussagen, dass der Versicherungsstatus keine Präferenz für eine bestimmte Praxisform begründet, sondern vor allem den Zugang zur ambulanten Versorgung erleichtert.

Als bedeutsamer Einflussfaktor erweist sich darüber hinaus die angenommene Schwere einer hypothetischen Erkrankung. Für komplexe oder schwerwiegende gesundheitliche Situationen äußern die Interviewpartner überwiegend eine Präferenz für MVZ und BAG, da diese mit einer koordinierten Versorgung, interdisziplinärer Zusammenarbeit sowie einer möglichen Anbindung an stationäre Versorgungsstrukturen verbunden werden. Bei stabilen oder langfristigen Krankheitsverläufen wird demgegenüber häufiger die kontinuierliche Betreuung innerhalb einer Einzelpraxis bevorzugt. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sich die Anforderungen der Patienten mit zunehmender Komplexität einer Erkrankung verändern und organisatorische Versorgungsmerkmale stärker an Bedeutung gewinnen.

Neben den patientenbezogenen Einflussgrößen treten auch verschiedene situative Determinanten hervor. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die Terminverfügbarkeit. Während akute gesundheitliche Beschwerden häufig eine kurzfristige Behandlung erforderlich machen, werden lange Wartezeiten bei Routine- und Kontrollterminen als strukturelle Hürde wahrgenommen. In solchen Situationen orientieren sich die Interviewpartner vorrangig an der zeitnahen Verfügbarkeit eines Termins und weniger an der Organisationsform der jeweiligen Praxis.

Auch Informations- und Empfehlungsquellen spielen bei der Wahl einer Praxis eine wesentliche Rolle. Insbesondere persönliche Empfehlungen durch Familienangehörige, Freunde, Kollegen oder behandelnde Ärzte werden von den Interviewpartnern als wichtige Orientierungshilfe beschrieben. Bemerkenswert ist jedoch, dass sich diese Empfehlungen überwiegend auf die behandelnde ärztliche Person und nur selten auf die Organisationsform einer Praxis beziehen. Lediglich vereinzelt werden strukturelle Merkmale, beispielsweise die interdisziplinäre Ausrichtung eines MVZ, ausdrücklich als Empfehlungskriterium genannt.
Die Analyse der weiterführenden Forschungsfrage zeigt schließlich, dass sich nur wenige Einflussfaktoren eindeutig einer bestimmten Praxisform zuordnen lassen. Weder Alter noch Wohnort weisen nach Einschätzung der Interviewpartner einen systematischen Zusammenhang mit der Wahl einer bestimmten Praxisform auf. Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen bzw. randstädtischen Regionen werden zwar beschrieben, beziehen sich jedoch überwiegend auf die regionale Versorgungsdichte und weniger auf grundsätzliche Präferenzen für bestimmte Organisationsformen. Auch die Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung wird überwiegend auf individuelle Erfahrungen mit der behandelnden ärztlichen Person zurückgeführt und nicht auf die Organisationsform der Praxis. Insgesamt zeigen die Interviews, dass patientenbezogene Erwartungen, situative Versorgungsbedingungen und die wahrgenommene Schwere einer Erkrankung die Entscheidung für eine Praxisform stärker beeinflussen als soziodemografische Merkmale. Insbesondere bei komplexen Erkrankungen werden größere Organisationsformen wie MVZ und BAG aufgrund ihrer interdisziplinären Zusammenarbeit, koordinierten Versorgung und organisatorischen Leistungsfähigkeit bevorzugt.

5.3 Triangulative Integration der quantitativen und qualitativen Befunde

Die triangulative Integration der quantitativen und qualitativen Befunde zeigt, dass beide Datenstränge hinsichtlich der zentralen Einflussfaktoren auf die Wahl der Praxisform ein weitgehend konsistentes Gesamtbild ergeben. Während die quantitative Untersuchung statistische Zusammenhänge zwischen den untersuchten Variablen und der Wahl der Praxisform identifiziert, ermöglichen die qualitativen Interviews eine vertiefte Einordnung der zugrunde liegenden Entscheidungsprozesse. Dadurch können die statistischen Befunde nicht nur bestätigt, sondern zugleich hinsichtlich ihrer praktischen Bedeutung und ihres Entstehungskontextes erklärt werden.
Übereinstimmend weisen beide Untersuchungsteile darauf hin, dass klassische soziodemografische Merkmale wie Alter und Wohnort keinen statistisch nachweisbaren Einfluss auf

die Wahl einer bestimmten Praxisform ausüben. Die fehlenden statistischen Zusammenhänge zwischen Alter und Wohnort werden durch die Interviewaussagen gestützt, in denen diese Merkmale ebenfalls kaum als entscheidungsrelevant beschrieben werden. Stattdessen verdeutlichen die qualitativen Ergebnisse, dass Patienten ihre Entscheidung überwiegend an der konkreten Versorgungssituation sowie an ihren Erwartungen an die medizinische Betreuung ausrichten. Damit ergänzen die Interviews die quantitativen Ergebnisse um eine Erklärung dafür, weshalb prädisponierende Merkmale allein die Wahl einer Praxisform nicht hinreichend bestimmen. Auch hinsichtlich der Informations- und Empfehlungswege ergänzen sich beide Datenstränge. Die quantitative Analyse zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Informations- und Empfehlungsquellen und der Wahl der Praxisform. Die Interviewaussagen lassen dagegen erkennen, dass sich Empfehlungen in erster Linie auf den behandelnden Arzt und deutlich seltener auf die Organisationsform einer Praxis beziehen. Gleichzeitig zeigen die qualitativen Befunde, dass digitale Informationsangebote traditionelle Empfehlungswege zunehmend ergänzen, persönliche Erfahrungen und das Vertrauen in medizinische Leistungserbringer jedoch weiterhin eine zentrale Orientierungsfunktion besitzen. Dadurch wird nachvollziehbar, weshalb Informations- und Empfehlungsquellen zwar einen relevanten Einfluss auf die Praxiswahl ausüben, diesen jedoch nicht allein erklären können. Ein vergleichbares Bild ergibt sich für die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung. Die quantitative Analyse zeigt, dass Patienten nach dem Besuch einer Einzelpraxis oder einer BAG häufiger eine hohe Zufriedenheit angeben als nach dem Besuch eines MVZ, wenngleich die Effektstärke insgesamt gering ausfällt. Die qualitativen Interviews machen hingegen deutlich, dass die Bewertung der Versorgung überwiegend auf die behandelnde ärztliche Person und weniger auf die organisatorische Struktur der Praxis zurückgeführt wird. Die qualitativen Ergebnisse liefern somit eine Erklärung für die geringe Effektstärke der statistischen Analyse und sprechen dafür, dass die wahrgenommene Versorgungsqualität maßgeblich durch Vertrauen, Kommunikation und Kontinuität der Arzt-Patienten-Beziehung geprägt wird. Besonders deutlich ergänzen sich beide Datenstränge bei der Präferenz für unterschiedliche Praxisformen im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung. Die quantitative Analyse zeigt eine deutliche Präferenz für MVZ, gefolgt von BAGs, während Einzelpraxen seltener gewählt werden. Die Interviews legen die dahinterliegenden Entscheidungsgründe offen. Komplexe Erkrankungssituationen werden von den Befragten mit einem erhöhten Bedarf an interdisziplinärer Zusammenarbeit, koordinierter Versorgung sowie diagnostischen und organisatorischen Ressourcen verbunden. Umgekehrt werden Einzelpraxen vor allem dann bevorzugt, wenn Kontinuität, persönliche Betreuung

und eine langfristige Arzt-Patienten-Beziehung im Vordergrund stehen. Die qualitativen Ergebnisse lassen damit erkennen, dass Patienten ihre Erwartungen an die Versorgungsqualität situationsabhängig an unterschiedliche Praxisformen knüpfen. Die Zusammenführung beider Datenstränge macht darüber hinaus deutlich, dass die Wahl der Praxisform weder ausschließlich durch patientenbezogene Merkmale noch allein durch strukturelle Eigenschaften der Versorgung erklärt werden kann. Vielmehr entsteht sie aus dem Zusammenwirken individueller Erwartungen, konkreter Versorgungssituationen, verfügbarer Informations- und Empfehlungswege sowie der subjektiven Bewertung unterschiedlicher Qualitätsmerkmale. Dieses Ergebnis entspricht dem theoretischen Verständnis des Andersen Behavioral Model of Health Services Use, nach dem die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen durch das Zusammenspiel prädisponierender, ermöglichender und bedarfsbezogener Faktoren bestimmt wird.

Insgesamt zeigt die triangulative Integration, dass sich die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Untersuchung nicht nur gegenseitig bestätigen, sondern sich inhaltlich sinnvoll ergänzen. Die quantitative Analyse identifiziert generalisierbare Zusammenhänge, während die qualitativen Interviews deren Entstehung und Bedeutung aus Patientensicht erklären. Durch die Kombination beider methodischer Zugänge entsteht somit ein umfassenderes Verständnis der Determinanten der Wahl der Praxisform, als es mit einem einzelnen Forschungsansatz möglich gewesen wäre.

5.4 Einordnung der Ergebnisse in den nationalen und internationalen Forschungskontext

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung werden im Folgenden in den nationalen und internationalen Forschungskontext eingeordnet. Ziel ist es, die empirischen Befunde im Lichte bisheriger Erkenntnisse zu diskutieren, Übereinstimmungen und Unterschiede zu bestehenden Studien herauszuarbeiten sowie den wissenschaftlichen Beitrag der vorliegenden Arbeit zum Verständnis patientenseitiger Entscheidungsprozesse bei der Wahl ambulanter Praxisformen aufzuzeigen. Während sich bisherige Untersuchungen überwiegend auf die Wahl einzelner Ärzte oder medizinischer Einrichtungen konzentrieren, untersucht die vorliegende Dissertation erstmals systematisch die Wahl unterschiedlicher Organisationsformen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. Darüber hinaus verbindet sie quantitative und qualitative Ergebnisse im Sinne eines explanatorisch-sequenziellen Mixed-Methods-Designs und ermöglicht dadurch eine differenzierte Betrachtung patientenseitiger Entscheidungsprozesse.

Hinsichtlich der Bedeutung soziodemografischer Merkmale zeigen die Ergebnisse sowohl Übereinstimmungen als auch Unterschiede zum bisherigen Forschungsstand. Internationale Übersichtsarbeiten verdeutlichen, dass patientenseitige Entscheidungen grundsätzlich durch das Zusammenwirken individueller und struktureller Einflussgrößen geprägt werden (Kleij et al., 2017; Lin et al., 2024; Victoor et al., 2012). Im Gegensatz zu diesen Befunden konnte in der vorliegenden Untersuchung jedoch weder für das Alter noch für den Wohnort ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit der Wahl der Praxisform nachgewiesen werden. Diese Abweichung lässt sich möglicherweise durch die Besonderheiten des deutschen Versorgungssystems sowie des Untersuchungsraums erklären. Internationale Studien beziehen sich häufig auf Gesundheitssysteme, in denen regionale Unterschiede in der medizinischen Infrastruktur oder der Zugang zu ambulanten Leistungen deutlich ausgeprägter sind. So berichten sowohl Japan als auch Dänemark über Herausforderungen bei der Sicherstellung einer gleichmäßigen medizinischen Versorgung zwischen urbanen und ländlichen Regionen (Birk et al., 2024; Kato et al., 2019). Während in Japan insbesondere eine Konzentration medizinischer Ressourcen in Ballungsräumen beschrieben wird, bestehen in Dänemark Schwierigkeiten bei der langfristigen Sicherstellung der ambulanten Versorgung in strukturschwächeren Regionen. Demgegenüber zeichnet sich das Ruhrgebiet als Untersuchungsregion durch eine hohe Bevölkerungsdichte, eine gute Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen sowie eine hohe Dichte vertragsärztlicher Versorgung aus. Regionale Unterschiede dürften deshalb von den Befragten deutlich weniger wahrgenommen werden, wodurch der Wohnort als Entscheidungskriterium an Bedeutung verliert. Die Ergebnisse sprechen somit dafür, dass strukturelle Rahmenbedingungen den Einfluss soziodemografischer Merkmale auf patientenseitige Wahlentscheidungen wesentlich moderieren können.

Ein weiteres zentrales Ergebnis betrifft die Bedeutung von Informations- und Empfehlungsquellen für die Wahl ambulanter Praxisformen. Der in Kapitel 2 dargestellte Forschungsstand weist bereits auf die zunehmende Bedeutung digitaler Informationsangebote für patientenseitige Wahlentscheidungen hin. Emmert et al. (2013), Emmert & McLennan (2021) sowie Emmert & Meszmer (2018) zeigen, dass Arztbewertungsportale und digitale Informationsplattformen zunehmend als ergänzende Informationsquellen bei der Arztwahl genutzt werden. Auch internationale Übersichtsarbeiten von Kleij et al. (2017) sowie Victoor et al. (2012) beschreiben persönliche Empfehlungen, Erreichbarkeit und Informationsquellen als wesentliche Determinanten der Wahl medizinischer Leistungserbringer.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen diese Erkenntnisse, erweitern sie jedoch zugleich um eine organisationsbezogene Perspektive. Während die quantitative Analyse einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Informations- und Empfehlungsquellen und der Wahl der zuletzt besuchten Praxisform nachweist, zeigen die qualitativen Interviews, dass sich Empfehlungen überwiegend auf den behandelnden Arzt und deutlich seltener auf die Organisationsform einer Praxis beziehen. Damit wird deutlich, dass Patienten organisatorische Strukturen häufig erst nachrangig bewerten und ihre Entscheidung primär an persönlichen Erfahrungen sowie an der wahrgenommenen fachlichen Kompetenz einzelner Ärzte orientieren. Gleichzeitig verdeutlichen die Befunde einen Wandel des Informationsverhaltens. Digitale Informationsquellen ergänzen zunehmend klassische Empfehlungswege über Hausärzte, Angehörige oder Bekannte, ersetzen diese jedoch nicht vollständig. Vielmehr scheinen Patienten beide Informationsformen miteinander zu kombinieren. Auffällig ist zudem, dass sich die Bedeutung einzelner Informationsquellen zwischen den Praxisformen unterscheidet. Während Einzelpraxen und BAG häufiger über persönliche Empfehlungen gewählt werden, erfolgt die Entscheidung für MVZ vergleichsweise häufiger auf Grundlage von Krankenhauskontakten oder digitalen Informationsangeboten. Die vorliegende Untersuchung erweitert damit den bisherigen Forschungsstand, indem sie zeigt, dass sich Informations- und Empfehlungsprozesse nicht nur zwischen Patienten unterscheiden, sondern auch in Abhängigkeit von der jeweiligen Organisationsform variieren können. Ein besonders relevantes Ergebnis der vorliegenden Untersuchung betrifft die Präferenz für MVZ bei einer hypothetisch schweren Erkrankung. Während bisherige Untersuchungen vor allem allgemeine Determinanten der Wahl medizinischer Leistungserbringer analysieren (Mühlbacher et al., 2013; Victoor et al., 2012), wurde bislang kaum untersucht, ob Patienten unterschiedliche Organisationsformen in Abhängigkeit von der wahrgenommenen Komplexität einer Erkrankung präferieren. Sowohl die quantitative als auch die qualitative Analyse zeigen übereinstimmend, dass MVZ insbesondere bei komplexeren Versorgungssituationen mit einer umfassenden diagnostischen Infrastruktur, interdisziplinärer Zusammenarbeit sowie einer hohen organisatorischen Leistungsfähigkeit assoziiert werden. Diese Wahrnehmung lässt sich vor dem Hintergrund internationaler Entwicklungen interpretieren, die zunehmend auf integrierte und sektorenübergreifende Versorgungsmodelle setzen. In Großbritannien wurden mit den sogenannten Integrated Care Systems Strukturen geschaffen, die eine engere Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung fördern sollen (Armitage, 2023). Auch Dänemark verfolgt das Ziel einer stärkeren Verzahnung unterschiedlicher Versorgungsbereiche, um insbesondere die Versorgung älterer und multimorbider Patienten zu

verbessern (Birk et al., 2024). Darüber hinaus verdeutlichen Erfahrungen aus Japan, dass insbesondere bei chronischen Erkrankungen und komplexen Versorgungsverläufen ein hoher Koordinationsbedarf zwischen verschiedenen Leistungserbringern besteht (Campbell & Ikegami, 2000; Kato et al., 2019). Vor diesem Hintergrund können die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung als Hinweis darauf interpretiert werden, dass Patienten komplexe Erkrankungen zunehmend mit koordinierten und interdisziplinären Versorgungsstrukturen verbinden. Gleichzeitig erweitert die Dissertation den bisherigen Forschungsstand, indem sie erstmals empirisch zeigt, dass sich Präferenzen für unterschiedliche Praxisformen in Abhängigkeit vom wahrgenommenen Versorgungsbedarf systematisch verändern. Dieser Zusammenhang stellt einen eigenständigen Beitrag zur Versorgungsforschung dar, da bisherige Studien überwiegend die Wahl einzelner Leistungserbringer und nicht unterschiedlicher Organisationsformen untersucht haben.

Auch hinsichtlich der Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung bestätigen die Ergebnisse zahlreiche internationale Befunde. Während die quantitative Analyse zwar statistisch signifikante, jedoch insgesamt nur geringe Unterschiede zwischen den Praxisformen zeigt, verdeutlichen die qualitativen Interviews, dass Vertrauen, Kontinuität, Empathie sowie die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation die entscheidenden Kriterien für die Bewertung der Versorgung darstellen. Diese Ergebnisse stimmen mit den systematischen Übersichtsarbeiten von Lin et al. (2024) und Pratiwi et al. (2023) sowie den qualitativen Befunden von Lee et al. (2024) überein, nach denen zwischenmenschliche Aspekte der Versorgung häufig einen ebenso hohen Stellenwert besitzen wie strukturelle oder organisatorische Merkmale. Die Ergebnisse legen nahe, dass die wahrgenommene Versorgungsqualität primär an die behandelnde Person und weniger an die Organisationsform der Einrichtung gebunden wird. Diese Beobachtung deckt sich zudem mit internationalen Erkenntnissen zur Bedeutung langfristiger Arzt-Patienten-Beziehungen. Insbesondere in den Gesundheitssystemen Großbritanniens und Dänemarks übernehmen Hausärzte eine Gatekeeper-Funktion und begleiten Patienten häufig über lange Zeiträume hinweg. Die daraus resultierende Kontinuität gilt als wesentlicher Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung (Anderson et al., 2022; Olejaz et al., 2012). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sprechen dafür, dass diese Aspekte auch im deutschen Versorgungskontext von zentraler Bedeutung sind und einen wesentlichen Erklärungsansatz für die vergleichsweise hohe Zufriedenheit mit Einzelpraxen und BAGs liefern.

Zusammenfassend verdeutlichen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zahlreiche Erkenntnisse des zu Beginn der Arbeit dargestellten nationalen und internationalen Forschungsstands. Zugleich erweitern sie diesen um empirische Befunde zur patientenseitigen Wahl unterschiedlicher ambulanter Praxisformen in Deutschland, einem bislang nur begrenzt untersuchten Themenfeld der Versorgungsforschung. In der Gesamtschau zeigen die Ergebnisse, dass sich internationale Entwicklungen der ambulanten Versorgung auch im deutschen Gesundheitssystem widerspiegeln, gleichzeitig jedoch spezifische Besonderheiten der vertragsärztlichen Versorgung bestehen, die eine differenzierte Betrachtung der Wahl ambulanter Praxisformen erforderlich machen.

6 FAZIT

Konkludierend erfolgt eine systematische Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse. Darauf aufbauend werden Implikationen für Forschung und Praxis abgeleitet, die sowohl zur Weiterentwicklung der theoretischen Auseinandersetzung als auch zur praktischen Gestaltung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung beitragen sollen. Zugleich werden die Stärken und Limitationen der vorliegenden Untersuchung reflektiert, um die Aussagekraft der Ergebnisse kritisch einzuordnen. Abschließend wird ein Ausblick auf weiteren Forschungsbedarf gegeben, der sich aus den gewonnenen Erkenntnissen ergibt und zukünftige Studien zur Vertiefung und Erweiterung der Fragestellungen anregen soll.

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Untersuchung ergänzen sich im Sinne des explanatorisch-sequenziellen Mixed-Methods-Designs und ermöglichen eine umfassende Beantwortung der Forschungsfragen. Während die quantitative Analyse statistische Zusammenhänge zwischen den untersuchten Variablen identifiziert, liefert die qualitative Untersuchung vertiefende Einblicke in die zugrunde liegenden Entscheidungsprozesse der Patienten. Erst durch die Zusammenführung beider Datenstränge konnte ein differenziertes Verständnis der Faktoren entwickelt werden, die die Wahl ambulanter Praxisformen beeinflussen. Die Ergebnisse zeigen übereinstimmend, dass soziodemografische Merkmale wie Alter und Wohnort keinen entscheidenden Einfluss auf die Wahl der Praxisform ausüben. Sowohl die quantitative als auch die qualitative Untersuchung verdeutlichen vielmehr, dass sich Patienten bei ihrer Entscheidung überwiegend an situativen Versorgungsbedingungen sowie an ihren Erfahrungen mit dem behandelnden Arzt orientieren. Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen betreffen vor allem die wahrgenommene Versorgungsdichte und Erreichbarkeit medizinischer Leistungen, führen jedoch nicht zu einer systematischen Präferenz für eine bestimmte Organisationsform.

Ein weiterer zentraler Befund betrifft die Bedeutung von Informations- und Empfehlungsquellen. Die quantitative Analyse weist einen statistisch signifikanten, jedoch insgesamt schwachen Zusammenhang zwischen der Nutzung unterschiedlicher Informationsquellen und der Wahl der Praxisform nach. Internet- und Suchmaschinenrecherchen stellen für alle Praxisformen einen wichtigen Informationsweg dar, während krankenhausbezogene Empfehlungen häufiger mit der Wahl eines Medizinischen Versorgungszentrums verbunden sind. Persönliche Empfehlungen sowie Empfehlungen durch Hausärzte spielen dagegen ins-

besondere bei Einzelpraxen und BAGs eine wichtige Rolle. Die qualitativen Interviews verdeutlichen ergänzend, dass sich Empfehlungen überwiegend auf die behandelnde ärztliche Person und deutlich seltener auf die Organisationsform einer Praxis beziehen. Gleichzeitig unterstreichen sie die zunehmende Bedeutung digitaler Informationsangebote, die klassische Empfehlungswege ergänzen, jedoch nicht ersetzen. Auch hinsichtlich der Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung ergänzen sich beide Untersuchungsteile. Die quantitative Analyse zeigt statistisch signifikante, jedoch insgesamt geringe Unterschiede zwischen den Praxisformen. Die qualitativen Ergebnisse verdeutlichen, dass die Zufriedenheit weniger von der Organisationsform als vielmehr von der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung abhängt. Einzelpraxen und BAGs werden insbesondere mit persönlicher Betreuung, Kontinuität und Vertrauen assoziiert, während MVZ vor allem mit moderner Infrastruktur, interdisziplinärer Zusammenarbeit und organisatorischer Leistungsfähigkeit verbunden werden.

Ein weiterer wesentlicher Befund betrifft die Präferenz für eine Praxisform im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung. Die quantitative Untersuchung zeigt einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der angenommenen Schwere einer Erkrankung und der bevorzugten Praxisform. In diesem Szenario werden MVZ deutlich häufiger bevorzugt als Einzelpraxen oder BAGs. Die qualitativen Interviews stützen dieses Ergebnis und verdeutlichen, dass diese Präferenz insbesondere mit Erwartungen an eine umfassende diagnostische und therapeutische Versorgung, interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie eine leistungsfähige organisatorische Infrastruktur verbunden wird. Damit bestätigt sich die zentrale Erkenntnis der Dissertation, dass sich Präferenzen für unterschiedliche Praxisformen in Abhängigkeit vom wahrgenommenen Versorgungsbedarf verändern.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse beider Untersuchungsteile, dass die Wahl einer ambulanten Praxisform nicht durch einzelne Einflussgrößen erklärt werden kann, sondern das Ergebnis eines mehrdimensionalen Entscheidungsprozesses ist, in dem patientenbezogene, situative und versorgungsstrukturelle Faktoren zusammenwirken. Die quantitative Analyse identifiziert die statistischen Zusammenhänge zwischen den untersuchten Variablen, während die qualitative Untersuchung deren Bedeutung aus Sicht der Patienten erklärt und differenziert einordnet. Erst durch die methodische Triangulation beider Datenstränge konnte ein umfassendes Verständnis der patientenseitigen Entscheidungsprozesse bei der Wahl ambulanter Praxisformen entwickelt werden.

6.2 Neue wissenschaftliche Ergebnisse

Die vorliegende Dissertation leistet mehrere eigenständige Beiträge zur Versorgungsforschung und erweitert den bisherigen Forschungsstand zur patientenseitigen Wahl ambulanter Praxisformen in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. Während bisherige Untersuchungen überwiegend die Wahl einzelner Ärzte, medizinischer Einrichtungen oder allgemeine Determinanten der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen untersuchten, richtet die vorliegende Arbeit den Fokus auf die Wahl zwischen Einzelpraxis, BAG und MVZ. Durch die Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden konnten sowohl statistisch überprüfbare Zusammenhänge als auch subjektive Entscheidungsprozesse systematisch analysiert und miteinander verknüpft werden.

Die zentralen wissenschaftlichen Erkenntnisse der empirischen Untersuchung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. **Schließung einer Forschungslücke zur Wahl ambulanter Praxisformen**
   Die Arbeit schließt eine Forschungslücke der Versorgungsforschung, indem sie patientenbezogene, situative und versorgungsstrukturelle Einflussfaktoren auf die Wahl zwischen Einzelpraxis, BAG und MVZ im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland systematisch untersucht. Damit erweitert sie den bisherigen Forschungsstand, der sich überwiegend auf die Wahl einzelner Ärzte oder medizinischer Einrichtungen konzentriert.
2. **Begrenzte Bedeutung klassischer soziodemografischer Merkmale**
   Die Ergebnisse zeigen, dass Alter und Wohnort keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Wahl der Praxisform aufweisen. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass patientenseitige Entscheidungsprozesse stärker durch wahrgenommene Versorgungsmerkmale als durch klassische soziodemografische Faktoren geprägt werden.
3. **Unterschiedliche Bedeutung von Informations- und Empfehlungsquellen**
   Die Untersuchung zeigt, dass Informations- und Empfehlungswege je nach Praxisform unterschiedlich genutzt werden. Während Einzelpraxen und BAGs überwiegend aufgrund persönlicher Empfehlungen oder ärztlicher Überweisungen gewählt werden, erfolgt die Wahl von MVZ häufiger auf Grundlage digitaler Informationsangebote oder krankenhausbezogener Empfehlungen. Damit wird der bisherige Forschungsstand um die Erkenntnis erweitert, dass sich Informations- und Zugangswege

zwischen unterschiedlichen Organisationsformen der ambulanten Versorgung unterscheiden.

4. **Einfluss der wahrgenommenen Erkrankungsschwere auf die Wahl der Praxisform**
   Ein zentrales Ergebnis der Dissertation besteht darin, dass Patienten im Falle einer hypothetisch schweren Erkrankung bevorzugt MVZ wählen. MVZ werden insbesondere mit interdisziplinärer Zusammenarbeit, diagnostischer Leistungsfähigkeit und organisatorischer Koordination assoziiert, während Einzelpraxen und BAGs vor allem bei weniger komplexen Versorgungssituationen bevorzugt werden. Dieser Zusammenhang wurde bislang weder im deutschen Versorgungskontext noch im Hinblick auf unterschiedliche Organisationsformen systematisch untersucht.
5. **Vorrang der Arzt-Patienten-Beziehung gegenüber der Organisationsform**
   Die qualitativen Ergebnisse verdeutlichen, dass Vertrauen, Empathie, Kontinuität und die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung die Wahrnehmung ambulanter Versorgung stärker prägen als die Organisationsform der Praxis. Aus Sicht der Patienten bildet die Praxisform überwiegend den organisatorischen Rahmen der Versorgung, während die wahrgenommene Behandlungsqualität in erster Linie der behandelnden ärztlichen Person zugeschrieben wird. Damit rückt die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung als zentrales Entscheidungskriterium stärker in den Vordergrund als die organisatorische Struktur der jeweiligen Praxisform.

Die dargestellten Ergebnisse legen nahe, dass die Wahl ambulanter Praxisformen als ein komplexer und mehrdimensionaler Entscheidungsprozess zu verstehen ist, der nicht durch einzelne Einflussgrößen erklärt werden kann. Vielmehr entsteht die Wahl der Praxisform aus dem Zusammenwirken patientenbezogener, situativer und versorgungsstruktureller Faktoren. Die Befunde stehen damit im Einklang mit den zentralen Annahmen des Andersen Behavioral Model of Health Services Use, wonach die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen durch das Zusammenwirken prädisponierender, ermöglichender und bedarfsbezogener Faktoren bestimmt wird. Gleichzeitig erweitert die vorliegende Dissertation den bisherigen Forschungsstand, indem sie organisatorische Merkmale ambulanter Praxisformen als eigenständigen Kontextfaktor für die patientenseitige Wahl zwischen Einzelpraxis, BAG und MVZ empirisch untersucht. Damit schafft sie eine wissenschaftliche Grundlage für weiterführende Untersuchungen zur patientenseitigen Inanspruchnahme unterschiedlicher Organisationsformen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

6.3 Stärken und Limitationen

Die vorliegende empirische Untersuchung weist mehrere Stärken auf, die ihre wissenschaftliche Relevanz und Aussagekraft unterstreichen. Hervorzuheben ist zunächst, dass die eingangs formulierten Forschungsfragen auf Grundlage einer systematischen Auswertung quantitativer und qualitativer Daten fundiert beantwortet werden konnten. Die Arbeit leistet damit einen Beitrag zum Verständnis patientenseitiger Entscheidungsprozesse bei der Wahl ambulanter Praxisformen und trägt zu einem vertieften Verständnis der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland bei. Ein weiterer Vorteil der Untersuchung liegt in der Anwendung eines explanatorisch-sequenziellen Mixed-Methods-Designs, das quantitative und qualitative Forschungsmethoden systematisch miteinander verknüpft. Dadurch konnten einerseits statistisch überprüfbare Zusammenhänge zwischen den untersuchten Variablen identifiziert und andererseits subjektive Wahrnehmungen sowie individuelle Entscheidungsprozesse der Interviewpartner vertieft analysiert werden. Die methodische Triangulation nach Mayring (2023) ermöglicht eine umfassendere Einordnung der Ergebnisse und trägt zur Absicherung der empirischen Befunde bei. Darüber hinaus zeichnet sich die Untersuchung durch eine breite thematische Betrachtung der Forschungsfrage aus. Neben patientenbezogenen Merkmalen wurden situative sowie versorgungsstrukturelle Einflussgrößen berücksichtigt. Dadurch konnte ein differenziertes Bild der Faktoren gewonnen werden, die mit der Wahl unterschiedlicher ambulanter Praxisformen in Zusammenhang stehen. Gleichzeitig weisen die Ergebnisse einen hohen Praxisbezug auf, da sie Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung und Steuerung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung liefern.

Neben diesen Stärken sind jedoch auch Limitationen zu berücksichtigen, die bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden sollten. Zwar wurde im qualitativen Untersuchungsteil nach den Kriterien von Schreier et al. (2023) eine theoretische Sättigung erreicht, dennoch ist die qualitative Stichprobe mit 20 Interviewpartnern nicht repräsentativ. Dies entspricht jedoch dem methodischen Anspruch qualitativer Forschung, deren Ziel nicht die statistische Repräsentativität, sondern die vertiefte Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen und Entscheidungsprozesse ist. Eine weitere Einschränkung ergibt sich aus dem querschnittlichen Studiendesign. Da die Datenerhebung zu einem einzigen Zeitpunkt erfolgte, lassen sich keine Aussagen über zeitliche Entwicklungen oder kausale Zusammenhänge treffen. Darüber hinaus können Selektions- und Erinnerungseffekte die Ergebnisse beeinflusst haben. Da die Teilnahme an der quantitativen Befragung freiwillig erfolgte, kann ein Self-

Selection-Bias nicht vollständig ausgeschlossen werden. Es ist denkbar, dass sich insbesondere Personen mit einem höheren Interesse am Gesundheitssystem oder ausgeprägteren Erfahrungen mit ambulanten Praxisformen an der Studie beteiligt haben. Die Befragten stützten ihre Angaben zudem teilweise auf zurückliegende Erfahrungen oder subjektive Einschätzungen, wodurch Erinnerungseffekte und Verzerrungen ebenfalls nicht vollständig ausgeschlossen werden können. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Untersuchung im Kontext des deutschen Gesundheitssystems durchgeführt wurde. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Gesundheitssysteme ist daher nur eingeschränkt möglich, da sich die institutionellen, rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen international teilweise erheblich unterscheiden.

Zusammenfassend überwiegen die Stärken der Untersuchung die genannten Limitationen. Insbesondere die Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden ermöglicht ein differenziertes Verständnis der Faktoren, die mit der Wahl ambulanter Praxisformen in Zusammenhang stehen. Gleichzeitig verdeutlichen die Limitationen den Bedarf an weiteren Untersuchungen, insbesondere unter Verwendung längsschnittlicher Studiendesigns, größerer Stichproben sowie international vergleichender Forschungsansätze, um die vorliegenden Ergebnisse weiter zu validieren und zu ergänzen.

6.4 Weiterer Forschungsbedarf

Die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation liefern zentrale Erkenntnisse zu patientenbezogenen, situativen und versorgungsstrukturellen Faktoren, die mit der Wahl unterschiedlicher Praxisformen in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland in Zusammenhang stehen. Aus den Befunden ergeben sich mehrere Ansatzpunkte für weiterführende Forschung, die insbesondere vor dem Hintergrund der fortschreitenden Ambulantisierung des Gesundheitswesens von Bedeutung sind (Klauber, Geraedts, et al., 2024).

Zunächst erscheinen eine Replikation und Erweiterung der Untersuchung auf Grundlage bundesweiter und möglichst repräsentativer Stichproben sinnvoll. Eine breitere empirische Basis könnte dazu beitragen, regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme ambulanter Praxisformen systematisch zu erfassen und ein differenzierteres Bild der ambulanten Versorgungsrealität in Deutschland zu zeichnen. Darüber hinaus sollte die zeitliche Entwicklung der Wahl der Praxisform im Kontext der Ambulantisierung stärker in den Fokus zukünftiger Forschung rücken. Angesichts gesundheitspolitischer Reformen, einer zunehmenden Zentralisierung ambulanter Versorgungsstrukturen sowie der wachsenden Bedeutung MVZ ist davon auszugehen, dass sich patientenseitige Präferenzen im Zeitverlauf verändern können.

Längsschnittstudien könnten hierzu wertvolle Erkenntnisse liefern und gleichzeitig Rückschlüsse auf zukünftige Entwicklungen der ambulanten Versorgungslandschaft ermöglichen.

Ein weiterer Forschungsansatz besteht darin, die Perspektive der Leistungserbringer stärker einzubeziehen. Neben den Wahrnehmungen der Patienten beeinflussen auch ärztliche Einschätzungen, ökonomische Rahmenbedingungen sowie organisationale Strukturen die Gestaltung ambulanter Versorgung. Ein vertieftes Verständnis dieser Zusammenhänge könnte dazu beitragen, die Wechselwirkungen zwischen Angebots- und Nachfrageseite differenzierter zu erklären. Darüber hinaus deutet sich an, dass die Digitalisierung künftig eine noch stärkere Bedeutung für die ambulante Versorgung gewinnen wird (Pfannstiel, Focke, et al., 2018). Digitale Terminvergabesysteme, die elektronische Patientenakte oder der elektronische Arztbrief verändern bereits heute die Zugangswege zur medizinischen Versorgung. Vor diesem Hintergrund besteht weiterer Forschungsbedarf, um zu untersuchen, wie digitale Informations- und Zugangswege patientenseitige Entscheidungsprozesse beeinflussen und welche Implikationen sich daraus für die Steuerung einer zunehmend ambulant ausgerichteten Versorgungslandschaft ergeben.

Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen, dass die Wahl einer Praxisform als ein vielschichtiger Entscheidungsprozess zu verstehen ist, der sich nicht auf einzelne Einflussgrößen reduzieren lässt. Vielmehr ergibt sich die Praxisformwahl aus dem Zusammenspiel individueller Präferenzen, subjektiver Erfahrungen sowie versorgungsstruktureller Entwicklungen. Die weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung sollte diesem komplexen Gefüge durch eine interdisziplinäre Perspektive Rechnung tragen und gesundheitssoziologische, gesundheitsökonomische sowie versorgungswissenschaftliche Ansätze miteinander verbinden. Die zukünftige Entwicklung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird maßgeblich davon abhängen, inwieweit es gelingt, strukturelle Leistungsfähigkeit und organisatorische Effizienz mit einer patientenzentrierten, qualitativ hochwertigen und vertrauensvollen Versorgung dauerhaft zu verbinden.

6.5 Gesundheitspolitische Implikationen und Empfehlungen

6.5.1 Gesundheitspolitische Implikationen

Die Ergebnisse der vorliegenden empirischen Untersuchung verdeutlichen, dass die Wahl ambulanter Praxisformen durch ein komplexes Zusammenspiel patientenbezogener, situati-

ver und versorgungsstruktureller Faktoren beeinflusst wird. Hieraus ergeben sich verschiedene gesundheitspolitische Implikationen für die zukünftige Gestaltung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland.

Von besonderer Bedeutung erscheint eine Stärkung der Transparenz über die unterschiedlichen Organisationsformen der ambulanten Versorgung. Die Untersuchung zeigt, dass Informations- und Empfehlungsquellen einen relevanten Einfluss auf die Wahl der Praxisform ausüben. Patienten sollten daher einen möglichst einfachen Zugang zu verständlichen, unabhängigen und qualitätsgesicherten Informationen über Einzelpraxen, BAGs und MVZ erhalten. Insbesondere der weitere Ausbau digitaler Informationsangebote erscheint sinnvoll, da Internetrecherchen und digitale Suchplattformen bereits heute einen wesentlichen Bestandteil des Informations- und Entscheidungsverhaltens vieler Patienten darstellen. Transparente Informationen über organisatorische Strukturen, Leistungsangebote und Versorgungsmöglichkeiten können dazu beitragen, informierte und bedarfsgerechte Entscheidungen zu unterstützen. Darüber hinaus unterstreichen die Ergebnisse die Bedeutung kooperativer Versorgungsstrukturen. Insbesondere bei komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen werden MVZ von den Befragten mit interdisziplinärer Zusammenarbeit, umfassender diagnostischer Leistungsfähigkeit und koordinierter Versorgung assoziiert. Gleichzeitig zeigen die qualitativen Ergebnisse, dass Vertrauen, Kontinuität und die persönliche Arzt-Patient-Beziehung weiterhin wesentliche Entscheidungskriterien darstellen. Gesundheitspolitische Strategien sollten daher die jeweiligen Stärken unterschiedlicher Organisationsformen berücksichtigen und diese als komplementäre Bestandteile einer leistungsfähigen ambulanten Versorgung verstehen. Es wird zugleich deutlich, dass Einzelpraxen und BAGs weiterhin eine zentrale Rolle innerhalb der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung einnehmen. Insbesondere für die wohnortnahe Regelversorgung, die langfristige Arzt-Patient-Beziehung und die Kontinuität der Behandlung bleiben diese Organisationsformen von hoher Bedeutung. Die Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung stellt daher weiterhin eine wesentliche gesundheitspolitische Aufgabe dar. Diese Aufgabe gewinnt vor dem Hintergrund struktureller Herausforderungen zusätzlich an Bedeutung. Hierzu zählen insbesondere die Alterung der Vertragsärzteschaft, bevorstehende Praxisabgaben, Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung ärztlicher Sitze sowie regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. Gleichzeitig steigen aufgrund des demografischen Wandels, der Zunahme chronischer Erkrankungen und multimorbider Patienten die Anforderungen an eine koordinierte und kontinuierliche ambulante Versorgung. Gesundheitspolitische Maßnahmen müssen daher sowohl die Sicherung bestehender Versorgungsstrukturen als auch

die Weiterentwicklung kooperativer und interdisziplinärer Modelle berücksichtigen. Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse dafür, die unterschiedlichen Praxisformen nicht als konkurrierende, sondern als sich ergänzende Organisationsmodelle zu betrachten. Eine patientenorientierte Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung erfordert sowohl transparente Informations- und Entscheidungsgrundlagen als auch geeignete strukturelle Rahmenbedingungen, die den unterschiedlichen regionalen und individuellen Versorgungsbedarfen gerecht werden.

6.5.2 Gesundheitspolitische Empfehlungen

Aus den Ergebnissen der Untersuchung und den bestehenden Herausforderungen der ambulanten Versorgung lassen sich abschließend mehrere gesundheitspolitische Empfehlungen ableiten.

Insbesondere sollte die Vielfalt ambulanter Praxisformen gezielt erhalten und bedarfsgerecht weiterentwickelt werden. Einzelpraxen, BAGs und MVZ erfüllen unterschiedliche, aber gleichermaßen relevante Funktionen. Während Einzelpraxen insbesondere Kontinuität, persönliche Bindung und eine langfristige Arzt-Patient-Beziehung ermöglichen, bieten BAGs Vorteile durch kollegiale Zusammenarbeit und organisatorische Flexibilität. MVZ können insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern, interdisziplinären Behandlungsbedarfen und umfassenden diagnostischen Anforderungen eine koordinierte Versorgung unterstützen. Gesundheitspolitische Maßnahmen sollten deshalb nicht einseitig einzelne Organisationsformen bevorzugen, sondern deren jeweilige Stärken entsprechend dem regionalen Versorgungsbedarf fördern.

Des Weiteren sollten die Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit flexibler und attraktiver gestaltet werden. Angesichts der alternden Ärzteschaft und der absehbaren Nachbesetzungsprobleme sind neue Beschäftigungs- und Kooperationsmodelle erforderlich. Dazu zählen insbesondere flexible Arbeitszeitmodelle, Teilzeitmöglichkeiten, angestellte ärztliche Tätigkeit, kooperative Niederlassungsformen sowie eine Entlastung von administrativen Aufgaben. Solche Maßnahmen könnten die ambulante Tätigkeit insbesondere für jüngere Ärzte attraktiver machen und gleichzeitig den Erhalt von Versorgungsangeboten erleichtern.

Darüber hinaus sollten ländliche und strukturschwache Regionen gezielt unterstützt werden. Finanzielle Niederlassungsanreize allein dürften langfristig nicht ausreichen. Ergänzend sind regionale Versorgungsmodelle erforderlich, die etwa mobile Angebote, Zweigpraxen,

telemedizinische Leistungen, sektorenübergreifende Kooperationen und eine stärkere Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern umfassen. Die konkrete Ausgestaltung sollte sich an der regionalen Bevölkerungsstruktur, der Morbiditätsentwicklung und den vorhandenen Versorgungsressourcen orientieren.

Zudem sollte die Transparenz ambulanter Versorgungsangebote weiter verbessert werden. Die Ergebnisse zeigen, dass Informations- und Empfehlungsquellen die Praxiswahl beeinflussen. Daher sollten Patienten Zugang zu verständlichen, unabhängigen und qualitätsgesicherten Informationen über Praxisformen, Fachgebiete, Behandlungsschwerpunkte, Barrierefreiheit, Erreichbarkeit und Kooperationsstrukturen erhalten. Digitale Informationsplattformen könnten dabei eine zentrale Rolle übernehmen. Voraussetzung ist jedoch, dass die bereitgestellten Informationen nachvollziehbar, aktuell und frei von kommerziellen Verzerrungen sind.

Ein weiterer Aspekt betrifft die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit, die weiter gestärkt werden sollte. Besonders bei schweren, chronischen oder komplexen Erkrankungen besteht ein erhöhter Bedarf an abgestimmten Behandlungsprozessen. Geeignete Vergütungsstrukturen, gemeinsame Versorgungspfade, digitale Kommunikationsmöglichkeiten und verbindliche Kooperationsmodelle könnten dazu beitragen, Informationsverluste und Versorgungsbrüche zu reduzieren. Dabei sollten die Vorteile größerer Organisationsformen auch für kleinere Praxen durch regionale Netzwerke oder verbindliche Kooperationen nutzbar gemacht werden.

Ergänzend hierzu sollten gesundheitspolitische Reformen stärker an den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet werden. Die Ergebnisse der Untersuchung verdeutlichen, dass nicht die Organisationsform allein entscheidend ist, sondern die mit ihr verbundenen Eigenschaften. Dazu zählen insbesondere Vertrauen, Erreichbarkeit, Kontinuität, kurze Abstimmungswege, interdisziplinäre Zusammenarbeit und diagnostische Leistungsfähigkeit. Künftige Reformen sollten daher weniger an formalen Organisationsmodellen als an patientenrelevanten Versorgungsmerkmalen ansetzen.

Insgesamt ergibt sich die Empfehlung, die ambulante vertragsärztliche Versorgung auf drei miteinander verbundene Ziele auszurichten: Die Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung, die Förderung kooperativer und interdisziplinärer Strukturen sowie die Stärkung einer transparenten und patientenorientierten Entscheidungsgrundlage. Ein ausgewogenes Nebeneinander unterschiedlicher Praxisformen erscheint vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, des zunehmenden Ärztemangels und der steigenden

Zahl chronisch sowie multimorbider Patienten als wesentliche Voraussetzung für eine zukunftsfähige ambulante Versorgung in Deutschland.

ANHANG

Literaturverzeichnis

Andersen, R. M. (1968). *A behavioral model of families' use of health services* (Research series, vol 25). Center for Health Administration Studies, University of Chicago, Chicago.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, *36*(1), 1. https://doi.org/10.2307/2137284 (Abgerufen am 18.07.2026).

Andersen, R. M. (2008). National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. *Medical Care*, *46*(7), 647–653. https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817a835d (Abgerufen am 18.07.2026).

Andersen, R. M., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, *51*(1), 95–124. https://doi.org/10.2307/3349613 (Abgerufen am 18.07.2026).

Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N., Alderwick, H., McGuire, A., & Mossialos, E. (2022). United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*, *24*(1), 1–194. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35579557/ (Abgerufen am 18.07.2026).

Armitage, R. (2023). Junior doctors leaving the NHS: What would it mean for general practice? *British Journal of General Practice*, *73*(728), 126–127. https://doi.org/10.3399/bjgp23X732189 (Abgerufen am 18.07.2026).

Axmann, K., Franke, G.-R., Frielingsdorf, O., & Axmann, K.-P. (2016). *Das Krankenhaus-MVZ: Planung, Aufbau, Betrieb* (A. Goepfert, R. Bühn, C. B. Conrad, & C. Conrad, Hrsg.). MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Babitsch, B., Gohl, D., & von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: A systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine.* https://doi.org/10.3205/PSM000089 (Abgerufen am 18.07.2026).

Baur, N., & Blasius, J. (Hrsg.). (2022). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37985-8 (Abgerufen am 18.07.2026).

Beltz, C. (2024). *Einfluss von Patienten- und Praxismerkmalen auf die Patientenzufriedenheit: Eine gepoolte Analyse der PARADIES- und PRoMPT-Studien* [Ludwig-Maximilians-Universität München]. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/33811/1/Beltz_Christian.pdf (Abgerufen am 18.07.2026).

Biller-Andorno, N., & Kapitza, T. (2022). *«Der Patient im Mittelpunkt» am Beispiel der Ambulantisierung der Patientenversorgung*. https://doi.org/10.5167/UZH-187358 (Abgerufen am 18.07.2026).

Birk, H. O., Vrangelbæk, K., Rudkjøbing, A., Krasnik, A., Eriksen, A., Richardson, E., & Jervelund, S. S. (2024). *Denmark: Health system review*. WHO Regional Office for Europe, 26(1). https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376116/9789289059558-eng.pdf?sequence=1 (Abgerufen am 18.07.2026).

Blüher, S., & Kuhlmey, A. (2016). Demographischer Wandel, Altern und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, (S. 313–324). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_21 (Abgerufen am 18.07.2026).

Bodendieck, E., Jung, F., Luppa, M., & Riedel-Heller, S. (2022). Burnout and work-privacy conflict - are there differences between full-time and part-time physicians? *BMC Health Services Research*, *22*(1), 1082. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08471-8 (Abgerufen am 18.07.2026).

Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. überarbeitete Auflage). Springer-Medizin-Verlag.

Boyle, S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, *13*(1). https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/aef8e735-0d7b-4e7e-8bf5-38cd845d982f/content (Abgerufen am 18.07.2026).

Buber, R., & Holzmüller, H. H. (Hrsg.). (2007). *Qualitative Marktforschung: Konzepte - Methoden - Analysen*. Gabler.

Bundesärztekammer. (2024). *Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2023*. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztestatistik_2023_Update_Juni_2024.pdf (Abgerufen am 18.07.2026).

Bundesministerium für Gesundheit. (2022). *Das deutsche Gesundheitssystem*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/Das-deutsche-Gesundheitssystem_bf.pdf (Abgerufen am 18.07.2026).

Bundesministerium für Gesundheit. (2025). *Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/i/igel.html (Abgerufen am 18.07.2026).

Bundesministerium für Gesundheit. (2026a). *Ärztliche Versorgung*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/aerztliche-versorgung (Abgerufen am 18.07.2026).

Bundesministerium für Gesundheit. (2026b). *Gemeinsamer Bundesausschuss*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/selbstverwaltung/gemeinsamer-bundesausschuss.html (Abgerufen am 18.07.2026).

Bundesministerium für Gesundheit. (2026c). *Kassenärztliche Vereinigungen*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/selbstverwaltung/kassenaerztliche-vereinigungen (Abgerufen am 18.07.2026).

Bundesministerium für Gesundheit. (2026d). *Krankenhausreform*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform (Abgerufen am 18.07.2026).

Busse, R., & Blümel, M. (2014). *Germany: Health system review*, 16(2). https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2014 (Abgerufen am 18.07.2026).

Butzlaff, M., Böcken, J., & Kunstmann, W. (2001). Die freie Arztwahl: Internationaler Vergleich und nationale Perspektive. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, *126*(41), 1150–1154. https://doi.org/10.1055/s-2001-17739 (Abgerufen am 18.07.2026).

Campbell, J. C., & Ikegami, N. (2000). Long-term care insurance comes to Japan: A major departure for Japan, this new program aims to be a comprehensive solution to the problem of caring for frail older people. *Health Affairs*, *19*(3), 26–39. https://doi.org/10.1377/hlthaff.19.3.26 (Abgerufen am 18.07.2026).

Charles, A., Naylor, C., & Murray, R. (2021). Integrated care systems in London: Challenges and opportunities ahead. *The King's Fund*. https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/084d2c5253/integrated_care_systems_london_2021.pdf (Abgerufen am 18.07.2026).

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3. Auflage). Sage.

De Cruppé, W., Kummer, M.-C., & Geraedts, M. (2022). Wie wählen internistische Patienten ihr Krankenhaus? Eine Querschnittstudie. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, *147*(04), e23–e31. https://doi.org/10.1055/a-1653-6717 (Abgerufen am 18.07.2026).

Die Bundesregierung. (2026). *Neuregelung: Rechengrößen in der Sozialversicherung*. Steigende Grenzwerte in der Krankenversicherung. https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/beitragsgemessungsgrenzen-2386514 (Abgerufen am 18.07.2026).

Diekmann, A. (2023). *Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Rowohlt Verlag.

Dieterich, A., Braun, B., Gerlinger, T., & Simon, M. (Hrsg.). (2019). *Geld im Krankenhaus: Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24807-9 (Abgerufen am 18.07.2026).

Dräger, S., Gibis, B., Jacob, R., Kopp, J., & Trebar, B. (2019). Zur Situation der angestellten Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor in Deutschland: Ergebnisse einer empirischen Studie. *Das Gesundheitswesen*, 83(06), 425–431. https://doi.org/10.1055/a-1005-7262 (Abgerufen am 18.07.2026).

Emmert, M., & McLennan, S. (2021). One decade of online patient feedback: Longitudinal analysis of data from a german physician rating website. *Journal of Medical Internet Research*, *23*(7). https://doi.org/10.2196/24229 (Abgerufen am 18.07.2026).

Emmert, M., Meier, F., Pisch, F., & Sander, U. (2013). Physician choice making and characteristics associated with using physician-rating websites: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, *15*(8). https://doi.org/10.2196/jmir.2702 (Abgerufen am 18.07.2026).

Emmert, M., & Meszmer, N. (2018). Eine Dekade Arztbewertungsportale in Deutschland: Eine Zwischenbilanz zum aktuellen Entwicklungsstand. *Das Gesundheitswesen*, *80*(10), 851–858. https://doi.org/10.1055/s-0043-114002 (Abgerufen am 18.07.2026).

Fischer, G. (2025). *Das deutsche Gesundheitswesen kompakt 2025: Akteure, Strukturen, Finanzierung*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Fitzner, G. (2021). Einzelpraxis oder nicht? In G. Fitzner, *Start als Hausarzt*, (S. 217–220). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62874-4_28 (Abgerufen am 18.07.2026).

Flick, U. (Hrsg.). (2008). *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (2. Auflage). Beltz, Psychologie-Verl.-Union.

Fricke, F.-U., Köhler, W., & Rau, S. (2023). *Die Rolle von MVZ in der ambulanten medizinischen Versorgung - besteht regulatorischer Handlungsbedarf?* https://www.alm-ev.de/wp-content/uploads/2023/02/230215-MVZ-Memorandum-ALM-BBMV.pdf (Abgerufen am 18.07.2026).

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.). (2012). *Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung.* https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4102/BPL-RL_2026-02-19_iK-2026-04-11.pdf (Abgerufen am 18.07.2026).

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.). (2006). *Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung.* https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4143/MVV-RL_2026-03-19_iK-2026-04-09.pdf (Abgerufen am 18.07.2026).

Gemeinsamer Bundesausschuss. (o. J.). *Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung*. https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#was-sind-planungsbereiche-und-wo-sind-sie-festgelegt (Abgerufen am 18.07.2026).

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2026). *Der G-BA: Wer wir sind*. https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/ (Abgerufen am 18.07.2026).

GKV-Spitzenverband. (2025). *Die gesetzlichen Krankenkassen*. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp (Abgerufen am 18.07.2026).

Häder, M., & Häder, S. (2019). Stichprobenziehung in der quantitativen Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, (S. 333–348). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_22 (Abgerufen am 18.07.2026).

Hahn, U., Müller, T., Awe, B., & Koch, J. (2017). Angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung - Trends, Status quo und Auswirkungen. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, *22*(02), 93–103. https://doi.org/10.1055/s-0042-113352 (Abgerufen am 18.07.2026).

Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hellbrück, R. P. (2009). *Angewandte Statistik mit R: Eine Einführung für Ökonomen und Sozialwissenschaftler* (1. Auflage). Gabler.

Hentschker, C., Mostert, C., & Klauber, J. (2023). Auswirkungen der Covid-19-Pandemie im Krankenhaus: Fallzahlentwicklung und Charakteristika der Covid-19-Patienten. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2023*, (S. 305–323). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66881-8_19 (Abgerufen am 18.07.2026).

Hussy, W., Schreier, M., & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-34362-9 (Abgerufen am 18.07.2026).

Ikegami, N., & Campbell, J. C. (2004). Japan's health care system: Containing costs and attempting reform. *Health Affairs*, *23*(3), 26–36. https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.3.26 (Abgerufen am 18.07.2026).

Jüttemann, G. (Hrsg.). (1985). *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Beltz.

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2025a). *Anzahl Ärzte in Praxen*. https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php (Abgerufen am 18.07.2026).

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2025b). *Gesundheitsdaten: Immer weniger Einzelpraxen*. https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php (Abgerufen am 18.07.2026).

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2025c). *Kennzahlen der ambulanten Versorgung*. https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/fachgruppe-und-schwerpunkt (Abgerufen am 18.07.2026).

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2026). *Bedarfsplanung: Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung*. https://www.kbv.de/positionen/dossiers/sicherstellung/bedarfsplanung (Abgerufen am 18.07.2026).

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. (2023). *Einzelpraxis: Höchstmaß an Unabhängigkeit*. https://www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/niederlassungsoptionen/einzelpraxis (Abgerufen am 18.07.2026).

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. (2025). *Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)*. https://www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/niederlassungsoptionen/berufsausuebungsgemeinschaft-bag (Abgerufen am 18.07.2026).

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg. (o. J.). *Praxisformen und Kooperationsmodelle*. https://www.kvh-fuer-mich-da.de/de/fahrplaene/praxisformen-und-kooperationsmodelle.html (Abgerufen am 18.07.2026).

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. (2019). *Honorarverteilung und Honorar*. https://www.kvno.de/praxis/beratung/abrechnungsberatung/honorarverteilung-und-honorar (Abgerufen am 18.07.2026).

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. (2025a). *Aufgaben und Leistungen*. Die ambulante Versorgung. https://www.kvno.de/ueber-uns (Abgerufen am 18.07.2026).

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. (2025b). *Vertragsärztliche Versorgung Kartenübersicht (Interaktive Karte)*. https://www.kvno.de/praxis/niederlassung-kooperation/bedarfsplanung/vertragsaerztliche-versorgung-kartenuebersicht (Abgerufen am 18.07.2026).

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. (2026). *Kooperation*. Kooperation. https://www.kvno.de/praxis/beratung-service/niederlassungsberatung/kooperation (Abgerufen am 18.07.2026).

Kato, D., Ryu, H., Matsumoto, T., Abe, K., Kaneko, M., Ko, M., Irving, G., Ramsay, R., & Kondo, M. (2019). Building primary care in Japan: Literature review. *Journal of General and Family Medicine*, *20*(5), 170–179. https://doi.org/10.1002/jgf2.252 (Abgerufen am 18.07.2026).

Keisers, V. (2020). Rechtliche Grundlagen der Berufsausübungsgemeinschaft. *Journal für Ästhetische Chirurgie*, *13*(2), 70–76. https://doi.org/10.1007/s12631-020-00219-9 (Abgerufen am 18.07.2026).

Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J., & Beivers, A. (Hrsg.). (2020). *Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8 (Abgerufen am 18.07.2026).

Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C., & Scheller-Kreinsen, D. (Hrsg.). (2024). *Krankenhaus-Report 2024: Strukturreform*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-68792-5 (Abgerufen am 18.07.2026).

Kleij, K.-S., Tangermann, U., Amelung, V. E., & Krauth, C. (2017). Patients' preferences for primary health care - A systematic literature review of discrete choice experiments. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 476. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2433-7 (Abgerufen am 18.07.2026).

Klose, J., & Rehbein, I. (2017). *Ärzteatlas*. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) im AOK-Bundesverband GbR. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Aerzteatlas/wido_amb_aezteatlas_2017.pdf (Abgerufen am 18.07.2026).

Knappschaft-Bahn-See (Hrsg.). (2025). *Jahresreport 2024*. https://www.kbs.de/SharedDocs/Downloads/DE/Ueberuns/geschaeftsbericht_2024.pdf?__blob=publicationFile (Abgerufen am 18.07.2026).

Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93267-5 (Abgerufen am 18.07.2026).

Kurscheid, C., Balke-Karrenbauer, N., & Mollenhauer, J. (Hrsg.). (2025). *Gesundheitsökonomie und Versorgungswissenschaft*. Springer Berlin Heidelberg.

Leach, B., Gradison, M., Morgan, P., Everett, C., Dill, M. J., & De Oliveira, J. S. (2018). Patient preference in primary care provider type. *Healthcare*, *6*(1), 13–16. https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2017.01.001 (Abgerufen am 18.07.2026).

Lee, A. E. J., Ithinin, S., & Tan, N. C. (2024). Physician factors affecting patient preferences in selecting a primary care provider: A qualitative research study in Singapore. *PLOS ONE*, *19*(3). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298823 (Abgerufen am 18.07.2026).

Lin, C., Tu, P., Parker, T., Mella-Velazquez, A., Bier, B., & Braund, W. E. (2024). The influences of SES on patient choice of doctor: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, *67*(5), 759–769. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2024.06.012 (Abgerufen am 18.07.2026).

Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (13. überarbeitete Auflage). Beltz.

Mayring, P. (2023). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (7. überarbeitete Auflage). Beltz.

Mitternacht, K. (2023). Von der Einzelpraxis zum riesigen Facharztzentrum: Die Vorteile und Herausforderungen eines großen Praxiszentrums. *hautnah dermatologie*, *39*(3), 82–83. https://doi.org/10.1007/s15012-023-7723-7 (Abgerufen am 18.07.2026).

Mühlbacher, A. C., Bethge, S., & Eble, S. (2013). Patient preferences for integrated care networks in Germany: A discrete-choice experiment (DCE). *International Journal of Integrated Care*, *13*(5). https://doi.org/10.5334/ijic.1287 (Abgerufen am 18.07.2026).

Munshi, S. (2018). Ambulante Versorgung im Wandel - Entwicklungen und Potenziale im Zeitalter der Vernetzung. In M. A. Pfannstiel, A. Focke, & H. Mehlich (Hrsg.), *Management von Gesundheitsregionen IV*, (S. 21–30). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-16901-5_2 (Abgerufen am 18.07.2026).

Neubauer, D. G., Minartz, D. C., Niedermeier, C., & Radeck-Knorre, S. (2022). *MVZ mit Kapitalbeteiligung im Meinungsbild der dort beschäftigten Ärztinnen und Ärzte*. https://ifg-muenchen.com/wp-content/uploads/2021/11/BBMV_Studie_MVZ_mit_Kapitalbeteiligung-_web.pdf (Abgerufen am 18.07.2026).

NHS England. (2023). *Delivery plan for recovering access to primary care*. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/05/PRN00283-delivery-plan-for-recovering-access-to-primary-care-may-2023.pdf (Abgerufen am 18.07.2026).

OECD, & European Union. (2020). *Health at a glance: Europe 2020: State of health in the EU cycle*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/82129230-en (Abgerufen am 04.08.2026).

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Denmark: Country health profile 2023*. OECD. https://doi.org/10.1787/e4f0bee3-en (Abgerufen am 18.07.2026).

OECD. (2025). *Health at a glance 2025: OECD indicators*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en (Abgerufen am 04.08.2026).

Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., & Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, *14*(2). https://www.researchgate.net/publication/381218014_Denmark_Health_System_Review (Abgerufen am 18.07.2026).

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4. Auflage). SAGE Publications, Inc.

Pfannstiel, M. A., Focke, A., & Mehlich, H. (Hrsg.). (2018). *Management von Gesundheitsregionen IV: Bedarfsplanung und ganzheitliche regionale Versorgung und Zusammenarbeit*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-16901-5 (Abgerufen am 18.07.2026).

Pfannstiel, M. A., Jaeckel, R., & Da-Cruz, P. (Hrsg.). (2018). *Innovative Gesundheitsversorgung und Market Access*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-15987-0 (Abgerufen am 18.07.2026).

Powell, M., & Anesaki, M. (2010). *Health care in Japan*. Routledge.

Pratiwi, A. B., Padmawati, R. S., Mulyanto, J., & Willems, D. L. (2023). Patients values regarding primary health care: A systematic review of qualitative and quantitative

evidence. *BMC Health Services Research*, *23*(1), 400. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09394-8 (Abgerufen am 18.07.2026).

Razai, M. S., & Majeed, A. (2022). General practice in England: The current crisis, opportunities and challenges. *Journal of Ambulatory Care Management*, *45*(2), 135–139. https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000410 (Abgerufen am 18.07.2026).

Riethmüller, H.-U. (2007). Entwicklungen im Krankenhaus. In *Zukunftsoffenes Krankenhaus*, (S. 33–79). Springer Vienna. https://doi.org/10.1007/978-3-211-69297-4_5 (Abgerufen am 18.07.2026).

Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2015). *Wie haben sich Angebot und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung verändert?* https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/2188/284zZ2n4eWVo.pdf;jsessionid=F6DB81BCA0E7436502833724C78560F7?sequence=1 (Abgerufen am 18.07.2026).

Rosenbrock, R., & Gerlinger, T. (2024). *Gesundheitspolitik: Eine systemische Einführung* (4. überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe.

Schlegel, B. E. (2025). *Sozialwissenschaftliche Datenanalyse: Eine Einführung und fortgeschrittene Modelle mit R*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-47201-6 (Abgerufen am 18.07.2026).

Schreier, M., Echterhoff, G., Bauer, J. F., Weydmann, N., & Hussy, W. (2023). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66673-9 (Abgerufen am 18.07.2026).

Schumann, S. (2018). *Quantitative und qualitative empirische Forschung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-17834-5 (Abgerufen am 18.07.2026).

Segieth, C., Ruhleder, M., Vogt, L., & Banzer, W. (2004). Poweranalyse und optimaler Stichprobenumfang – Eine Einführung. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, *47*(1), 50–51. https://doi.org/10.1078/0415-6412-00041 (Abgerufen am 18.07.2026).

Simon, M. (2021). *Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise* (7. überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe.

Smetak, N. (2019). Organisationsformen Praxis, MVZ-Strukturen - ist die Einzelpraxis ein Auslaufmodell? *Aktuelle Kardiologie*, *8*(01), 64–68. https://doi.org/10.1055/a-0826-2723 (Abgerufen am 18.07.2026).

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2024a). *Krankenhäuser: Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html (Abgerufen am 18.07.2026).

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2024b). *Bevölkerung nach Nationalität und Geschlecht*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/liste-zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit.html#1346466 (Abgerufen am 18.07.2026).

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2023). *Krankenversicherungsschutz: Anteil der Erwerbstätigen nach Art der Krankenversicherung*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-2/krankenversicherungsschutz.html (Abgerufen am 18.07.2026).

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2025). *Definition Fallzahl*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Glossar/fallzahl.html (Abgerufen am 18.07.2026).

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2026). *Bevölkerung nach dem Gebietsstand und Durchschnitts-alter 1990 bis 2025*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerungsstand-gebietsstand-werte-basis-2022.html?nn=1413078 (Abgerufen am 18.07.2026).

Stiftung Gesundheitswissen. (2021). *Menschen mit chronischen Erkrankungen*. https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/pdf/Faktenblatt_Menschen%20mit%20chronischen%20Erkrankungen_0.pdf (Abgerufen am 18.07.2026).

Toyon, M. A. S. (2021). Explanatory sequential design of mixed methods research: Phases and challenges. *International Journal of Research in Business and Social Science (2147- 4478)*, *10*(5), 253–260. https://doi.org/10.20525/ijrbs.v10i5.1262 (Abgerufen am 18.07.2026).

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). (2025). *Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte*. https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html (Abgerufen am 18.07.2026).

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (2026). *PKV in Zahlen*. https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publikationen/Zahlenbericht_2024.pdf (Abgerufen am 18.07.2026).

Verband der Privaten Krankenversicherungen e.V. (2025). *Mitglieder des PKV-Verbands*. https://www.pkv.de/verband/ueber-uns/mitglieder-pkv-verband/ (Abgerufen am 18.07.2026).

Victoor, A., Delnoij, D. M., Friele, R. D., & Rademakers, J. J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: A scoping review. *BMC Health Services Research*, *12*(1), 272. https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-272 (Abgerufen am 18.07.2026).

Wichmann, A. (2019). *Quantitative und Qualitative Forschung im Vergleich: Denkweisen, Zielsetzungen und Arbeitsprozesse*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59817-7 (Abgerufen am 18.07.2026).

Winter, F. (2022). *Duale Schriftnutzung: Brailleschrift und Schwarzschrift: Eine sequenzielle, explanative Mixed-Methods Studie*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37928-5 (Abgerufen am 18.07.2026).

Zentner, A., Velasco Garrido, M., & Busse, R. (2010). *Macht der Hausarzt als Lotse die Gesundheitsversorgung wirklich besser und billiger? Ein systematischer Review zum Konzept Gatekeeping. Das Gesundheitswesen*, 72(8/09). https://doi.org/10.1055/s-0029-1234126 (Abgerufen am 18.07.2026).

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. (2025). *ZI Trendreport zur vertragsärztlichen Versorgung*. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/Zi-Trendreport_2024-Q2_FINAL.pdf (Abgerufen am 18.07.2026).

Anhang 1: Onlinefragebogen

Befragung zur Thematik ambulante vertragsärztliche Versorgung in Deutschland: Angebotsstrukturen und Kriterien zur Entscheidung zwischen Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder Medizinischem Versorgungszentrum

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft an meiner Befragung bezüglich der ambulanten vertragsärztlichen Angebotsstrukturen in Deutschland teilzunehmen.
Die Untersuchung findet im Rahmen meiner Dissertation an University of Sopron statt. Das Ausfüllen des Fragebogens benötigt circa 15 Minuten. Alle Informationen werden anonym erhoben und vertraulich behandelt. Die Datenerhebung und Auswertung erfolgen ausschließlich zu wissenschaftlichen Forschungszwecken. Bitte antworten Sie jeweils entsprechend mit Ihrer persönlichen Erfahrung bzw. Meinung.

Die Fragen können immer mit Hilfe von verschiedenen vorgegebenen Antwortmöglichkeiten oder freien Texteingabefeldern beantwortet werden.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Hiermit bestätige ich, dass meine Daten anonymisiert und aggregiert verarbeitet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass keine Rückschlüsse auf meine Person möglich sind, sowie, dass ich freiwillig an der Datenerhebung teilnehme und diese jederzeit ohne negative Folgen für meine Person abbrechen kann.

Bitte auswählen: ☐

1. Wann haben Sie zuletzt einen Facharzt besucht (alle Ärzte außer Hausarzt)?

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten nur eine aus:

☐ Vor unter zwei Wochen ☐ Vor zwei bis vier Wochen

☐ Vor über vier Wochen bis zwei Monaten ☐ Vor über zwei Monaten

☐ Vor über einem halben Jahr ☐ Vor über einem Jahr. ☐ Ich weiß es nicht

2. Wie lange haben Sie auf den Termin gewartet, von der Kontaktaufnahme, bis der Termin stattgefunden hat?

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten nur eine aus:

☐ Unter einer Woche ☐ Eine Woche ☐ Zwei Wochen

☐ Drei Wochen ☐ Einen Monat ☐ Zwei Monate

☐ Mehr als zwei Monate ☐ Mehr als drei Monate ☐ Ein halbes Jahr oder länger

☐ Ich weiß es nicht

3. Lag Ihnen zum Zeitpunkt der Terminvereinbarung eine Überweisung Ihres Hausarztes oder eines anderen Arztes vor?

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten nur eine aus:

☐ Ja ☐ Nein ☐ Ich weiß es nicht

4. Welche Facharztrichtung haben Sie zuletzt besucht?

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten nur eine aus:

☐ Anästhesiologie ☐ Augenheilkunde ☐ Chirurgie

☐ Dermatologie ☐ Gynäkologie ☐ Hals- Nasen-Ohrenheilkunde

☐ Innere Medizin ☐ Kardiologie ☐ Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

☐ Neurologie ☐ Onkologie ☐ Orthopädie

☐ Psychosomatische Medizin ☐ Radiologie ☐ Strahlentherapie

☐ Urologie ☐ Sonstige (z.B. Pathologie, Transfusionsmedizin, etc.)

In Deutschland wird maßgeblich zwischen dreierlei Kooperationsarten innerhalb von Praxisformen unterschieden: Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) und Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ).
Eine Definition folgt und ist für die nachstehenden Fragen von hoher Bedeutung.

Einzelpraxis: Nur ein Arzt arbeitet in einer Einzelpraxis.
(vgl. https://www.kbv.de/html/14365.php, 2024).

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG): Mindestens zwei Ärzte schließen sich wirtschaftlich und organisatorisch zu einer Einheit zusammen. Es handelt sich um die ehemalige Gemeinschaftspraxis.
(vgl. https://www.kbv.de/html/berufsausuebungsgemeinschaften.php, 2024).

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ): In MVZ üben mindestens zwei Ärzte unterschiedlicher oder gleicher Fachrichtungen gemeinsam unter einem Dach ihren Beruf aus. Geleitet sind MVZ immer ärztlich, betrieben werden sie häufig von Kommunen, gemeinnützigen Trägern und/oder Krankenhäusern (vgl. https://www.kbv.de/html/mvz.php, 2024)

---

5. Um welche Praxisart handelte es sich, bei der letzten Facharztpraxis, die Sie aufsuchten?
Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten nur eine aus:
☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft
☐ Medizinisches Versorgungszentrum ☐ Ich weiß es nicht

6. Wie sind Sie auf die Facharztpraxis aufmerksam geworden?
Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten nur eine aus:
☐ Internet / Suchmaschine ☐ Sie wurde mir von meinem Hausarzt empfohlen
☐ Sie wurde mir von dem Krankenhaus empfohlen, in dem ich zuvor behandelt wurde
☐ Sonstiges: _____

7. Auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (gar nicht zufrieden) - Wie bewerten Sie die ärztliche Behandlung in der Facharztpraxis?

Sehr zufrieden — Gar nicht zufrieden

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Sollten Sie bei Frage Nummer 4 als Antwort „Medizinisches Versorgungszentrum“ ausgewählt haben, bitte lassen Sie die folgende Frage aus und gehen direkt zur Frage Nummer 8.

8. Sofern Sie eine Einzelpraxis oder BAG besucht haben - Würden Sie diese Praxis weiterhin besuchen, sofern sie von einem Medizinischen Versorgungszentrum übernommen werden würde?

☐ Ja ☐ Nein

Falls nein, warum nicht: _____

☐ Ich habe ein Medizinisches Versorgungszentrum besucht

9. Sollten Sie eine schwere, akute Erkrankung erleiden, für welche Art von Praxis würden Sie sich bevorzugt für Ihre Behandlung entscheiden?
Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten nur eine aus:

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft

☐ Medizinisches Versorgungszentrum

10. Haben Sie bereits einen Facharzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum aufgesucht?
Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten nur eine aus:

☐ Ja ☐ Nein

11. Falls Sie die letzte Frage mit „Ja“ beantwortet haben - Haben Sie innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrum ebenfalls bereits andere Fachabteilungen besucht?
Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten nur eine aus:

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ich habe noch keinen Facharzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum aufgesucht

12. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen nach Ihrer persönlichen Meinung (es darf nur ein Feld je Zeile angekreuzt werden):
Bitte wählen Sie pro Reihe immer nur eine Antwortmöglichkeiten aus:

12.1 Wo rechnen Sie mit den umfangreichsten Informationen zu Ihrer Erkrankung?

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft ☐ Medizinisches Versorgungszentrum

12.2 Wo rechnen Sie mit dem meisten Verständnis und Einfühlungsvermögen?

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft ☐ Medizinisches Versorgungszentrum

12.3 Wo rechnen Sie mit der ausführlichsten Zeit, in der man sich Ihnen und Ihrer Erkrankung widmet?

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft ☐ Medizinisches Versorgungszentrum

12.4 Kontrollfrage: Wofür steht die Abkürzung MVZ?

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft ☐ Medizinisches Versorgungszentrum

12.5 Wo rechnen Sie mit der höchsten Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft ☐ Medizinisches Versorgungszentrum

12.6 Wo erwarten Sie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit? (z.B. Tumorkonferenzen oder Röntgenbesprechungen)

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft ☐ Medizinisches Versorgungszentrum

12.7 Wo erwarten Sie die höchsten qualitativen Standards?

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft ☐ Medizinisches Versorgungszentrum

12.8 Wo haben Sie persönlich das meiste Vertrauen in den behandelnden Arzt/ die behandelnde Ärztin?

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft ☐ Medizinisches Versorgungszentrum

13. Wie weit liegt die nächste Facharztpraxis von Ihnen entfernt?

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten nur eine aus:

☐ unter 2 km ☐ 2 km bis unter 5 km ☐ 5 km bis 10 km

☐ über 10 km ☐ über 20 km

14. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, Arthrose, COPD, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, etc.)?

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten nur eine aus:

☐ ja ☐ nein

15. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten nur eine aus:

☐ körperliche/ handwerkliche Tätigkeit ☐ kaufmännische/ verwaltende Tätigkeit ☐ Student*in ☐ Renter*in ☐ keine

16. Wie sind Sie krankenversichert?

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten nur eine aus:

☐ gesetzlich ☐ privat

17. Wohnen Sie im städtischen oder ländlichen Raum?

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten nur eine aus:

☐ städtischer Raum ☐ ländlicher Raum

18. Wie lautet Ihre Postleitzahl?

_ _ _ _ _

19. Mit welchem Geschlecht identifizieren Sie sich?

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

20. Wie alt sind Sie?

_ _ Jahre

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang 2: Codierung RStudio

```
# ==============================================================
# Deskriptive Abbildungen: Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus,
# berufliche Tätigkeit
# ==============================================================

library(readxl)
library(dplyr)
library(ggplot2)
library(scales)

# ------------------------------------------------------------
# 1. Datensatz einlesen
# ------------------------------------------------------------

daten <- read_excel(
  "",
  .name_repair = "unique"
)

df <- daten  # einheitlicher Alias für ältere Codeabschnitte

# ------------------------------------------------------------
# 2. Einheitliche Farben
# ------------------------------------------------------------

farbe_hell   <- "#CFE8F3"
farbe_mittel <- "#6FA8DC"
farbe_dunkel <- "#0B3C5D"
farbe_unbekannt <- "#BDBDBD"
```

```
# ------------------------------------------------------------
# Einheitliches Abbildungsdesign für die Dissertation
# ------------------------------------------------------------

theme_dissertation <- theme_minimal(base_size = 16) +
  theme(
    plot.title = element_text(
      size = 20,
      face = "bold",
      hjust = 0.5,
      margin = margin(b = 10)
    ),
    plot.subtitle = element_text(
      size = 15,
      hjust = 0.5,
      margin = margin(b = 12)
    ),
    axis.title.x = element_text(
      size = 17,
      face = "bold",
      margin = margin(t = 12)
    ),
    axis.title.y = element_text(
      size = 17,
      face = "bold",
      margin = margin(r = 12)
    ),
    axis.text.x = element_text(size = 13),
    axis.text.y = element_text(size = 13),
    legend.title = element_text(size = 15, face = "bold"),
    legend.text = element_text(size = 13),
    strip.text = element_text(size = 15, face = "bold"),
    plot.caption = element_text(size = 11, hjust = 0),
    panel.grid.minor = element_blank()
```

```
  )

# ------------------------------------------------------------
# 3. Alter: deskriptive Statistik und Histogramm
# ------------------------------------------------------------

daten_alter <- daten %>%
  mutate(
    Alter = suppressWarnings(as.numeric(Alter))
  ) %>%
  filter(!is.na(Alter))

summary_alter <- daten_alter %>%
  summarise(
    n = n(),
    Mittelwert = round(mean(Alter), 2),
    Standardabweichung = round(sd(Alter), 2),
    Median = median(Alter),
    Minimum = min(Alter),
    Q25 = quantile(Alter, 0.25),
    Q75 = quantile(Alter, 0.75),
    Maximum = max(Alter)
  )

print(summary_alter)

ggplot(daten_alter, aes(x = Alter)) +
  geom_histogram(
    binwidth = 5,
    boundary = 0,
    closed = "left",
    fill = farbe_mittel,
    color = farbe_dunkel,
    linewidth = 0.4
```

```
  ) +
  labs(
    title = "Verteilung des Alters der Stichprobe (n = 1.010)",
    x = "Alter in Jahren",
    y = "Anzahl der Befragten"
  ) +
  theme_dissertation +
  theme(
    plot.title = element_text(face = "bold", size = 20, hjust = 0.5),
    plot.subtitle = element_text(hjust = 0.5),
    axis.title = element_text(face = "bold")
  )

# ------------------------------------------------------------
# 4. Altersgruppen: Häufigkeiten
# ------------------------------------------------------------

daten_alter_gruppen <- daten_alter %>%
  mutate(
    Altersgruppe = cut(
      Alter,
      breaks = c(-Inf, 24, 34, 44, 54, 64, Inf),
      labels = c("≤24", "25–34", "35–44", "45–54", "55–64", "65+"),
      right = TRUE
    )
  )

tab_alter_gruppen <- daten_alter_gruppen %>%
  count(Altersgruppe, name = "n") %>%
  mutate(Prozent = round(100 * n / sum(n), 1))

print(tab_alter_gruppen)
```

```
# ----------------------------------------------------------
# 5. Geschlecht
# ----------------------------------------------------------

daten_geschlecht <- daten %>%
  mutate(
    Geschlecht = case_when(
      as.character(Geschlecht) == "1" ~ "weiblich",
      as.character(Geschlecht) == "2" ~ "männlich",
      as.character(Geschlecht) == "3" ~ "divers",
      TRUE ~ NA_character_
    ),
    Geschlecht = factor(
      Geschlecht,
      levels = c("weiblich", "männlich", "divers")
    )
  ) %>%
  filter(!is.na(Geschlecht))

tab_geschlecht <- daten_geschlecht %>%
  count(Geschlecht, name = "n") %>%
  mutate(Prozent = round(100 * n / sum(n), 1))

print(tab_geschlecht)

ggplot(tab_geschlecht, aes(x = Geschlecht, y = n)) +
  geom_col(
    fill = farbe_mittel,
    color = farbe_dunkel,
    linewidth = 0.5,
    width = 0.7
  ) +
  geom_text(
    aes(label = n),
```

```
    vjust = -0.35,
    size = 4,
    color = farbe_dunkel,
    fontface = "bold"
  ) +
  scale_y_continuous(
    expand = expansion(mult = c(0, 0.1))
  ) +
  labs(
    title = "Verteilung der Geschlechter der Stichprobe (n = 1.010)",
    x = "Geschlecht",
    y = "Anzahl der Befragten"
  ) +
  theme_dissertation +
  theme(
    plot.title = element_text(face = "bold", size = 20, hjust = 0.5),
    axis.title = element_text(face = "bold")
  )

# ------------------------------------------------------------
# 6. Versicherungsstatus
# ------------------------------------------------------------

daten_versicherung <- daten %>%
  mutate(
    Versicherungsstatus = case_when(
      as.character(Versicherungsstatus) == "1" ~ "gesetzlich",
      as.character(Versicherungsstatus) == "2" ~ "privat",
      TRUE ~ NA_character_
    ),
    Versicherungsstatus = factor(
      Versicherungsstatus,
      levels = c("gesetzlich", "privat")
    )
```

```
  ) %>%
  filter(!is.na(Versicherungsstatus))

tab_versicherung <- daten_versicherung %>%
  count(Versicherungsstatus, name = "n") %>%
  mutate(Prozent = round(100 * n / sum(n), 1))

print(tab_versicherung)

ggplot(tab_versicherung, aes(x = Versicherungsstatus, y = n)) +
  geom_col(
    fill = farbe_mittel,
    color = farbe_dunkel,
    width = 0.65
  ) +
  geom_text(
    aes(label = n),
    vjust = -0.35,
    size = 4,
    color = farbe_dunkel,
    fontface = "bold"
  ) +
  scale_y_continuous(
    expand = expansion(mult = c(0, 0.1))
  ) +
  labs(
    title = "Verteilung des Versicherungsstatus der Stichprobe (n = 1.010)",
    x = "Versicherungsstatus",
    y = "Anzahl der Befragten"
  ) +
  theme_dissertation +
  theme(
    plot.title = element_text(face = "bold", size = 20, hjust = 0.5),
    axis.title = element_text(face = "bold")
```

```
  )

# ------------------------------------------------------------
# 7. Berufliche Tätigkeit
# ------------------------------------------------------------

daten_beruf <- daten %>%
  mutate(
    Berufliche_Taetigkeit = case_when(
      as.character(`Berufliche Tätigkeit`) == "1" ~ "Körperliche/\nhandwerkliche Tätigkeit",
      as.character(`Berufliche Tätigkeit`) == "2" ~ "Kaufmännische/\nverwaltende Tätig-
keit",
      as.character(`Berufliche Tätigkeit`) == "3" ~ "Student",
      as.character(`Berufliche Tätigkeit`) == "4" ~ "Rentner",
      as.character(`Berufliche Tätigkeit`) == "5" ~ "Keine berufliche\nTätigkeit",
      TRUE ~ NA_character_
    ),
    Berufliche_Taetigkeit = factor(
      Berufliche_Taetigkeit,
      levels = c(
        "Körperliche/\nhandwerkliche Tätigkeit",
        "Kaufmännische/\nverwaltende Tätigkeit",
        "Student",
        "Rentner",
        "Keine berufliche\nTätigkeit"
      )
    )
  ) %>%
  filter(!is.na(Berufliche_Taetigkeit))

tab_beruf <- daten_beruf %>%
  count(Berufliche_Taetigkeit, name = "n") %>%
  mutate(Prozent = round(100 * n / sum(n), 1))
```

```
print(tab_beruf)

ggplot(tab_beruf, aes(x = Berufliche_Taetigkeit, y = n)) +
  geom_col(
    fill = farbe_mittel,
    color = farbe_dunkel,
    linewidth = 0.5,
    width = 0.7
  ) +
  geom_text(
    aes(label = n),
    vjust = -0.35,
    size = 3.8,
    color = farbe_dunkel,
    fontface = "bold"
  ) +
  scale_y_continuous(
    expand = expansion(mult = c(0, 0.12))
  ) +
  labs(
    title = "Verteilung der beruflichen Tätigkeit der Stichprobe (n = 1.010)",
    x = "Berufliche Tätigkeit",
    y = "Anzahl der Befragten"
  ) +
  theme_dissertation +
  theme(
    axis.text.x = element_text(angle = 20, hjust = 1, size = 13),
    plot.title = element_text(face = "bold", size = 20, hjust = 0.5),
    axis.title = element_text(face = "bold")
  )
# ==============================================================
# Deskriptive Säulendiagramme:
# Entfernung zur nächsten Facharztpraxis und besuchte Facharztrichtung
# ==============================================================
```

```
library(readxl)
library(dplyr)
library(ggplot2)
library(scales)

daten <- read_excel(
  "",
  .name_repair = "unique"
)

farbe_mittel <- "#6FA8DC"
farbe_dunkel <- "#0B3C5D"


# ================================================================
# 1. Entfernung zur nächsten Facharztpraxis
# ================================================================

df_entf <- daten %>%
  mutate(
    Entfernung = recode(
      as.character(`Entfernung nächste Facharztpraxis`),
      "1" = "Unter 2 km",
      "2" = "2 km bis unter 5 km",
      "3" = "5 km bis 10 km",
      "4" = "Über 10 km",
      "5" = "Über 20 km",
      .default = NA_character_
    ),
    Entfernung = factor(
      Entfernung,
      levels = c(
        "Unter 2 km",
        "2 km bis unter 5 km",
```

```
      "5 km bis 10 km",
      "Über 10 km",
      "Über 20 km"
    )
  )
) %>%
  filter(!is.na(Entfernung))

tab_entf <- df_entf %>%
  count(Entfernung, name = "n") %>%
  mutate(Prozent = round(100 * n / sum(n), 1))

print(tab_entf)

ggplot(tab_entf, aes(x = Entfernung, y = n)) +
  geom_col(fill = farbe_mittel, color = farbe_dunkel, width = 0.70, linewidth = 0.5) +
  geom_text(
    aes(label = n),
    vjust = -0.35,
    size = 3.8,
    color = farbe_dunkel,
    fontface = "bold"
  ) +
  scale_y_continuous(expand = expansion(mult = c(0, 0.12))) +
  labs(
    title = "Entfernung zur nächsten Facharztpraxis (n = 1.010)",
    x = "Entfernungskategorie",
    y = "Anzahl der Befragten"
  ) +
  theme_dissertation +
  theme(axis.text.x = element_text(angle = 0, hjust = 0.5))
```

```
# ==============================================================
# 2. Zuletzt besuchte Facharztrichtung
# ==============================================================

fach_labels <- c(
  "1"  = "Anästhesiologie",
  "2"  = "Augenheilkunde",
  "3"  = "Chirurgie",
  "4"  = "Dermatologie",
  "5"  = "Gynäkologie",
  "6"  = "HNO",
  "7"  = "Innere Medizin",
  "8"  = "Kardiologie",
  "9"  = "MKG-Chirurgie",
  "10" = "Neurologie",
  "11" = "Psychosomatische\nMedizin",
  "12" = "Onkologie",
  "13" = "Radiologie",
  "14" = "Strahlentherapie",
  "15" = "Urologie",
  "16" = "Sonstige",
  "17" = "Orthopädie"
)

df_fach <- daten %>%
  mutate(
    Facharztrichtung = recode(
      as.character(`Welche Facharztrichtung wurde besucht?`),
      !!!fach_labels,
      .default = NA_character_
    ),
    Facharztrichtung = factor(
      Facharztrichtung,
      levels = unname(fach_labels)
```

```
    )
  ) %>%
  filter(!is.na(Facharztrichtung))

tab_fach <- df_fach %>%
  count(Facharztrichtung, name = "n") %>%
  mutate(Prozent = round(100 * n / sum(n), 1))

print(tab_fach)

ggplot(
  tab_fach,
  aes(
    x = n,
    y = forcats::fct_reorder(Facharztrichtung, n)
  )
) +
  geom_col(
    fill = farbe_mittel,
    color = farbe_dunkel,
    width = 0.70,
    linewidth = 0.5
  ) +
  geom_text(
    aes(label = n),
    hjust = -0.15,
    size = 3.8,
    color = farbe_dunkel,
    fontface = "bold"
  ) +
  scale_x_continuous(
    expand = expansion(mult = c(0, 0.13))
  ) +
  labs(
```

```
    title = "Verteilung der besuchten Facharztrichtungen (n = 1.010)",
    x = "Anzahl der Befragten",
    y = "Facharztrichtung"
  ) +
  theme_dissertation +
  theme(
    axis.text.y = element_text(size = 12)
  )
### Verteilung des Zeitpunktes des letzten Facharztbesuches der Stichprobe ###

library(tidyverse)
library(readxl)

# Daten einlesen
# path  <- "~/Desktop/Datensatz_Dissertation_2025_28.08.2025.xlsx"
# sheet <- "ambulante_versorgung"
# df    <- read_excel(path, sheet = sheet)

# Spalte definieren
var <- "Wann war der letzte Facharztbesuch?"

# Kategorien recoden
df_last <- daten %>%
  mutate(Letzter_Facharztbesuch = recode(as.character(.data[[var]]),
                                         "1" = "Vor unter zwei Wochen",
                                         "2" = "Vor zwei bis vier Wochen",
                                         "3" = "Vor über vier Wochen bis zwei Monaten",
                                         "4" = "Vor über zwei Monaten",
                                         "5" = "Vor über einem halben Jahr",
                                         "6" = "Vor über einem Jahr",
                                         "7" = "Ich weiß es nicht"
  )) %>%
  filter(!is.na(Letzter_Facharztbesuch)) %>%
  mutate(Letzter_Facharztbesuch = factor(Letzter_Facharztbesuch,
```

```
                                levels = c("Vor unter zwei Wochen",
                                           "Vor zwei bis vier Wochen",
                                           "Vor über vier Wochen bis zwei Monaten",
                                           "Vor über zwei Monaten",
                                           "Vor über einem halben Jahr",
                                           "Vor über einem Jahr",
                                           "Ich weiß es nicht")
  ))

# Häufigkeiten & Prozentangaben
tab_last <- df_last %>%
  count(Letzter_Facharztbesuch, name = "n") %>%
  mutate(pct = round(100 * n / sum(n), 1))

print(tab_last)

# Balkendiagramm hellblau mit Zahlen
ggplot(tab_last, aes(x = Letzter_Facharztbesuch, y = n, fill = Letzter_Facharztbesuch)) +
  geom_col(color = farbe_dunkel, linewidth = 0.5) +
  geom_text(aes(label = n), vjust = -0.3, size = 3.5) +
  scale_fill_manual(
    values = c(
      setNames(
        rep(farbe_mittel, length(levels(tab_last$Letzter_Facharztbesuch))),
        levels(tab_last$Letzter_Facharztbesuch)
      ),
      "Ich weiß es nicht" = farbe_unbekannt
    ),
    guide = "none"
  ) +
  scale_y_continuous(expand = expansion(mult = c(0, 0.1))) +
  labs(title = "Zeitpunkt des letzten Facharztbesuchs (n = 1.010)",
       x = "Kategorie", y = "Anzahl der Befragten") +
  theme_dissertation +
```

```
  theme(
    plot.title = element_text(hjust = 0.5),
    axis.text.x = element_text(angle = 15, hjust = 1)
  )

# horizontale Variante
ggplot(tab_last, aes(y = fct_rev(Letzter_Facharztbesuch), x = n, fill = Letzter_Facharztbe-
such)) +
  geom_col(color = farbe_dunkel, linewidth = 0.5) +
  geom_text(aes(label = n), hjust = -0.1, size = 3.5) +
  scale_fill_manual(
    values = c(
      setNames(
        rep(farbe_mittel, length(levels(tab_last$Letzter_Facharztbesuch))),
        levels(tab_last$Letzter_Facharztbesuch)
      ),
      "Ich weiß es nicht" = farbe_unbekannt
    ),
    guide = "none"
  ) +
  scale_x_continuous(expand = expansion(mult = c(0, 0.1))) +
  labs(title = "Zeitpunkt des letzten Facharztbesuchs (n = 1.010)",
       x = "Anzahl der Befragten", y = "Kategorie") +
  theme_dissertation +
  theme(plot.title = element_text(hjust = 0.5))


### Verteilung der Dauer der Wartezeit auf einen Termin ###

library(tidyverse)
library(readxl)
library(forcats)

# Daten einlesen
```

```
# path  <- "~/Desktop/Datensatz_Dissertation_2025_28.08.2025.xlsx"
# sheet <- "ambulante_versorgung"
# df    <- read_excel(path, sheet = sheet)

# Spaltenname exakt anpassen
var <- "Wie hoch war die Dauer der Wartezeit auf den Termin?"

# Kategorien recoden
df_wait <- daten %>%
  mutate(Wartezeit = recode(as.character(.data[[var]]),
                            "1"  = "Unter einer Woche",
                            "2"  = "Eine Woche",
                            "3"  = "Zwei Wochen",
                            "4"  = "Drei Wochen",
                            "5"  = "Einen Monat",
                            "6"  = "Zwei Monate",
                            "7"  = "Mehr als zwei Monate",
                            "8"  = "Mehr als drei Monate",
                            "9"  = "Ein halbes Jahr oder länger",
                            "10" = "Ich weiß es nicht"
  )) %>%
  filter(!is.na(Wartezeit)) %>%
  mutate(Wartezeit = factor(Wartezeit,
                            levels = c("Unter einer Woche",
                                       "Eine Woche",
                                       "Zwei Wochen",
                                       "Drei Wochen",
                                       "Einen Monat",
                                       "Zwei Monate",
                                       "Mehr als zwei Monate",
                                       "Mehr als drei Monate",
                                       "Ein halbes Jahr oder länger",
                                       "Ich weiß es nicht")
  ))
```

```
# Häufigkeiten & Prozentwerte
tab_wait <- df_wait %>%
  count(Wartezeit, name = "n") %>%
  mutate(pct = round(100 * n / sum(n), 1))

print(tab_wait)

# Balkendiagramm hellblau mit Zahlen
ggplot(tab_wait, aes(x = Wartezeit, y = n, fill = Wartezeit)) +
  geom_col(color = farbe_dunkel, linewidth = 0.5) +
  geom_text(aes(label = n), vjust = -0.3, size = 3.5) +
  scale_fill_manual(
    values = c(
      setNames(
        rep(farbe_mittel, length(levels(tab_wait$Wartezeit))),
        levels(tab_wait$Wartezeit)
      ),
      "Ich weiß es nicht" = farbe_unbekannt
    ),
    guide = "none"
  ) +
  scale_y_continuous(expand = expansion(mult = c(0, 0.1))) +
  labs(title = "Verteilung der Dauer der Wartezeit auf einen Termin (n = 1.010)",
       x = "Wartezeit", y = "Anzahl der Befragten") +
  theme_dissertation +
  theme(
    plot.title = element_text(hjust = 0.5),
    axis.text.x = element_text(angle = 20, hjust = 1)
  )

# Optional: horizontale Variante
ggplot(tab_wait, aes(y = fct_rev(Wartezeit), x = n, fill = Wartezeit)) +
  geom_col(color = farbe_dunkel, linewidth = 0.5) +
```

```
  geom_text(aes(label = n), hjust = -0.1, size = 3.5) +
  scale_fill_manual(
    values = c(
      setNames(
        rep(farbe_mittel, length(levels(tab_wait$Wartezeit))),
        levels(tab_wait$Wartezeit)
      ),
      "Ich weiß es nicht" = farbe_unbekannt
    ),
    guide = "none"
  ) +
  scale_x_continuous(expand = expansion(mult = c(0, 0.1))) +
  labs(title = "Verteilung der Dauer der Wartezeit auf einen Termin (n = 1.010)",
       x = "Anzahl der Befragten", y = "Wartezeit") +
  theme_dissertation +
  theme(plot.title = element_text(hjust = 0.5))

### Verteilung Überweisung ja oder nein ###

library(tidyverse)
library(readxl)
library(forcats)

# Daten einlesen
# path  <- "~/Desktop/Datensatz_Dissertation_2025_28.08.2025.xlsx"
# sheet <- "ambulante_versorgung"
# df    <- read_excel(path, sheet = sheet)

# Spaltenname anpassen
var <- "Lag eine Überweisung vor?"

# Kategorien recoden
df_ueberweisung <- daten %>%
  mutate(Ueberweisung = recode(as.character(.data[[var]]),
```

```
                    "1" = "Ja",
                    "2" = "Nein",
                    "3" = "Ich weiß es nicht"
  )) %>%
  filter(!is.na(Ueberweisung)) %>%
  mutate(Ueberweisung = factor(Ueberweisung,
                    levels = c("Ja", "Nein", "Ich weiß es nicht")
  ))

# Häufigkeiten & Prozentwerte
tab_ueberweisung <- df_ueberweisung %>%
  count(Ueberweisung, name = "n") %>%
  mutate(pct = round(100 * n / sum(n), 1))

print(tab_ueberweisung)

# Balkendiagramm: hellblau, mit Zahlen auf den Balken
ggplot(
  tab_ueberweisung,
  aes(x = Ueberweisung, y = n, fill = Ueberweisung)
) +
  geom_col(color = farbe_dunkel, linewidth = 0.5) +
  scale_fill_manual(
    values = c(
      "Ja" = farbe_mittel,
      "Nein" = farbe_mittel,
      "Ich weiß es nicht" = farbe_unbekannt
    ),
    guide = "none"
  ) +
  geom_text(aes(label = n), vjust = -0.3, size = 5) +
  scale_y_continuous(expand = expansion(mult = c(0, 0.1))) +
  labs(title = "Verteilung der Überweisung zum Facharzt (n = 1.010)",
       x = "Antwortkategorie", y = "Anzahl der Befragten") +
```

```
  theme_dissertation +
  theme(
    plot.title = element_text(hjust = 0.5),
    axis.text.x = element_text(angle = 0, hjust = 0.5)
  )

### Verteilung der zuletzt besuchten Praxisform ###

library(tidyverse)
library(readxl)
library(forcats)

# Daten einlesen
# path  <- "~/Desktop/Datensatz_Dissertation_2025_28.08.2025.xlsx"
# sheet <- "ambulante_versorgung"
# df    <- read_excel(path, sheet = sheet)

# Spaltenname
var <- "Welche Praxisform wurde zuletzt besucht?"

# Kategorien recoden
df_praxis <- daten %>%
  mutate(Praxisform = recode(as.character(.data[[var]]),
                             "1" = "Einzelpraxis",
                             "2" = "Berufsausübungsgemeinschaft",
                             "3" = "Medizinisches Versorgungszentrum",
                             "4" = "Ich weiß es nicht"
  )) %>%
  filter(!is.na(Praxisform)) %>%
  mutate(Praxisform = factor(Praxisform,
                             levels = c("Einzelpraxis",
                                        "Berufsausübungsgemeinschaft",
                                        "Medizinisches Versorgungszentrum",
                                        "Ich weiß es nicht")
```

```
  ))

# Häufigkeiten & Prozentwerte
tab_praxis <- df_praxis %>%
  count(Praxisform, name = "n") %>%
  mutate(pct = round(100 * n / sum(n), 1))

print(tab_praxis)

# Balkendiagramm hellblau mit Zahlen auf den Balken
ggplot(tab_praxis, aes(x = Praxisform, y = n, fill = Praxisform)) +
  geom_col(color = farbe_dunkel, linewidth = 0.5) +
  geom_text(aes(label = n), vjust = -0.3, size = 5) +
  scale_fill_manual(
    values = c(
      "Einzelpraxis" = farbe_hell,
      "Berufsausübungsgemeinschaft" = farbe_mittel,
      "Medizinisches Versorgungszentrum" = farbe_dunkel,
      "Ich weiß es nicht" = farbe_unbekannt
    ),
    guide = "none"
  ) +
  scale_y_continuous(expand = expansion(mult = c(0, 0.1))) +
  scale_x_discrete(labels = scales::label_wrap(18)) +
  labs(title = "Verteilung der zuletzt besuchten Praxisform (n = 1.010)",
       x = "Praxisform", y = "Anzahl der Befragten") +
  theme_dissertation +
  theme(
    plot.title = element_text(hjust = 0.5),
    axis.text.x = element_text(angle = 0, hjust = 0.5)
  )

# Optional: horizontale Variante
ggplot(
```

```
  tab_praxis,
  aes(
    y = fct_rev(Praxisform),
    x = n,
    fill = Praxisform
  )
) +
  geom_col(color = farbe_dunkel, linewidth = 0.5) +
  geom_text(aes(label = n), hjust = -0.1, size = 5) +
  scale_fill_manual(
    values = c(
      "Einzelpraxis" = farbe_hell,
      "Berufsausübungsgemeinschaft" = farbe_mittel,
      "Medizinisches Versorgungszentrum" = farbe_dunkel,
      "Ich weiß es nicht" = farbe_unbekannt
    ),
    guide = "none"
  ) +
  scale_x_continuous(expand = expansion(mult = c(0, 0.1))) +
  labs(title = "Verteilung der zuletzt besuchten Praxisform (n = 1.010)",
       x = "Anzahl der Befragten", y = "Praxisform") +
  theme_dissertation +
  theme(plot.title = element_text(hjust = 0.5))

### Verteilung der Frage, wie die Teilnehmer auf die Facharztpraxis aufmerksam wurden
###

library(tidyverse)
library(readxl)

# Daten einlesen
# path  <- "~/Desktop/Datensatz_Dissertation_2025_28.08.2025.xlsx"
# sheet <- "ambulante_versorgung"
# df    <- read_excel(path, sheet = sheet)
```

```
 # Labels definieren
labels <- c("1" = "Internet / Suchmaschine",
            "2" = "Empfehlung durch Hausarzt",
            "3" = "Empfehlung durch Krankenhaus",
            "4" = "Sonstiges")

# Spalte 6 recoden
df_praxis_info6 <- daten %>%
  mutate(
    Praxis_Info = recode(
      as.character(.data[[grep("Wie wurden Sie auf die Praxis", names(daten), value =
TRUE)[1]]]),
      !!!labels
    )
  ) %>%
  filter(!is.na(Praxis_Info)) %>%
  mutate(Praxis_Info = factor(Praxis_Info,
                              levels = c("Internet / Suchmaschine",
                                         "Empfehlung durch Hausarzt",
                                         "Empfehlung durch Krankenhaus",
                                         "Sonstiges")
  ))

# Häufigkeiten & Prozentwerte
tab_praxis_info6 <- df_praxis_info6 %>%
  count(Praxis_Info, name = "n") %>%
  mutate(pct = round(100 * n / sum(n), 1))

print(tab_praxis_info6)

# Balkendiagramm: hellblau, Zahlen auf den Balken
ggplot(tab_praxis_info6, aes(x = Praxis_Info, y = n)) +
  geom_col(fill = "#6FA8DC", color = "#0B3C5D", linewidth = 0.5) +
  geom_text(aes(label = n), vjust = -0.3, size = 5) +
```

```
  scale_y_continuous(expand = expansion(mult = c(0, 0.1))) +
  labs(title = "Wie wurden die Befragten auf die Praxis aufmerksam? (n = 1.010)",
       x = "Antwortkategorie", y = "Anzahl der Befragten") +
  theme_dissertation +
  theme(
    plot.title = element_text(hjust = 0.5),
    axis.text.x = element_text(angle = 0, hjust = 0.5, vjust = 1) # gerade unter Balken
  )

### Fragestellung ob bereits ein MVZ besucht wurde, ja oder nein ###

library(tidyverse)
library(readxl)

# Daten einlesen
# path  <- "~/Desktop/Datensatz_Dissertation_2025_28.08.2025.xlsx"
# sheet <- "ambulante_versorgung"
# df    <- read_excel(path, sheet = sheet)

# Spaltenname
var <- "Bereits in einem MVZ gewesen?"

# Kategorien recoden
df_mvz <- daten %>%
  mutate(MVZ_Besuch = recode(as.character(.data[[var]]),
                             "1" = "Ja",
                             "2" = "Nein")) %>%
  filter(!is.na(MVZ_Besuch)) %>%
  mutate(MVZ_Besuch = factor(MVZ_Besuch, levels = c("Ja", "Nein")))

# Häufigkeiten & Prozentwerte
tab_mvz <- df_mvz %>%
  count(MVZ_Besuch, name = "n") %>%
  mutate(pct = round(100 * n / sum(n), 1))
```

```
 print(tab_mvz)

# Balkendiagramm hellblau mit Zahlen
ggplot(tab_mvz, aes(x = MVZ_Besuch, y = n)) +
  geom_col(fill = "#6FA8DC", color = "#0B3C5D", linewidth = 0.5) +
  geom_text(aes(label = n), vjust = -0.3, size = 5) +
  scale_y_continuous(expand = expansion(mult = c(0, 0.1))) +
  labs(title = "Bereits erfolgter Besuch eines MVZ (n = 1.010)",
       x = "Antwortkategorie", y = "Anzahl der Befragten") +
  theme_dissertation +
  theme(
    plot.title = element_text(hjust = 0.5),
    axis.text.x = element_text(angle = 0, hjust = 0.5)
  )

### Erneuter Besuch der Praxis bei Übernahme durch ein MVZ ###

var_A205 <- "Erneuter Besuch der Praxis bei Übernahme MVZ?"

daten_A205 <- daten %>%
  transmute(
    Antwort = case_when(
      trimws(as.character(.data[[var_A205]])) %in% c("1", "Ja", "ja", "JA") ~ "Ja",
      trimws(as.character(.data[[var_A205]])) %in% c("2", "Nein", "nein", "NEIN") ~
"Nein",
      TRUE ~ NA_character_
    ),
    Antwort = factor(Antwort, levels = c("Ja", "Nein"))
  ) %>%
  filter(!is.na(Antwort))

tab_A205 <- daten_A205 %>%
  count(Antwort, name = "n") %>%
  mutate(Prozent = round(100 * n / sum(n), 1))
```

```
print(tab_A205)

ggplot(tab_A205, aes(x = Antwort, y = n)) +
  geom_col(fill = farbe_mittel, color = farbe_dunkel, linewidth = 0.5) +
  geom_text(aes(label = n), vjust = -0.3, size = 5) +
  scale_y_continuous(expand = expansion(mult = c(0, 0.1))) +
  labs(
    title = "Erneuter Besuch der Facharztpraxis bei Übernahme durch ein MVZ (n = 1.010)",
    x = "Antwort",
    y = "Anzahl der Befragten"
  ) +
  theme_dissertation +
  theme(plot.title = element_text(hjust = 0.5))

### Fragestellung, ob bei dem Besuch eines MVZ bereits ebenfalls eine andere Fachrich-
tung besucht wurde ###

  suppressPackageStartupMessages({
    library(dplyr)
    library(ggplot2)
  })

# Variablenname
var_mvz <- "Wurden bereits andere Fachrichtungen des MVZ besucht?"

# Werte holen
x <- daten[[var_mvz]]

if (inherits(x, "haven_labelled") || inherits(x, "labelled")) {
  if (requireNamespace("haven", quietly = TRUE)) {
    x <- haven::as_factor(x, levels = "values")
  } else {
    x <- as.vector(x)
```

```
  }
}

x_chr <- trimws(as.character(x))

# Mapping 1/2 -> Ja/Nein
x_map <- dplyr::case_when(
  x_chr %in% c("1", "Ja", "ja", "JA")       ~ "Ja",
  x_chr %in% c("2", "Nein", "nein", "NEIN") ~ "Nein",
  TRUE ~ NA_character_
)

fac <- factor(x_map, levels = c("Ja", "Nein"))

# NAs entfernen
dat_clean <- na.omit(data.frame(Antwort = fac))

# Häufigkeiten & Prozentwerte
tab <- table(dat_clean$Antwort)
prop <- prop.table(tab) * 100

cat("=== Ergebnisse: Andere Fachrichtungen im MVZ besucht ===\n")
print(tab)
print(round(prop, 2))

# Balkendiagramm nur Ja/Nein
ggplot(dat_clean, aes(x = Antwort)) +
  geom_bar(fill = "#6FA8DC", color = farbe_dunkel, linewidth = 0.5) +
  geom_text(stat = "count", aes(label = after_stat(count)), vjust = -0.5, size = 5) +
  labs(
    title = "Besuch weiterer Fachrichtungen innerhalb eines MVZ (n = 1.010)",
    x = "Antwort",
    y = "Anzahl der Befragten"
  ) +
```

```
  scale_y_continuous(expand = expansion(mult = c(0, 0.1))) +
  theme_dissertation +
  theme(plot.title = element_text(hjust = 0.5))


### Persönliche Einschätzungen der Stichprobe ###

vars_meinung <- names(daten)[grepl("^Persönliche Meinung:", names(daten))]

recode_praxis_meinung <- function(x) {
  x_chr <- trimws(as.character(x))
  out <- dplyr::case_when(
    x_chr %in% c("1", "Einzelpraxis") ~ "Einzelpraxis",
    x_chr %in% c("2", "BAG", "Berufsausübungsgemeinschaft") ~ "Berufsausübungsge-
meinschaft",
    x_chr %in% c("3", "MVZ", "Medizinisches Versorgungszentrum") ~ "Medizinisches
Versorgungszentrum",
    TRUE ~ NA_character_
  )
  factor(
    out,
    levels = c(
      "Einzelpraxis",
      "Berufsausübungsgemeinschaft",
      "Medizinisches Versorgungszentrum"
    )
  )
}

for (var_meinung in vars_meinung) {
  dat_meinung <- daten %>%
    transmute(Praxisform = recode_praxis_meinung(.data[[var_meinung]])) %>%
    filter(!is.na(Praxisform))
```

```
  tab_meinung <- dat_meinung %>%
    count(Praxisform, name = "n") %>%
    mutate(Prozent = round(100 * n / sum(n), 1))

  print(tab_meinung)

  p <- ggplot(tab_meinung, aes(x = Praxisform, y = n, fill = Praxisform)) +
    geom_col(color = farbe_dunkel, linewidth = 0.5) +
    geom_text(aes(label = n), vjust = -0.3, size = 5) +
    scale_fill_manual(
      values = c(
        "Einzelpraxis" = farbe_hell,
        "Berufsausübungsgemeinschaft" = farbe_mittel,
        "Medizinisches Versorgungszentrum" = farbe_dunkel
      )
    ) +
    scale_y_continuous(expand = expansion(mult = c(0, 0.1))) +
    labs(
      title = paste0(var_meinung, " (n = 1.010)"),
      x = "Praxisform",
      y = "Anzahl der Befragten"
    ) +
    theme_dissertation +
    theme(
      plot.title = element_text(hjust = 0.5, size = 18),
      axis.text.x = element_text(angle = 0, hjust = 0.5),
      legend.position = "none"
    )

  print(p)
}
```

```
# ==============================================================
# Deutschlandkarte: Verteilung der Stichprobe nach PLZ-Erstziffern
# ==============================================================

library(readxl)
library(dplyr)
library(stringr)
library(tibble)
library(ggplot2)
library(maps)
library(scales)

# Datensatz einlesen
daten <- read_excel(
  "",
  .name_repair = "unique"
)

# PLZ-Erstziffern extrahieren
df_plz <- daten %>%
  mutate(
    PLZ_raw = as.character(Postleitzahl),
    PLZ = str_extract(PLZ_raw, "\\d{5}"),
    PLZ1 = substr(PLZ, 1, 1)
  ) %>%
  filter(!is.na(PLZ1))

# Grobe geografische Zentren der PLZ-Erstziffern
centers <- tribble(
  ~PLZ1, ~lon,  ~lat, ~Region,
  "0",   12.4,  51.3, "PLZ 0",
  "1",   13.4,  52.5, "PLZ 1",
  "2",   10.0,  53.6, "PLZ 2",
  "3",    9.7,  52.2, "PLZ 3",
```

```
  "4",    7.1,  51.5, "PLZ 4",
  "5",    6.9,  50.9, "PLZ 5",
  "6",    8.7,  50.0, "PLZ 6",
  "7",    8.5,  48.8, "PLZ 7",
  "8",   11.5,  48.5, "PLZ 8",
  "9",   11.0,  50.3, "PLZ 9"
)

# Häufigkeiten je PLZ-Erstziffer
counts <- df_plz %>%
  count(PLZ1, name = "Anzahl") %>%
  left_join(centers, by = "PLZ1") %>%
  mutate(
    Label = paste0(Region, "\n", "n = ", Anzahl)
  )

# Deutschland-Basiskarte
de_map <- map_data("world") %>%
  filter(region == "Germany")

# Karte erstellen
ggplot() +
  geom_polygon(
    data = de_map,
    aes(x = long, y = lat, group = group),
    fill = "grey95",
    color = "grey70",
    linewidth = 0.3
  ) +
  geom_point(
    data = counts,
    aes(x = lon, y = lat, size = Anzahl),
    shape = 21,
    fill = "#6FA8DC",
```

```
  color = "#0B3C5D",
  stroke = 0.6,
  alpha = 0.85
) +
geom_text(
  data = counts,
  aes(x = lon, y = lat, label = Label),
  size = 3.2,
  fontface = "bold",
  color = "#0B3C5D",
  vjust = -1.1
) +
scale_size_area(
  name = "Anzahl der Befragten",
  max_size = 18
) +
coord_quickmap(
  xlim = c(5.5, 15.5),
  ylim = c(47.0, 55.5)
) +
labs(
  title = "Verteilung der Stichprobe nach PLZ-Erstziffern (n = 1.010)",
  subtitle = paste0(
    "Vereinfachte geografische Darstellung; ",
    "Punktgröße = Anzahl der Befragten"
  ),
  x = "Längengrad",
  y = "Breitengrad"
) +
theme_dissertation +
theme(
  axis.text = element_text(size = 11),
  axis.ticks = element_line(color = "grey50"),
  panel.grid.major = element_line(color = "grey90", linewidth = 0.3),
```

```
    panel.grid.minor = element_blank(),
    legend.position = "right",
    plot.title = element_text(face = "bold", size = 20, hjust = 0.5),
    plot.subtitle = element_text(
      hjust = 0.5
    ),
    legend.title = element_text(
      face = "bold"
    )
  )

# ================================================================
# Bivariate Analyse: Alter × Praxisform
# ================================================================

library(readxl)
library(dplyr)
library(ggplot2)

# Datensatz einlesen
daten <- read_excel(
  "",
  .name_repair = "unique"
)

# Variablennamen
var_alter <- "Alter"
var_praxisform <- "Welche Praxisform wurde zuletzt besucht?"

# Daten vorbereiten
df_alter <- daten %>%
  mutate(
    Alter = suppressWarnings(as.numeric(as.character(.data[[var_alter]]))),
    Altersgruppe = cut(
```

```
      Alter,
      breaks = c(0, 29, 44, 59, Inf),
      labels = c("unter 30", "30–44", "45–59", "60+"),
      right = TRUE,
      include.lowest = TRUE
    ),

    Praxisform = factor(
      as.character(.data[[var_praxisform]]),
      levels = c("1", "2", "3", "4"),
      labels = c("Einzelpraxis", "BAG", "MVZ", "Ich weiß es nicht")
    )
  ) %>%
  filter(
    !is.na(Altersgruppe),
    !is.na(Praxisform)
  )

# Kreuztabelle
kreuz_alter <- table(
  df_alter$Altersgruppe,
  df_alter$Praxisform
)

kreuz_alter

# Prozentwerte pro Altersgruppe
round(prop.table(kreuz_alter, margin = 1) * 100, 2)

# Chi-Quadrat-Test
chi_alter <- chisq.test(kreuz_alter)

chi_alter
```

```
# Cramérs V manuell berechnen
n_total <- sum(kreuz_alter)
df_min <- min(nrow(kreuz_alter) - 1, ncol(kreuz_alter) - 1)

cramers_v_alter <- sqrt(
  as.numeric(chi_alter$statistic) / (n_total * df_min)
)

cat("\nChi-Quadrat-Test Alter × Praxisform:\n")
cat(sprintf(
  "Chi² = %.2f, df = %d, p = %.4f\n",
  chi_alter$statistic,
  chi_alter$parameter,
  chi_alter$p.value
))
cat(sprintf("Cramérs V = %.3f\n", cramers_v_alter))

if (chi_alter$p.value < 0.05) {
  cat("=> Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Altersgruppe und Praxis-
form.\n")
} else {
  cat("=> Kein signifikanter Zusammenhang zwischen Altersgruppe und Praxisform.\n")
}

# Daten für Abbildung
plot_alter <- as.data.frame(kreuz_alter)
colnames(plot_alter) <- c("Altersgruppe", "Praxisform", "Haeufigkeit")

plot_alter <- plot_alter %>%
  filter(Praxisform != "Ich weiß es nicht") %>%
  mutate(
    Altersgruppe = factor(
      Altersgruppe,
      levels = c("unter 30", "30–44", "45–59", "60+")
```

```
    ),
    Praxisform = factor(
      Praxisform,
      levels = c("Einzelpraxis", "BAG", "MVZ"),
      labels = c(
        "Einzelpraxis",
        "Berufsausübungsgemeinschaft",
        "Medizinisches Versorgungszentrum"
      )
    )
  )

# Abbildung
ggplot(
  plot_alter,
  aes(
    x = Altersgruppe,
    y = Haeufigkeit,
    fill = Praxisform
  )
) +
  geom_bar(
    stat = "identity",
    position = position_dodge(width = 0.85),
    color = farbe_dunkel,
    linewidth = 0.5,
    width = 0.75
  ) +
  geom_text(
    aes(label = Haeufigkeit),
    position = position_dodge(width = 0.85),
    vjust = -0.25,
    size = 3.8
  ) +
```

```
  scale_fill_manual(
    name = "Praxisform",
    values = c(
      "Einzelpraxis" = "#CFE8F3",
      "Berufsausübungsgemeinschaft" = "#6FA8DC",
      "Medizinisches Versorgungszentrum" = "#0B3C5D"
    )
  ) +
  labs(
    title = "Verteilung der gewählten Praxisform nach Altersgruppe (n = 1.010)",
    subtitle = "Absolute Häufigkeiten; ohne Antwortkategorie „Ich weiß es nicht“",
    x = "Altersgruppe",
    y = "Anzahl der Befragten"
  ) +
  scale_y_continuous(
    expand = expansion(mult = c(0, 0.08))
  ) +
  theme_dissertation +
  theme(
    axis.text.x = element_text(size = 13),
    legend.position = "right",
    plot.title = element_text(face = "bold", size = 20, hjust = 0.5),
    plot.subtitle = element_text(hjust = 0.5),
    legend.title = element_text(face = "bold")
  )
# ================================================================
# Bivariate Analyse: Wohnort × Praxisform
# ================================================================

library(readxl)
library(dplyr)
library(ggplot2)
library(scales)
```

```
# Datensatz einlesen
daten <- read_excel(
  "",
  .name_repair = "unique"
)

# Farben
farbe_hell   <- "#CFE8F3"
farbe_mittel <- "#6FA8DC"
farbe_dunkel <- "#0B3C5D"

# Daten vorbereiten
df_wohnort <- daten %>%
  mutate(
    Wohnort = factor(
      as.character(Wohnort),
      levels = c("1", "2"),
      labels = c("Städtischer Raum", "Ländlicher Raum")
    ),
    Praxisform = factor(
      as.character(`Welche Praxisform wurde zuletzt besucht?`),
      levels = c("1", "2", "3", "4"),
      labels = c("Einzelpraxis", "BAG", "MVZ", "Ich weiß es nicht")
    )
  ) %>%
  filter(
    !is.na(Wohnort),
    !is.na(Praxisform)
  )

# Kreuztabelle
kreuz_wohnort <- table(
  df_wohnort$Wohnort,
  df_wohnort$Praxisform
```

```
)

kreuz_wohnort

# Prozentwerte je Wohnort
round(prop.table(kreuz_wohnort, margin = 1) * 100, 2)

# Chi-Quadrat-Test
chi_wohnort <- chisq.test(kreuz_wohnort)

chi_wohnort

# Cramérs V manuell berechnen
n_total <- sum(kreuz_wohnort)
df_min <- min(nrow(kreuz_wohnort) - 1, ncol(kreuz_wohnort) - 1)

cramers_v_wohnort <- sqrt(
  as.numeric(chi_wohnort$statistic) / (n_total * df_min)
)

cat("\nChi-Quadrat-Test Wohnort × Praxisform:\n")
cat(sprintf(
  "Chi² = %.2f, df = %d, p = %.4f\n",
  chi_wohnort$statistic,
  chi_wohnort$parameter,
  chi_wohnort$p.value
))
cat(sprintf("Cramérs V = %.3f\n", cramers_v_wohnort))

if (chi_wohnort$p.value < 0.05) {
  cat("=> Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Wohnort und Praxis-
form.\n")
} else {
  cat("=> Kein signifikanter Zusammenhang zwischen Wohnort und Praxisform.\n")
```

```
}

# Daten für Abbildung
plot_wohnort <- as.data.frame(kreuz_wohnort)
colnames(plot_wohnort) <- c("Wohnort", "Praxisform", "Haeufigkeit")

plot_wohnort <- plot_wohnort %>%
  filter(Praxisform != "Ich weiß es nicht") %>%
  mutate(
    Praxisform = factor(
      Praxisform,
      levels = c("Einzelpraxis", "BAG", "MVZ"),
      labels = c(
        "Einzelpraxis",
        "Berufsausübungsgemeinschaft",
        "Medizinisches Versorgungszentrum"
      )
    )
  )

# Abbildung
ggplot(
  plot_wohnort,
  aes(x = Wohnort, y = Haeufigkeit, fill = Praxisform)
) +
  geom_col(
    position = position_dodge(width = 0.8),
    color = farbe_dunkel,
    linewidth = 0.5,
    width = 0.7
  ) +
  geom_text(
    aes(label = Haeufigkeit),
    position = position_dodge(width = 0.8),
```

```
  vjust = -0.35,
  size = 4,
  color = farbe_dunkel,
  fontface = "bold"
) +
scale_fill_manual(
  name = "Praxisform",
  values = c(
    "Einzelpraxis" = farbe_hell,
    "Berufsausübungsgemeinschaft" = farbe_mittel,
    "Medizinisches Versorgungszentrum" = farbe_dunkel
  )
) +
scale_y_continuous(
  expand = expansion(mult = c(0, 0.1))
) +
labs(
  title = "Verteilung der gewählten Praxisform nach Wohnort (n = 1.010)",
  subtitle = "Absolute Häufigkeiten; ohne Antwortkategorie „Ich weiß es nicht“",
  x = "Wohnort",
  y = "Anzahl der Befragten"
) +
theme_dissertation +
theme(
  legend.position = "right",
  plot.title = element_text(face = "bold", size = 20, hjust = 0.5),
  plot.subtitle = element_text(hjust = 0.5),
  axis.title = element_text(face = "bold"),
  legend.title = element_text(face = "bold")
)
```

```
# ==============================================================
# Empfehlungsquelle × Praxisform
# Chi-Quadrat-Test, Cramérs V und Abbildung
# ==============================================================

library(readxl)
library(dplyr)
library(ggplot2)
library(scales)

# Datensatz einlesen
daten <- read_excel(
  "",
  .name_repair = "unique"
)

# Farben
farbe_einzelpraxis <- "#CFE8F3"
farbe_bag <- "#6FA8DC"
farbe_mvz <- "#0B3C5D"

# Spalte zur Empfehlungsquelle automatisch finden
empf_spalten <- grep("auf die Praxis aufmerksam", names(daten), value = TRUE)
empf_var <- empf_spalten[1]

# Daten rekodieren
daten_empfehlung <- daten %>%
  mutate(
    Praxisform = factor(
      as.character(`Welche Praxisform wurde zuletzt besucht?`),
      levels = c("1", "2", "3", "4"),
      labels = c(
        "Einzelpraxis",
        "Berufsausübungsgemeinschaft",
```

```
        "Medizinisches Versorgungszentrum",
        "Ich weiß es nicht"
      )
    ),
    Empfehlungsquelle = factor(
      as.character(.data[[empf_var]]),
      levels = c("1", "2", "3", "4"),
      labels = c(
        "Internet / Suchmaschine",
        "Empfehlung durch Hausarzt",
        "Empfehlung durch Krankenhaus",
        "Sonstiges"
      )
    )
  ) %>%
  filter(
    !is.na(Empfehlungsquelle),
    !is.na(Praxisform),
    Praxisform != "Ich weiß es nicht"
  )

# Kreuztabelle
tab_empfehlung <- table(
  daten_empfehlung$Empfehlungsquelle,
  daten_empfehlung$Praxisform
)

cat("\n--- Kreuztabelle: Empfehlungsquelle × Praxisform ---\n")
print(tab_empfehlung)

# Zeilenprozente
cat("\n--- Zeilenprozente ---\n")
print(round(prop.table(tab_empfehlung, margin = 1) * 100, 1))
```

```
# Chi-Quadrat-Test
chi_empfehlung <- chisq.test(tab_empfehlung, correct = FALSE)

cat("\n--- Chi-Quadrat-Test ---\n")
print(chi_empfehlung)

# Erwartete Häufigkeiten
cat("\n--- Erwartete Häufigkeiten ---\n")
print(round(chi_empfehlung$expected, 2))

# Cramérs V
n_total <- sum(tab_empfehlung)

df_min <- min(
  nrow(tab_empfehlung) - 1,
  ncol(tab_empfehlung) - 1
)

cramers_v_empfehlung <- sqrt(
  as.numeric(chi_empfehlung$statistic) / (n_total * df_min)
)

cat("\n--- Effektstärke ---\n")
cat(sprintf("Cramérs V = %.3f\n", cramers_v_empfehlung))

# Daten für Abbildung
plot_empfehlung <- as.data.frame(tab_empfehlung)
colnames(plot_empfehlung) <- c("Empfehlungsquelle", "Praxisform", "Anzahl")

# Abbildung
ggplot(
  plot_empfehlung,
  aes(
    x = Empfehlungsquelle,
```

```
    y = Anzahl,
    fill = Praxisform
  )
) +
  geom_col(
    position = position_dodge(width = 0.85),
    width = 0.75,
    color = farbe_dunkel,
    linewidth = 0.5
  ) +
  geom_text(
    aes(label = Anzahl),
    position = position_dodge(width = 0.85),
    vjust = -0.30,
    size = 3.5,
    color = "#0B3C5D",
    fontface = "bold"
  ) +
  scale_fill_manual(
    name = "Praxisform",
    values = c(
      "Einzelpraxis" = farbe_einzelpraxis,
      "Berufsausübungsgemeinschaft" = farbe_bag,
      "Medizinisches Versorgungszentrum" = farbe_mvz
    )
  ) +
  scale_y_continuous(
    expand = expansion(mult = c(0, 0.12))
  ) +
  labs(
    title = "Verteilung der Praxisformen nach Empfehlungsquelle (n = 1.010)",
    subtitle = "Absolute Häufigkeiten; ohne Antwortkategorie „Ich weiß es nicht“",
    x = "Empfehlungsquelle",
    y = "Anzahl der Befragten"
```

```
  ) +
  theme_dissertation +
  theme(
    plot.title = element_text(face = "bold", size = 20, hjust = 0.5),
    plot.subtitle = element_text(
      hjust = 0.5
    ),
    axis.title = element_text(face = "bold"),
    axis.text.x = element_text(
      angle = 0,
      hjust = 0.5
    ),
    legend.position = "bottom",
    legend.title = element_text(face = "bold")
  )

# ================================================================
# Zufriedenheit × Praxisform
# Chi-Quadrat-Test, Cramérs V und Abbildung
# Darstellung: Praxisform auf x-Achse
# ================================================================

library(readxl)
library(dplyr)
library(ggplot2)
library(scales)

# ----------------------------------------------------------
# 1. Datensatz einlesen
# ----------------------------------------------------------

pfad_datei <- ""

daten <- read_excel(
```

```
  pfad_datei,
  .name_repair = "unique"
)

# ---------------------------------------------------------
# 2. Variablen rekodieren
# ---------------------------------------------------------

daten_zufriedenheit <- daten %>%
  mutate(
    Praxisform = factor(
      as.character(`Welche Praxisform wurde zuletzt besucht?`),
      levels = c("1", "2", "3", "4"),
      labels = c(
        "Einzelpraxis",
        "Berufsausübungsgemeinschaft",
        "Medizinisches Versorgungszentrum",
        "Ich weiß es nicht"
      )
    ),
    Zufriedenheit = factor(
      as.character(`Zufriedenheit besuchte Facharztpraxis:`),
      levels = c("1", "2", "3", "4", "5", "6"),
      labels = c(
        "Sehr zufrieden",
        "Zufrieden",
        "Eher zufrieden",
        "Eher unzufrieden",
        "Unzufrieden",
        "Gar nicht zufrieden"
      )
    )
  ) %>%
  filter(
```

```
    !is.na(Praxisform),
    !is.na(Zufriedenheit)
  )

# ----------------------------------------------------------
# 3. Kreuztabelle
# ----------------------------------------------------------

kreuz_zufriedenheit <- table(
  daten_zufriedenheit$Zufriedenheit,
  daten_zufriedenheit$Praxisform
)

cat("\n--- Kreuztabelle: Zufriedenheit × Praxisform ---\n")
print(kreuz_zufriedenheit)

cat("\n--- Spaltenprozente: Zufriedenheit innerhalb der Praxisformen ---\n")
print(round(prop.table(kreuz_zufriedenheit, margin = 2) * 100, 1))

# ----------------------------------------------------------
# 4. Chi-Quadrat-Test
# ----------------------------------------------------------

chi_zufriedenheit <- chisq.test(
  kreuz_zufriedenheit,
  correct = FALSE
)

cat("\n--- Chi-Quadrat-Test ---\n")
print(chi_zufriedenheit)

cat("\n--- Erwartete Häufigkeiten ---\n")
print(round(chi_zufriedenheit$expected, 2))
```

```
# ----------------------------------------------------------
# 5. Cramérs V berechnen
# ----------------------------------------------------------

n_total <- sum(kreuz_zufriedenheit)

df_min <- min(
  nrow(kreuz_zufriedenheit) - 1,
  ncol(kreuz_zufriedenheit) - 1
)

cramers_v_zufriedenheit <- sqrt(
  as.numeric(chi_zufriedenheit$statistic) / (n_total * df_min)
)

cat("\n--- Effektstärke ---\n")
cat(sprintf("Cramérs V = %.3f\n", cramers_v_zufriedenheit))

# ----------------------------------------------------------
# 6. Daten für Abbildung vorbereiten
# ----------------------------------------------------------

plot_zufriedenheit <- daten_zufriedenheit %>%
  filter(
    Praxisform %in% c(
      "Einzelpraxis",
      "Berufsausübungsgemeinschaft",
      "Medizinisches Versorgungszentrum"
    )
  ) %>%
  count(Praxisform, Zufriedenheit, name = "Anzahl") %>%
  mutate(
    Praxisform = factor(
      Praxisform,
```

```
      levels = c(
        "Einzelpraxis",
        "Berufsausübungsgemeinschaft",
        "Medizinisches Versorgungszentrum"
      )
    ),
    Zufriedenheit = factor(
      Zufriedenheit,
      levels = c(
        "Sehr zufrieden",
        "Zufrieden",
        "Eher zufrieden",
        "Eher unzufrieden",
        "Unzufrieden",
        "Gar nicht zufrieden"
      )
    )
  )

# ----------------------------------------------------------
# 7. Farben für Zufriedenheit
# ----------------------------------------------------------

farben_zufriedenheit <- c(
  "Sehr zufrieden" = "#CFE8F3",
  "Zufrieden" = "#A9D3EA",
  "Eher zufrieden" = "#6FA8DC",
  "Eher unzufrieden" = "#3D7FB8",
  "Unzufrieden" = "#1F5F8B",
  "Gar nicht zufrieden" = "#0B3C5D"
)
```

```
# ------------------------------------------------------------
# 8. Abbildung: absolute Häufigkeiten
# ------------------------------------------------------------

ggplot(
  plot_zufriedenheit,
  aes(
    x = Praxisform,
    y = Anzahl,
    fill = Zufriedenheit
  )
) +
  geom_col(
    position = position_dodge(width = 0.85),
    width = 0.75,
    color = farbe_dunkel,
    linewidth = 0.5
  ) +
  geom_text(
    aes(label = Anzahl),
    position = position_dodge(width = 0.85),
    vjust = -0.30,
    size = 3.3,
    color = "#0B3C5D",
    fontface = "bold"
  ) +
  scale_fill_manual(
    name = "Zufriedenheit",
    values = farben_zufriedenheit
  ) +
  scale_y_continuous(
    expand = expansion(mult = c(0, 0.12))
  ) +
  labs(
```

```
    title = "Verteilung der Zufriedenheit nach besuchter Praxisform (n = 1.010)",
    subtitle = "Absolute Häufigkeiten; ohne Antwortkategorie „Ich weiß es nicht“ bei der
Praxisform",
    x = "Besuchte Praxisform",
    y = "Anzahl der Befragten"
  ) +
  theme_dissertation +
  theme(
    plot.title = element_text(face = "bold", size = 20, hjust = 0.5),
    plot.subtitle = element_text(
      size = 15,
      hjust = 0.5
    ),
    axis.title = element_text(face = "bold"),
    axis.text.x = element_text(
      angle = 0,
      hjust = 0.5
    ),
    legend.position = "bottom",
    legend.title = element_text(face = "bold")
  )

# ------------------------------------------------------------
# 9. Optionale Abbildung: relative Anteile je Praxisform
# ------------------------------------------------------------

ggplot(
  plot_zufriedenheit,
  aes(
    x = Praxisform,
    y = Anzahl,
    fill = Zufriedenheit
  )
) +
```

```
geom_col(
  position = "fill",
  width = 0.75,
  color = farbe_dunkel, linewidth = 0.5
) +
scale_fill_manual(
  name = "Zufriedenheit",
  values = farben_zufriedenheit
) +
scale_y_continuous(
  labels = percent_format(accuracy = 1)
) +
labs(
  title = "Relative Verteilung der Zufriedenheit nach besuchter Praxisform (n = 1.010)",
  subtitle = "Prozentuale Anteile innerhalb der jeweiligen Praxisform",
  x = "Besuchte Praxisform",
  y = "Anteil der Befragten"
) +
theme_dissertation +
theme(
  plot.title = element_text(face = "bold", size = 20, hjust = 0.5),
  plot.subtitle = element_text(
    size = 15,
    hjust = 0.5
  ),
  axis.title = element_text(face = "bold"),
  axis.text.x = element_text(
    angle = 0,
    hjust = 0.5
  ),
  legend.position = "bottom",
  legend.title = element_text(face = "bold")
)
```

```
# ==============================================================
# Praxisform bei schwerer Erkrankung
# Chi-Quadrat-Anpassungstest, Cohen's w und Abbildung
# ==============================================================

library(readxl)
library(dplyr)
library(ggplot2)

# Datensatz einlesen
daten <- read_excel(
  "",
  .name_repair = "unique"
)

# Farben
farbe_einzelpraxis <- "#CFE8F3"
farbe_bag <- "#6FA8DC"
farbe_mvz <- "#0B3C5D"

# Variable rekodieren
daten_schwer <- daten %>%
  mutate(
    Praxisform_schwer = factor(
      as.character(`Welche Praxisart bei schwerer Erkrankung`),
      levels = c("1", "2", "3"),
      labels = c(
        "Einzelpraxis",
        "Berufsausübungsgemeinschaft",
        "Medizinisches Versorgungszentrum"
      )
    )
  ) %>%
  filter(!is.na(Praxisform_schwer))
```

```
# Häufigkeiten
tab_schwer_df <- daten_schwer %>%
  count(Praxisform_schwer, name = "Anzahl") %>%
  mutate(
    Prozent = round(100 * Anzahl / sum(Anzahl), 1)
  )

print(tab_schwer_df)

# Chi-Quadrat-Anpassungstest gegen Gleichverteilung
chi_schwer <- chisq.test(
  x = tab_schwer_df$Anzahl,
  p = rep(1 / nrow(tab_schwer_df), nrow(tab_schwer_df))
)

cat("\n--- Chi-Quadrat-Anpassungstest ---\n")
print(chi_schwer)

# Cohen's w
n_total <- sum(tab_schwer_df$Anzahl)

cohens_w <- sqrt(
  as.numeric(chi_schwer$statistic) / n_total
)

cat("\n--- Effektgröße ---\n")
cat(sprintf("Cohen's w = %.3f\n", cohens_w))

if (cohens_w < 0.10) {
  cat("Interpretation: sehr kleiner Effekt\n")
} else if (cohens_w < 0.30) {
  cat("Interpretation: kleiner Effekt\n")
} else if (cohens_w < 0.50) {
```

```
  cat("Interpretation: mittlerer Effekt\n")
} else {
  cat("Interpretation: großer Effekt\n")
}

# Abbildung
ggplot(
  tab_schwer_df,
  aes(
    x = Praxisform_schwer,
    y = Anzahl,
    fill = Praxisform_schwer
  )
) +
  geom_col(
    color = "#0B3C5D",
    width = 0.70
  ) +
  geom_text(
    aes(label = Anzahl),
    vjust = -0.35,
    size = 4,
    color = "#0B3C5D",
    fontface = "bold"
  ) +
  scale_fill_manual(
    values = c(
      "Einzelpraxis" = farbe_einzelpraxis,
      "Berufsausübungsgemeinschaft" = farbe_bag,
      "Medizinisches Versorgungszentrum" = farbe_mvz
    )
  ) +
  scale_y_continuous(
    expand = expansion(mult = c(0, 0.12))
```

```
  ) +
  labs(
    title = "Gewählte Praxisform bei schwerer Erkrankung (n = 1.010)",
    x = "Praxisform",
    y = "Anzahl der Befragten"
  ) +
  theme_dissertation +
  theme(
    plot.title = element_text(face = "bold", size = 20, hjust = 0.5),
    axis.title = element_text(face = "bold"),
    axis.text.x = element_text(
      angle = 0,
      hjust = 0.5
    ),
    legend.position = "none"
  )

# ================================================================
# Radar-Chart: Wahrgenommene Eigenschaften der Praxisformen
# ================================================================

vars_meinung <- names(daten)[grepl("^Persönliche Meinung:", names(daten))]

radar_daten <- daten %>%
  select(all_of(vars_meinung)) %>%
  rename_with(~ paste0("Merkmal_", seq_along(.x))) %>%
  pivot_longer(
    cols = everything(),
    names_to = "Eigenschaft",
    values_to = "Praxisform_Code"
  ) %>%
  mutate(Praxisform = recode_praxis_meinung(Praxisform_Code)) %>%
  filter(!is.na(Praxisform)) %>%
  count(Praxisform, Eigenschaft, name = "n") %>%
```

```
  group_by(Eigenschaft) %>%
  mutate(Anteil = 100 * n / sum(n)) %>%
  ungroup() %>%
  select(Praxisform, Eigenschaft, Anteil) %>%
  pivot_wider(
    names_from = Eigenschaft,
    values_from = Anteil,
    values_fill = 0
  )

radar_plot <- as.data.frame(radar_daten)
rownames(radar_plot) <- radar_plot$Praxisform
radar_plot$Praxisform <- NULL

radar_plot <- rbind(
  Maximum = rep(100, ncol(radar_plot)),
  Minimum = rep(0, ncol(radar_plot)),
  radar_plot
)

farben_linien <- c("#CFE8F3", "#6FA8DC", "#0B3C5D")
farben_flaechen <- adjustcolor(farben_linien, alpha.f = 0.25)

if (!requireNamespace("fmsb", quietly = TRUE)) {
  stop(
    paste0(
      "Für das Radar-Chart wird das Paket 'fmsb' benötigt. ",
      "Bitte einmalig mit install.packages(\"fmsb\") installieren."
    )
  )
}

fmsb::radarchart(
  radar_plot,
```

```
  axistype = 1,
  pcol = farben_linien,
  pfcol = farben_flaechen,
  plwd = 2.5,
  plty = 1,
  cglcol = "grey70",
  cglty = 1,
  cglwd = 0.9,
  axislabcol = "grey30",
  caxislabels = c("0%", "25%", "50%", "75%", "100%"),
  vlcex = 1.0,
  title = "Wahrgenommene Eigenschaften der Praxisformen (n = 1.010)"
)

legend(
  "topright",
  legend = rownames(radar_plot)[3:nrow(radar_plot)],
  col = farben_linien,
  lty = 1,
  lwd = 2,
  bty = "n",
  cex = 0.8
)

# Bivariate Analyse: Facharztrichtung × Praxisform
# ==============================================================

library(dplyr)
library(ggplot2)
library(scales)
library(rcompanion)
```

```
# ------------------------------------------------------------
# 1. Daten für Facharztrichtung vorbereiten
# ------------------------------------------------------------

daten_fach <- daten %>%
  transmute(
    Fachrichtung = factor(
      as.character(`Welche Facharztrichtung wurde besucht?`),
      levels = c(1:17),
      labels = c(
        "Anästhesiologie",
        "Augenheilkunde",
        "Chirurgie",
        "Dermatologie",
        "Gynäkologie",
        "HNO",
        "Innere Medizin",
        "Kardiologie",
        "MKG-Chirurgie",
        "Neurologie",
        "Psychosomatik",
        "Onkologie",
        "Radiologie",
        "Strahlentherapie",
        "Urologie",
        "Sonstige",
        "Orthopädie"
      )
    ),
    Praxisform = factor(
      as.character(`Welche Praxisform wurde zuletzt besucht?`),
      levels = c("1", "2", "3"),
      labels = c(
        "Einzelpraxis",
```

```
      "Berufsausübungsgemeinschaft",
      "Medizinisches Versorgungszentrum"
    )
  )
 ) %>%
 filter(!is.na(Fachrichtung), !is.na(Praxisform))

# ------------------------------------------------------------
# 2. Kreuztabelle
# ------------------------------------------------------------

table_fach <- table(
  daten_fach$Fachrichtung,
  daten_fach$Praxisform
)

table_fach

# Zeilenprozente
round(prop.table(table_fach, margin = 1) * 100, 1)

# ------------------------------------------------------------
# 3. Chi-Quadrat-Test
# ------------------------------------------------------------

chi_fach <- chisq.test(table_fach)

chi_fach

chi_fach$statistic
chi_fach$parameter
chi_fach$p.value

# Standardisierte Residuen
```

```
round(chi_fach$stdres, 2)

# ------------------------------------------------------------
# 4. Effektstärke: Cramérs V
# ------------------------------------------------------------

cramerV(table_fach)
# ------------------------------------------------------------
# 5. Diagramm: alle Facharztrichtungen
# ------------------------------------------------------------

ggplot(
  daten_fach,
  aes(x = Fachrichtung, fill = Praxisform)
) +
  geom_bar(position = "fill", color = farbe_dunkel, width = 0.8, linewidth = 0.5) +
  scale_y_continuous(labels = percent_format(accuracy = 1)) +
  scale_fill_manual(
    name = "Praxisform",
    values = c(
      "Einzelpraxis" = "#CFE8F3",
      "Berufsausübungsgemeinschaft" = "#6FA8DC",
      "Medizinisches Versorgungszentrum" = "#0B3C5D"
    )
  ) +
  labs(
    title = "Verteilung der Praxisformen nach Facharztrichtung (n = 1.010)",
    subtitle = "Relative Anteile innerhalb der jeweiligen Facharztrichtung",
    x = "Facharztrichtung",
    y = "Anteil der Befragten"
  ) +
  theme_dissertation +
  theme(
    axis.text.x = element_text(angle = 45, hjust = 1),
```

```
    legend.position = "right",
    plot.title = element_text(face = "bold", size = 20, hjust = 0.5),
    plot.subtitle = element_text(hjust = 0.5),
    legend.title = element_text(face = "bold")
  )

# ------------------------------------------------------------
# 6. Diagramm: statistisch auffällige Fachrichtungen
# ------------------------------------------------------------

daten_fach_select <- daten_fach %>%
  filter(
    Fachrichtung %in% c(
      "Dermatologie",
      "Gynäkologie",
      "Kardiologie",
      "Onkologie",
      "Radiologie"
    )
  )

ggplot(
  daten_fach_select,
  aes(x = Fachrichtung, fill = Praxisform)
) +
  geom_bar(position = "fill", color = farbe_dunkel, width = 0.75, linewidth = 0.5) +
  scale_y_continuous(labels = percent_format(accuracy = 1)) +
  scale_fill_manual(
    name = "Praxisform",
    values = c(
      "Einzelpraxis" = "#CFE8F3",
      "Berufsausübungsgemeinschaft" = "#6FA8DC",
      "Medizinisches Versorgungszentrum" = "#0B3C5D"
    )
```

```
  ) +
  labs(
    title = "Praxisformen nach ausgewählten Facharztrichtungen (n = 1.010)",
    subtitle = "Relative Anteile innerhalb statistisch auffälliger Fachrichtungen",
    x = "Facharztrichtung",
    y = "Anteil der Befragten"
  ) +
  theme_dissertation +
  theme(
    axis.text.x = element_text(angle = 0, hjust = 0.5),
    legend.position = "right",
    plot.title = element_text(face = "bold", size = 20, hjust = 0.5),
    plot.subtitle = element_text(hjust = 0.5),
    legend.title = element_text(face = "bold")
  )


# Multinomiale logistische Regression und Abbildungen
# ==================================================================

# Pakete laden
library(readxl)
library(dplyr)
library(nnet)
library(pscl)
library(broom)
library(ggplot2)
library(scales)
library(forcats)

# ------------------------------------------------------------
# 1. Datensatz einlesen
# ------------------------------------------------------------
```

```
daten <- read_excel(
  "",
  .name_repair = "unique"
)

# ----------------------------------------------------------
# 2. Empfehlungsquelle rekodieren
# ----------------------------------------------------------

empf_spalten <- grep("auf die Praxis aufmerksam", names(daten), value = TRUE)
empf_var <- empf_spalten[length(empf_spalten)]

daten <- daten %>%
  mutate(
    Empfehlung_Text = .data[[empf_var]],
    Empfehlungsquelle = case_when(
      grepl("Hausarzt|Arzt|Ärztin|Facharzt|Psychotherapeut|Rheumatolog|Krankenhaus|On-
kolog|Zahnarzt|Gynäkolog",
            Empfehlung_Text, ignore.case = TRUE) ~ "Medizinische Empfehlung",
      grepl("Familie|Freund|Bekannte|Kolleg|Angehörige|Mutter|Mama|Ehepartner|Ver-
wandte|Nachbarn|Mundpropaganda",
            Empfehlung_Text, ignore.case = TRUE) ~ "Soziales Umfeld",
      grepl("Doctolib|Doctorlip|Internet|Google|Suchmaschine|Krankenkasse|Gelbe Sei-
ten|Recherche|App",
            Empfehlung_Text, ignore.case = TRUE) ~ "Online-Informationsquelle",
      grepl("Nähe|Wohnort|wohnort|Ortsnah|Ortsnähe|Nachbarschaft|Umgebung|erreich-
bar|einzige",
            Empfehlung_Text, ignore.case = TRUE) ~ "Wohnort/Erreichbarkeit",
      grepl("langjähr|Patient|Stamm|bekannt|Kannte|kenne|schon|Vorgänger|Nachfol-
ger|Übernahme|übernommen",
            Empfehlung_Text, ignore.case = TRUE) ~ "Bestehende Patientenbeziehung",
      is.na(Empfehlung_Text) ~ "Keine Angabe",
      TRUE ~ "Sonstige"
    )
```

```
  )

table(daten$Empfehlungsquelle, useNA = "ifany")

# ----------------------------------------------------------
# 3. Analysedatensatz erstellen
# ----------------------------------------------------------

daten_reg <- daten %>%
  filter(`Welche Praxisform wurde zuletzt besucht?` %in% c(1, 2, 3)) %>%
  mutate(
    Praxisform = factor(
      `Welche Praxisform wurde zuletzt besucht?`,
      levels = c(1, 2, 3),
      labels = c("Einzelpraxis", "BAG", "MVZ")
    ),
    Praxisform = relevel(Praxisform, ref = "Einzelpraxis"),

    Geschlecht = factor(Geschlecht),
    Versicherungsstatus = factor(Versicherungsstatus),
    Wohnort = factor(Wohnort),
    Chronisch = factor(`Chronische Erkrankungen`),
    Ueberweisung = factor(`Lag eine Überweisung vor?`),
    Wartezeit = factor(`Wie hoch war die Dauer der Wartezeit auf den Termin?`),
    Empfehlungsquelle = relevel(factor(Empfehlungsquelle), ref = "Keine Angabe"),

    Entfernung = as.numeric(`Entfernung nächste Facharztpraxis`),
    Alter = as.numeric(Alter),

    Beruf = factor(
      `Berufliche Tätigkeit`,
      levels = c(1, 2, 3, 4, 5),
      labels = c(
        "Handwerklich",
```

```
        "Kaufmännisch",
        "Student",
        "Rentner",
        "Keine Tätigkeit"
      )
    ),
    Beruf = relevel(Beruf, ref = "Kaufmännisch")
  )
# ---------------------------------------------------------
# 4. Multinomiale logistische Regression
# ---------------------------------------------------------

modell4 <- multinom(
  Praxisform ~
    Alter +
    Geschlecht +
    Beruf +
    Versicherungsstatus +
    Wohnort +
    Chronisch +
    Entfernung +
    Wartezeit +
    Ueberweisung +
    Empfehlungsquelle,
  data = daten_reg
)

summary(modell4)

# p-Werte
z_werte4 <- summary(modell4)$coefficients /
  summary(modell4)$standard.errors

p_werte4 <- 2 * (1 - pnorm(abs(z_werte4)))
```

```
round(p_werte4, 4)

# Odds Ratios
round(exp(coef(modell4)), 3)

# Modellgüte
pR2(modell4)
AIC(modell4)

# ----------------------------------------------------------
# 5. Forest Plot der Regression
# ----------------------------------------------------------

forest_data <- tidy(modell4, conf.int = TRUE, exponentiate = TRUE) %>%
  filter(term != "(Intercept)") %>%
  filter(!grepl("Geschlecht3", term)) %>%
  mutate(
    Vergleich = factor(
      y.level,
      levels = c("BAG", "MVZ"),
      labels = c(
        "Berufsausübungsgemeinschaft vs. Einzelpraxis",
        "Medizinisches Versorgungszentrum vs. Einzelpraxis"
      )
    ),
    Signifikanz = ifelse(p.value < 0.05, "signifikant", "nicht signifikant"),
    term = recode(
      term,
      "Alter" = "Alter",
      "Geschlecht2" = "Geschlecht: männlich (Ref.: weiblich)",
      "BerufHandwerklich" = "Beruf: handwerklich (Ref.: kaufmännisch)",
      "BerufStudent" = "Beruf: Student (Ref.: kaufmännisch)",
      "BerufRentner" = "Beruf: Rentner (Ref.: kaufmännisch)",
      "BerufKeine Tätigkeit" = "Beruf: keine Tätigkeit (Ref.: kaufmännisch)",
```

```
    "Versicherungsstatus2" = "Privat versichert (Ref.: gesetzlich versichert)",
    "Wohnort2" = "Ländlicher Raum (Ref.: städtischer Raum)",
    "Chronisch2" = "Keine chronische Erkrankung (Ref.: chronische Erkrankung)",
    "Entfernung" = "Entfernung zur nächsten Facharztpraxis (n = 1.010)",
    "Wartezeit2" = "Wartezeit: 1 Woche (Ref.: unter 1 Woche)",
    "Wartezeit3" = "Wartezeit: 2 Wochen",
    "Wartezeit4" = "Wartezeit: 3 Wochen",
    "Wartezeit5" = "Wartezeit: 1 Monat",
    "Wartezeit6" = "Wartezeit: 2 Monate",
    "Wartezeit7" = "Wartezeit: mehr als 2 Monate",
    "Wartezeit8" = "Wartezeit: mehr als 3 Monate",
    "Wartezeit9" = "Wartezeit: 6 Monate oder länger",
    "Wartezeit10" = "Wartezeit: unbekannt",
    "Ueberweisung2" = "Keine Überweisung (Ref.: Überweisung vorhanden)",
    "Ueberweisung3" = "Überweisung: keine Angabe",
    "EmpfehlungsquelleBestehende Patientenbeziehung" = "Bestehende Patientenbezie-
hung",
    "EmpfehlungsquelleMedizinische Empfehlung" = "Medizinische Empfehlung",
    "EmpfehlungsquelleOnline-Informationsquelle" = "Online-Informationsquelle",
    "EmpfehlungsquelleSonstige" = "Sonstige Informationsquelle",
    "EmpfehlungsquelleSoziales Umfeld" = "Soziales Umfeld",
    "EmpfehlungsquelleWohnort/Erreichbarkeit" = "Wohnort / Erreichbarkeit"
  )
 )

forest_data$term <- factor(
 forest_data$term,
 levels = rev(c(
  "Alter",
  "Geschlecht: männlich (Ref.: weiblich)",
  "Beruf: handwerklich (Ref.: kaufmännisch)",
  "Beruf: Student (Ref.: kaufmännisch)",
  "Beruf: Rentner (Ref.: kaufmännisch)",
  "Beruf: keine Tätigkeit (Ref.: kaufmännisch)",
```

```
    "Privat versichert (Ref.: gesetzlich versichert)",
    "Ländlicher Raum (Ref.: städtischer Raum)",
    "Keine chronische Erkrankung (Ref.: chronische Erkrankung)",
    "Entfernung zur nächsten Facharztpraxis (n = 1.010)",
    "Wartezeit: 1 Woche (Ref.: unter 1 Woche)",
    "Wartezeit: 2 Wochen",
    "Wartezeit: 3 Wochen",
    "Wartezeit: 1 Monat",
    "Wartezeit: 2 Monate",
    "Wartezeit: mehr als 2 Monate",
    "Wartezeit: mehr als 3 Monate",
    "Wartezeit: 6 Monate oder länger",
    "Wartezeit: unbekannt",
    "Keine Überweisung (Ref.: Überweisung vorhanden)",
    "Überweisung: keine Angabe",
    "Medizinische Empfehlung",
    "Soziales Umfeld",
    "Online-Informationsquelle",
    "Wohnort / Erreichbarkeit",
    "Bestehende Patientenbeziehung",
    "Sonstige Informationsquelle"
  ))
)

# Die beiden Modellvergleiche werden getrennt dargestellt,
# damit Odds Ratios und Konfidenzintervalle gut lesbar bleiben.

erstelle_forest_plot <- function(daten_plot, titel) {
  ggplot(daten_plot, aes(x = estimate, y = term)) +
    geom_vline(
      xintercept = 1,
      linetype = "dashed",
      linewidth = 0.7,
      color = "grey40"
```

```
  ) +
  geom_errorbarh(
    aes(xmin = conf.low, xmax = conf.high),
    height = 0.22,
    linewidth = 0.8,
    color = farbe_dunkel
  ) +
  geom_point(
    aes(shape = Signifikanz),
    size = 4,
    color = farbe_dunkel,
    fill = farbe_mittel,
    stroke = 0.9
  ) +
  scale_x_log10() +
  labs(
    title = titel,
    subtitle = paste0(
      "Odds Ratios mit 95-%-Konfidenzintervallen; ",
      "Referenzkategorie: Einzelpraxis"
    ),
    x = "Odds Ratio (logarithmische Skala)",
    y = "Einflussfaktoren der Praxiswahl",
    shape = "Signifikanz",
    caption = "Die gestrichelte Linie bei OR = 1 kennzeichnet keinen Unterschied zur Re-
ferenzkategorie."
  ) +
  theme_dissertation +
  theme(
    axis.text.y = element_text(size = 13),
    legend.position = "bottom",
    plot.margin = margin(t = 15, r = 25, b = 15, l = 15)
  )
}
```

```
forest_data_bag <- forest_data %>%
  filter(
    Vergleich == "Berufsausübungsgemeinschaft vs. Einzelpraxis"
  )

forest_data_mvz <- forest_data %>%
  filter(
    Vergleich == "Medizinisches Versorgungszentrum vs. Einzelpraxis"
  )

plot_forest_bag <- erstelle_forest_plot(
  forest_data_bag,
  "Einflussfaktoren auf die Wahl einer Berufsausübungsgemeinschaft (n = 1.010)"
)

plot_forest_mvz <- erstelle_forest_plot(
  forest_data_mvz,
  "Einflussfaktoren auf die Wahl eines Medizinischen Versorgungszentrums (n = 1.010)"
)

print(plot_forest_bag)
print(plot_forest_mvz)

# ------------------------------------------------------------
# 6. Abbildung: Praxiswahl nach Empfehlungsquelle
# ------------------------------------------------------------

plot_empfehlung <- daten_reg %>%
  filter(
    !is.na(Empfehlungsquelle),
    Empfehlungsquelle != "Keine Angabe",
    !is.na(Praxisform)
  ) %>%
```

```
  mutate(
    Empfehlungsquelle = as.character(Empfehlungsquelle),
    Empfehlungsquelle = recode(
      Empfehlungsquelle,
      "Soziales Umfeld" = "Soziales Mikroumfeld",
      "Wohnort/Erreichbarkeit" = "Wohnort / Erreichbarkeit"
    ),
    Empfehlungsquelle = factor(
      Empfehlungsquelle,
      levels = c(
        "Medizinische Empfehlung",
        "Bestehende Patientenbeziehung",
        "Soziales Mikroumfeld",
        "Wohnort / Erreichbarkeit",
        "Online-Informationsquelle",
        "Sonstige"
      )
    ),
    Praxisform = factor(
      Praxisform,
      levels = c("Einzelpraxis", "BAG", "MVZ"),
      labels = c(
        "Einzelpraxis",
        "Berufsausübungsgemeinschaft",
        "Medizinisches Versorgungszentrum"
      )
    )
  ) %>%
  filter(!is.na(Empfehlungsquelle))

ggplot(plot_empfehlung, aes(x = Empfehlungsquelle, fill = Praxisform)) +
  geom_bar(position = "fill", color = farbe_dunkel, width = 0.75, linewidth = 0.5) +
  scale_y_continuous(labels = percent_format(accuracy = 1)) +
  scale_fill_manual(
```

```
    name = "Praxisform",
    values = c(
      "Einzelpraxis" = "#CFE8F3",
      "Berufsausübungsgemeinschaft" = "#6FA8DC",
      "Medizinisches Versorgungszentrum" = "#0B3C5D"
    )
  ) +
  labs(
    title = "Praxiswahl nach Empfehlungsquelle (n = 1.010)",
    subtitle = "Relative Verteilung der gewählten Praxisformen; ohne Fälle ohne Angabe",
    x = "Empfehlungsquelle",
    y = "Anteil der Befragten"
  ) +
  theme_dissertation +
  theme(
    axis.text.x = element_text(angle = 20, hjust = 1),
    legend.position = "right",
    plot.title = element_text(face = "bold", size = 20, hjust = 0.5),
    plot.subtitle = element_text(hjust = 0.5),
    legend.title = element_text(face = "bold")
  )

# ------------------------------------------------------------
# 7. Abbildung: Praxiswahl nach beruflicher Tätigkeit
# ------------------------------------------------------------

plot_beruf <- daten_reg %>%
  filter(
    !is.na(`Berufliche Tätigkeit`),
    `Berufliche Tätigkeit` != -9,
    !is.na(Praxisform)
  ) %>%
  mutate(
    Beruf = factor(
```

```
      `Berufliche Tätigkeit`,
      levels = c(1, 2, 3, 4, 5),
      labels = c(
        "Körperliche/handwerkliche Tätigkeit",
        "Kaufmännische/verwaltende Tätigkeit",
        "Student",
        "Rentner",
        "Keine berufliche Tätigkeit"
      )
    ),
    Praxisform = factor(
      Praxisform,
      levels = c("Einzelpraxis", "BAG", "MVZ"),
      labels = c(
        "Einzelpraxis",
        "Berufsausübungsgemeinschaft",
        "Medizinisches Versorgungszentrum"
      )
    )
  )

ggplot(plot_beruf, aes(x = Beruf, fill = Praxisform)) +
  geom_bar(position = "fill", color = farbe_dunkel, width = 0.75, linewidth = 0.5) +
  scale_y_continuous(labels = percent_format(accuracy = 1)) +
  scale_fill_manual(
    name = "Praxisform",
    values = c(
      "Einzelpraxis" = "#CFE8F3",
      "Berufsausübungsgemeinschaft" = "#6FA8DC",
      "Medizinisches Versorgungszentrum" = "#0B3C5D"
    )
  ) +
  scale_x_discrete(labels = scales::label_wrap(22)) +
  labs(
```

```
  title = "Praxiswahl nach beruflicher Tätigkeit (n = 1.010)",
  subtitle = "Relative Verteilung der gewählten Praxisformen",
  x = "Berufliche Tätigkeit",
  y = "Anteil der Befragten"
) +
theme_dissertation +
theme(
  axis.text.x = element_text(angle = 20, hjust = 1),
  legend.position = "right",
  plot.title = element_text(face = "bold", size = 20, hjust = 0.5),
  plot.subtitle = element_text(hjust = 0.5),
  legend.title = element_text(face = "bold")
)
```

Anhang 3: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden für Patienten zur Thematik ambulante vertragsärztliche Versorgung in Deutschland

Einführung in die Thematik:

In meiner Dissertation beschäftige ich mich intensiv mit der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. Ich gehe der Fragestellung nach, ob es bestimmte Gründe dafür gibt, weshalb ein Patient eine Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft oder ein MVZ aufsucht.

Es geht hierbei um eine freie Assoziationsübung, d.h. es sollen alle Gedanken, welche Ihnen zu den folgenden Fragen einfallen, ungefiltert und ohne Einschränkungen ausgesprochen werden, um sie später zu analysieren.

Frage	Hintergrund/ Bedeutung der Frage	Fragetechnik
Einleitung		
Können Sie mir zunächst bitte etwas zu sich erzählen: Wie alt sind Sie? Wo wohnen Sie (PLZ) und welcher beruflichen Tätigkeit gehen Sie nach? Wohnen Sie im ländlichen oder im städtischen Raum? Wie würden Sie sagen, ist die ärztliche Versorgung in Ihrer Umgebung?	Soziodemografische Daten	
Leiden Sie selbst an einer chronischen Erkrankung? Sind Sie gesetzlich oder privat versichert und wie weit ist die nächste Facharztpraxis von Ihrem Wohnort entfernt?	Erweiterte soziodemografische Daten bezogen auf die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Deutschland.	
Hauptteil		
1. Wenn Sie nun einmal an Ihren letzten Facharztbesuch zurückdenken, können Sie mir noch sagen, wie lange ist dieser her ist und welche Fachrichtung Sie besucht haben?	Ziel ist es herauszufinden, wie häufig jemand zum Arzt geht und welche Fachärzte eine höhere Auslastung aufzeigen.	Hermeneutik
2. Wissen Sie noch, wie lange die Wartezeit war, von der Kontaktaufnahme zu der Praxis, bis der Termin tatsächlich stattgefunden hat und ob dafür eine Überweisung vorlag?	Erfassung weiterer Faktoren bezüglich des Facharztbesuches und ob vor dem Facharztbesuch bereits ein Hausarzt besucht wurde.	Hermeneutik

3.	Um was für eine Praxiskooperation handelte es sich bei der besuchten Praxis?	Erfassen der Anzahl an Besuchen in verschiedenen Praxisarten.	Hermeneutik
4.	Wenn es sich um eine Einzelpraxis oder eine BAG handelt: Würden Sie diese Praxis weiterhin besuchen, auch wenn sie von einem MVZ übernommen wird?	Ziel ist es hier herauszufinden, ob Patienten ggf. gegen MVZ eine Abneigung empfinden aufgrund von Kapitalträgern, die dahinterstehen.	Hermeneutik
→ Fall ja, warum? Falls nein, warum nicht?			Problemzentrierte Frage
5.	Wie sind Sie grundsätzliche auf die Praxis aufmerksam geworden?	Diese Fragestellung soll hervorbringen, wie die befragten Personen auf die Praxiskooperation gelenkt wurden.	Hermeneutik
6.	Waren Sie mit der Behandlung zufrieden?	Ziel der Frage ist es herauszufinden, welche Zufriedenheit die befragten Personen in einer bestimmten Praxiskooperation empfinden.	Hermeneutik
7.	Stellen Sie sich bitte einmal vor, dass Sie an einer schweren, akuten Erkrankung erleiden. Würden Sie dann eher in eine Einzelpraxis, BAG oder MVZ gehen? Und warum wäre das so?	Es erfolgt die Vorstellung einer schweren Erkrankung und die Überlegung, innerhalb welcher Praxiskooperation die beste Versorgung gewährleistet sein könnte.	Projektives Verfahren, Problemzentrierte Frage
8.	Wenn Sie schon einmal in einem MVZ waren, waren Sie dort nur in einer Fachrichtung oder haben Sie dort auch andere Fachrichtungen besucht? Falls ja, wie kam es dazu?	Die Frage dient dazu herauszufinden, ob die befragte Person auch andere Fachabteilungen des MVZ besucht und woher die Intention kam.	Hermeneutik
9.	Ich möchte Sie gerne zuletzt noch nach Ihrer persönlichen Meinung bezüglich der Arbeitsweise innerhalb der verschiedenen Praxiskooperationen befragen: 9.1 Was denken Sie denn, in welcher Praxisform erhalten Sie die umfang-	Die Frage dient mit ihren Unterfragen dazu die grundsätzliche Haltung bzw. Arbeitsweise gegenüber der verschiedenen Praxiskooperationen einzuschätzen bzw. zu beurteilen.	Hermeneutik

reichsten Informationen zu Ihrer Erkrankung und warum denken Sie das?

9.2 Wo denken Sie denn, hat man das meiste Verständnis und Einfühlungsvermögen für Sie und Ihre Erkrankung?

9.3 Was glauben Sie, in welcher Praxisart nimmt man sich am meisten Zeit für Ihre Anliegen? Und warum glauben Sie das?

9.4 Denken Sie, es gibt eine Praxisform, die besonders gründlich arbeitet im Verhältnis zu den anderen?

9.5 Und wo denken Sie denn arbeitet man interdisziplinär zusammen, also beispielsweise in Form von einem Austausch durch Tumorkonferenzen oder Röntgenbesprechungen?

9.6 Gibt es eine Praxisform, in der Sie grundsätzlich glauben, dass sie den höchsten Standard hat? Und warum glauben Sie das?

9.7 Wo haben Sie persönlich das meiste Vertrauen in den behandelnden Arzt?

Schluss

Ich danke Ihnen ganz herzlich für die Zeit, die Sie sich für das Interview genommen haben. Gibt es von Ihrer Seite noch offene Fragen?

ANLAGEN

Statement of identity

I, the undersigned Patricia Carola Merten, declare that the printed and electronic versions of the doctoral dissertation and thesis booklet are identical in all respects.

Sopron, 6. August 2026

Patricia Carola Merten

Legal statement

I, the undersigned Patricia Carola Merten, by signing this declaration declare that "Ambulante vertragsärztliche Versorgung in Deutschland: Determinanten der Entscheidung zwischen den möglichen Versorgungsformen" my PhD dissertation was my own work; during the dissertation I complied with the Act LXXVI of 1999 on the rules of copyright and the rules of the doctoral dissertation prescribed by the Doctoral School, especially regarding references and citations.

Furthermore, I declare that I did not mislead the supervisor (s) or the program leader with the dissertation.

By signing this declaration, I acknowledge that if it can be proved that the dissertation is not self-made or the author of a copyright infringement is related to the dissertation, the University of Sopron is entitled to refuse the acceptance of the dissertation.

I further declare that I am not in the process of obtaining a doctoral degree in the same discipline, that I am not in the process of having my doctoral degree revoked, and that I have not had a previously awarded doctoral degree revoked within 5 years.

Refusing to accept a dissertation does not affect any other (civil, legal, criminal) consequences of copyright infringement.

Sopron, 6. August 2026

Patricia Carola Merten

Widmung

Die vorliegende Promotionsschrift entstand im Rahmen eines berufsbegleitenden Promotionsstudiums an der Universität Sopron - Alexander Lámfalussy Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Ungarn.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Volker Lombeck, der mich seit Beginn der Promotion und insbesondere während der Anfertigung dieser Arbeit in außergewöhnlicher Weise nicht nur fachlich, sondern auch menschlich auf meinem Weg begleitet hat. Seine beständige Unterstützung, seine Geduld und sein Vertrauen in meine Person und meine Arbeit haben mir in vielen Momenten die nötige Zuversicht gegeben. In unseren Gesprächen fand ich nicht nur wertvolle wissenschaftliche Impulse, sondern auch Ermutigung und Motivation, die weit über die Arbeit hinaus gingen. Für diese prägende Begleitung bin ich ihm zutiefst dankbar.

Mein Dank gilt außerdem meiner Betreuerin seitens der Universität Sopron, Frau Bazsóné Dr. Laura Bertalan, die mich stets mit wertvollen Anregungen, konstruktivem Feedback und wissenschaftlicher Expertise begleitet hat.

Meinem Lebensgefährten danke ich von Herzen für seine fortwährende Unterstützung, sein Verständnis und seine unerschütterliche Geduld während des gesamten Promotionsstudiums. Seine Ruhe hat mir auch in dieser herausfordernden Zeit wesentlich geholfen.

Ebenso danke ich meiner Patentante und meinem Patenonkel für die liebevolle Begleitung, die vielen aufmunternden Gespräche und die außerordentliche Unterstützung.

Diese Dissertation widme ich meiner geliebten Großmutter, die diesen bedeutungsvollen Moment des Abschlusses leider nicht mehr mit mir teilen kann.

Mülheim an der Ruhr, 6. August 2026 Patricia Carola Merten