

**Interne und externe Einflussfaktoren auf die ambulante Leistungserbringung
von Akutkrankenhäusern am Beispiel von Medizinischen Versorgungszentren
und der ambulanten Operation therapeutische Kürettage**

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln

nach der Promotionsordnung vom 18.12.2018

vorgelegt von

Anna Maria Volkert, geb. Arntz, M. Sc.

aus Dormagen

Köln, Januar 2026

Erstgutachter: Prof. Dr. Holger Pfaff

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Nadine Scholten

Diese Dissertation wurde von der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln im Juni 2026 angenommen.

Erklärung über den Eigenanteil

Die Grundlage dieser kumulativen Dissertation bilden zwei wissenschaftliche Publikationen, welche nach Begutachtung im Peer-Review-Verfahren in verschiedenen internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden. Als Erstautorin beider Artikel trug ich, Anna Maria Volkert, die Hauptverantwortung für die Durchführung der Literaturrecherche, die Aufarbeitung des Forschungsstandes, die Datenaufbereitung und -analyse, die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse sowie die Erstellung und Revision der Manuskripte. Darüber hinaus übernahm ich die Korrespondenz mit den Fachzeitschriften. Bei der Erstellung der Artikelmanuskripte erhielt ich Unterstützungsleistungen von den in den Originalarbeiten als Ko-Autor:innen aufgeführten Personen, darüber hinaus waren an der geistigen Erstellung der vorliegenden Dissertation keine weiteren Personen beteiligt.

Die für die Forschungsarbeiten verwendeten empirischen Daten wurden im Rahmen des Forschungsprojekts „Das Akutkrankenhaus und seine ambulanten und stationären Versorgungsleistungen – ein Player in beiden Sektoren?“ von mir aufbereitet. Die Verknüpfung der Daten über die Analysejahre 2013 bis 2019, auf denen Publikation 2 beruht, erfolgte durch den Ko-Autor Dr. Arno Stöcker. Die operative Projektleitung lag bei Prof. Dr. Nadine Scholten und die Leitung des Gesamtprojekts bei Prof. Dr. Holger Pfaff am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln.

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle herzlich bei allen bedanken, die mich auf meinem Weg begleitet und unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Professor Dr. Holger Pfaff, dessen kontinuierliche Unterstützung, die theoretischen Exkurse und seine inspirierende Begeisterung für Innovationen wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Ein ebenso großer Dank gilt Professorin Dr. Nadine Scholten. Sie hat mich nicht nur fachlich unterstützt und inspiriert, sondern mir die Möglichkeit gegeben, Versorgungsforschung quasi von vor der Wiege bis zur Bahre, mit quantitativen und qualitativen Methoden, mit Befragungsdaten wie Sekundärdaten zu betreiben. Besonders dankbar bin ich ihr dafür, dass sie mich in meiner Rolle als Wissenschaftlerin und Mutter stets ermutigt und unterstützt hat – ihr Vertrauen, Verständnis und ihre Wertschätzung haben mir diesen Weg ermöglicht.

Mein Dank gilt ebenso meinen (ehemaligen) Kolleg*innen sowie Freund*innen am IMVR & CHSR - für den wertvollen Austausch, die Unterstützung und die vielen schönen gemeinsamen Momente. Besonders dankend hervorheben möchte ich Arno für den Austausch zu den Qualitätsberichten und Sophie für die gemeinsame Projektzeit.

Von ganzem Herzen danke ich den wichtigsten Personen in meinem Leben:

Meinen Freundinnen - für ihre Freundschaft und moralische Unterstützung. Ein ganz besonderer Dank geht an Natalie – für den beständigen, motivierenden Austausch und die Unterstützung in all den Jahren, vor allem in den letzten Zügen.

Meiner Schwester mit Familie für ihren Rückhalt und die Gewissheit, stets auf ihre Nähe und Unterstützung zählen zu können.

Meinen Eltern, die mir durch ihren Fleiß und ihr Engagement für unsere Bildung den Weg für ein Studium und eine Promotion geebnet und mich stets begleitet haben. Ohne ihre Unterstützung wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Meinen Kindern danke ich für die zusätzliche Liebe und Freude, die sie in mein Leben bringen.

Mein abschließender Dank gilt meinem Mann, der mich durch seine Liebe und bedingungslose Unterstützung getragen und mir den nötigen Rückhalt für diese Arbeit gegeben hat.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	III
1 Einleitung	1
2 Ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus	5
2.1 Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	6
2.2 Ambulantes Operieren	7
3 Theoretische Einbettung	9
3.1 Makro-Mikro-Makro-Modell	9
3.2 Organisationale Handlungsentscheidungen	14
3.2.1 Kontingenztheoretischer Ansatz	14
3.2.2 Die Handlungsentscheidungen und ihre Alternativen	16
4 Empirischer Forschungsstand	20
4.1 Interne Situation	20
4.1.1 Organisationsgröße	21
4.1.2 Lehrstatus	22
4.1.3 Trägerschaft	23
4.2 Externe Situation	24
4.2.1 Urbanisierungsgrad	24
4.2.2 Wettbewerbssituation	26
4.2.3 Bevölkerungsstruktur im Kreis	27
5 Forschungsfrage	28
6 Publikation der Forschungsarbeiten	31
6.1 Publikation 1	31
6.2 Publikation 2	32
7 Diskussion	34
7.1 Erkenntnisse und theoretische Einordnung der Forschungsarbeiten	34
7.1.1 Forschungsarbeit 1	36
7.1.2 Forschungsarbeit 2	40
7.1.3 Übergeordneter Bezug zum theoretischen Rahmen	44
7.2 Limitationen	47
8 Schlussfolgerungen und Implikationen für Praxis und Forschung	49
Literaturverzeichnis	51

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Makro-Mikro-Makro-Modell	10
Abbildung 2: Makro-Mikro-Makro-Modell anhand der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen.....	13
Abbildung 3: Einfluss der internen und externen Situation auf die Organisationsstruktur	15
Abbildung 4: Produkt-Markt-Matrix	17
Abbildung 5: Makro-Mikro-Makro-Modell zum Einfluss der Situation auf die Handlungsentscheidung.....	19
Abbildung 6: Ergebnisse aus Publikation 1 zu Einflussfaktoren auf das Angebot von MVZ	36
Abbildung 7: Ergebnisse aus Publikation 2 zu Einflussfaktoren auf das Angebot ambulanter Operationen.	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Hypothesen und das Ergebnis ihrer Überprüfung	35
--	----

Abkürzungsverzeichnis

AOP-Katalog	Katalog für ambulant durchführbare Operationen, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus
AOP-Vertrag	Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis-Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKAR	Gesetz über das Kassenarztrecht
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung, <i>Siehe</i>
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HHI	Herfindahl-Hirschman-Index
INKAR	Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat
VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

1 Einleitung

In Deutschland wird die medizinische Versorgung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von zwei Versorgungsakteuren erbracht – Vertragsärzten und Krankenhäusern. Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung erfolgt nach Sozialgesetzbuch V (SGB V) über die vertragsärztliche ambulante Behandlung (§ 72 Absatz 1 SGB V). Eine stationäre Behandlung im Akutkrankenhaus¹ soll nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ nur erfolgen, wenn eine ambulante Behandlung unzureichend ist (§ 39 Absatz 1 SGB V). Das SGB V unterteilt die medizinische Behandlung für gesetzlich Versicherte in Deutschland somit grundsätzlich in einen ambulanten und einen stationären Sektor (Seitz 2012).

Die Sektorentrennung ist historisch gewachsen. Ihre Anfänge reichen zurück zum Ende des 19. Jahrhunderts, als die gesetzliche Krankenversicherung gegründet und die Aufgabenbereiche zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern aufgeteilt wurden (Wendt 2013, 90ff.). Die niedergelassenen Fachärzte konnten trotz immer wieder aufkommender Konflikte mit den Krankenhäusern ein Behandlungsmonopol bei der ambulanten Patientenversorgung durchsetzen (Seitz 2012, S. 41). Diese Aufteilung wurde zusammen mit dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen in dem Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) 1955 in der Gesetzgebung manifestiert. Ambulante Leistungen von Krankenhäusern waren seitdem für GKV-Versicherte ausschließlich über ermächtigte Krankenhausärzte (§ 116 SGB V) bei einem Versorgungsengpass, zeitlich begrenzt, und über das vertragsärztliche Honorarsystem abrechenbar möglich (Leber und Wasem 2016).

Seit der Verabschiedung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) im Jahr 1990 wurden durch weitere Reformen Versorgungsformen geschaffen, die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus ermöglichen. Die gesetzgeberische Intention dahinter: die Schaffung und Optimierung einer Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung (Leber und Wasem 2016) sowie die Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen Gesundheitsversorgung (Bundesministerium für Gesundheit 2015). Insgesamt sollen durch die Erhöhung der Durchlässigkeit und Integration der Sektoren die Steigerung der Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens angestrebt werden (SVR 2012).

Die Sektorentrennung hat eine Selektionsfunktion: Die ressourcenintensiveren Krankenhauseinweisungen sollen nur verordnet werden, wenn ambulante Leistungserbringer

¹ Akutkrankenhäuser sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, die gesetzlich Versicherte stationär behandeln.

nicht in der Lage sind, die Behandlung selber durchzuführen und adäquat abzurechnen. Trotzdem entstehen durch getrennte Planung, Steuerung und Finanzierung bzw. Abrechnung der Sektoren auch Nachteile (Seitz 2012, S. 84): In der Patientenversorgung kann es durch die sektorale Trennung und den daraus resultierenden Behandlungsdiskontinuitäten zu Informationsverlusten, divergierenden Therapieempfehlungen (Lang et al. 2019), doppelt durchgeführten Untersuchungen (Albrecht et al. 2007), Wartezeiten (Ludt et al. 2014) sowie Probleme bei der Sicherstellung einer lückenlosen Versorgung beim Übergang in den jeweils anderen Sektor kommen (Ludt et al. 2014; Lang et al. 2019; Seitz 2012, S. 85)). Insbesondere auch in Hinblick auf die zu erwartenden komplexeren Krankheitsfälle durch Multimorbidität und die steigende Alterung der Gesellschaft, wird die Notwendigkeit intra- und interdisziplinärer sowie intersektoraler Behandlungen weiter an Bedeutung zunehmen (SVR 2012). Zudem besteht die Gefahr, wenn zwei oder mehr Akteure aus verschiedenen Sektoren involviert sind, dass die Versorgungsrealität im eigenen Sektor sowie eigene Interessen Priorität gegenüber dem Patienteninteresse erhalten (Seitz 2012, 85f.; Albrecht et al. 2007). Die mangelhafte Integration zwischen den Sektoren kann somit sowohl zu Über-, Unter- und Fehlversorgung von Patienten und zu einem nicht ausgeschöpften Potential bezüglich der Effizienz und Effektivität der Leistungserbringung führen (SVR 2012).

Im internationalen Vergleich hat Deutschland 2019 gemessen am Bruttoinlandsprodukt hohe Gesundheitsausgaben (Deutschland: 11,7 % vs. OECD: 8,8 %), eine hohe Dichte an Krankenhausbetten (7,8 vs. 4,4 je 1.000 Einwohner) sowie eine hohe Anzahl an akutstationären Fällen (OECD 2021). Die Anzahl der Einwohner, bezogen auf ein akutstationäres Bett, liegt in der EU bei 258 und in Deutschland bei 168 Einwohnern (Eurostat 2021). Durch den Fortschritt der medizintechnischen Möglichkeiten, wie beispielsweise minimalinvasiver Verfahren und neuer Therapieoptionen, gibt es für viele Erkrankungen keine Notwendigkeit mehr, die Behandlung zwingend stationär durchzuführen. Hinzu kommen ambulant-sensitive Krankenhausfälle, bei denen eine stationäre Behandlung bei adäquater ambulanter Behandlung vermeidbar ist (Sundmacher et al. 2015). Dies führt zu einem hohen Potential an Fällen, die in der Regel keiner stationären Behandlung bedürfen. Im europäischen Vergleich hat Deutschland mit 8,9 Tagen zudem die drittlängste stationäre Verweildauer, wohingegen die Niederlande mit 4,3 Tagen die kürzeste Verweildauer verzeichnen (OECD 2021). Dabei haben besonders die stationären Kurzliegerfälle das Potential, zum ambulanten Sektor hin verschoben zu werden. Modellierungen hierzu liegen in einem Bereich von 9 % (Repschläger et al. 2022) bis hin zu 21,8 % (Pioch et al. 2025). In Hinblick auf die Herausforderungen, denen das Gesundheitssystem insgesamt sowie die Krankenhäuser mit dem Fachkräftemangel und einer

defizitären Investitionskostenfinanzierung stehen, wird die Ambulantisierung von Krankenhausleistungen und deren Potential seit Jahren von Experten diskutiert und gefordert (Pioch et al. 2023; Repschläger et al. 2022; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2022; Loos et al. 2019; Pioch et al. 2025).

Obwohl die durchgeführten Reformen das Ziel haben, die sektorale Durchlässigkeit zu stärken, erfolgen sie zumeist ohne ordnungspolitische Integration sowie Einbezug der Versorgungsleistungen der niedergelassenen ambulanten Fachärzte (SVR 2012; Leber und Wasem 2016). Mit der Durchführung ambulanter Leistungen treten Krankenhäuser in den ureigenen Versorgungsbereich der ambulant tätigen Fachärzte² ein und finanzieren diesen neuen Leistungsbereich über das Gesamtbudget der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) (Hahn 2020). Die im ambulant-niedergelassenen Bereich tätigen Fachärzte befürchten durch die Gesetzesänderungen die schrittweise Aufhebung der Sektorentrennung und die Verschiebung fachärztlicher Leistungen hin zu den Krankenhäusern (Voigt 2009). Durch die Marktmacht von klinikgeführten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gibt es zudem insgesamt einen Rückgang freiberuflicher Arztsitze (Hildebrandt 2016, S. 195). Darüber hinaus existiert der Vorwurf, dass gerade private MVZ, welche häufig klinikgeführt sind, ausschließlich der Gewinnerzielungsabsicht folgen – mit entsprechenden Folgen für die Behandlungsqualität, der ärztlichen Therapiefreiheit und der flächendeckende Versorgung (Prütting et al. 2022).

Für die Krankenhäuser hingegen ergibt sich durch zahlreiche Gesetzesänderungen seit dem GRG die politisch forcierte Option zur Erweiterung ihres Leistungsspektrums durch fachärztliche ambulante Leistungserbringung. Diese Option ist in dem dynamischen und kompetitiven aber zugleich regulierten Krankenhaus-Markt eine mögliche Komponente, ihre Wettbewerbsfähigkeit zu sichern und Marktanteile zu erschließen. Insbesondere aus strategischer Sicht fokussieren Kliniken die fachärztliche ambulante Leistungserbringung daher zunehmend (Bühn 2016). Gleichzeitig geht es neben der unternehmerisch wichtigen Wettbewerbsfähigkeit und dem Ausbau von Marktanteilen um die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung in der Region, die auch für die Krankenhäuser selber von Bedeutung ist (Schmola und Rapp 2020, S. 68). Zudem soll die Öffnung des ambulanten Marktes für die Krankenhäuser zu einer flächendeckende, wohnortnahe und bedarfsgerechte fachärztliche Versorgung beitragen, welche auch ein Ziel des Gesetzgebers ist (SVR 2012; Bundesministerium für Gesundheit 2015).

² In der vorliegenden Dissertation wird aus Gründen der Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Personenbezeichnungen sind dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen, sofern keine anderslautende Kennzeichnung erfolgt.

Der Gesetzgeber hat somit bereits eine Vielzahl von Maßnahmen verabschiedet, die Krankenhäuser zur ambulanten Leistungserbringung anhalten. Unklar ist dabei, welche Rolle organisationale und regionale Einflussfaktoren auf die Umsetzung haben. Ziel der Dissertation ist es, potenzielle Determinanten zu identifizieren, die die Wahrscheinlichkeit der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser beeinflussen. Bei der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser gibt es dabei zwei verschiedene Betrachtungsweisen: Zum einen kann die Durchführung ureigener ambulanter Leistungen durch das Krankenhaus betrachtet werden. Dies geschieht in dieser Dissertation durch die Fokussierung auf das Angebot von MVZ. Zum anderen wird mit der ambulanten Operation der therapeutischen Kürettage³ ein Bereich betrachtet, der eine vom Krankenhaus bislang stationär angebotene Leistung teilweise ambulant substituiert.

Die Arbeit gliedert sich in acht Kapitel. Um Veränderungen im Versorgungssystem des regulierten deutschen Gesundheitswesens zu verstehen, werden zunächst die Hintergründe zu ambulanten Leistungen von Krankenhäusern (Kapitel 2) über ein krankenhaus eigenes MVZ (Kapitel 2.1) und ambulante Operationen im Allgemeinen (Kapitel 2.2) behandelt. Darauf folgt in einem theoretischen Rahmen die Einbettung der Fragestellung, welche internen und externen Faktoren dazu führen, dass Krankenhäuser an der ambulanten Leistungserbringung teilnehmen (Kapitel 3). Dazu wird als übergeordnete Theorie das Makro-Mikro-Makro-Modell erläutert (Kapitel 3.1). Dieses ist die Basis weiterer theoretischer Überlegungen zur ambulanten Leistungserbringung und Organisationsstruktur (Kapitel 3.2), die in dieser Arbeit vorgestellt werden. Hierzu zählt der Einbezug der sozialen Situation mit dem kontingenztheoretischen Ansatz (Kapitel 3.2.1), sowie Strategieentscheidungen, die anhand der Ansoff-Matrix (Kapitel 3.2.2) vorgestellt werden. Kapitel 4 behandelt interne und externe Einflussfaktoren in Hinblick auf den die Strategie, die Organisationsstruktur und das Leistungsangebot betreffenden empirischen Forschungsstand. Darauf aufbauend werden in Kapitel 5 die Forschungsfrage und Hypothesen aufgestellt sowie die verwendete Datenquelle erläutert. Kapitel 6 beinhaltet eine Zusammenfassung der beiden Publikationen, die mit ihren Fragestellungen die zuvor aufgestellten Hypothesen behandeln. Diese werden in Kapitel 7 geprüft, zusammengefasst und beziehend auf den theoretischen Rahmen der Arbeit eingeordnet und

³ Die therapeutische Kürettage beschreibt die Ausschabung der Gebärmutter aufgrund therapeutischer (nicht diagnostischer) Zwecke. Sie wird unter anderem bei Patientinnen mit gutartigen Gewebewucherungen (Myomen) oder Gewebeausstülpungen (Polypen), sowie bei Fehlgeburten durchgeführt. Obwohl die Eingriffsdauer mit durchschnittlich 10 Minuten kurz ist, erfordert die therapeutische Kürettage eine Spinal- oder Allgemeinanästhesie (Skala et al. 2021).

diskutiert. Kapitel 8 schließt die Arbeit mit Schlussfolgerungen für Wissenschaft und Praxis ab.

2 Ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus

Die Leistungserbringung von Krankenhäusern im deutschen Gesundheitssystem soll bedarfsgerecht gestaltet sein. Entsprechend der sektoralen Trennung existiert eine stationäre Bedarfsplanung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) über die Landeskrankenhauspläne auf der einen und die ambulante vertragsärztliche Bedarfsplanung auf der anderen Seite (Gerlinger 2021, S. 70). Folgende Krankenhäuser sind zur Krankenhausbehandlung verpflichtet: Universitätskliniken, Plankrankenhäuser⁴ sowie Kliniken, die mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen einen Versorgungsvertrag geschlossen haben (§ 108 SGB V). Krankenhäuser können mit ambulanten Operationen ambulante Leistungen erbringen, ohne in die ambulante vertragsärztliche Bedarfsplanung zu fallen (SVR 2012, S. 281). Die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus kann über Ermächtigungen oder über ambulante Versorgungsmodelle erfolgen. Ermächtigungen werden nach § 96 SGB V von den auf Landesebene tätigen Zulassungsausschüssen ausgesprochen, die paritätisch aus Medizinern und Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen bestehen und nach den Vorgaben des SGB V sowie der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) entscheiden. Ermächtigungen sind bedarfsabhängig und zeitlich befristet, sodass eine kontinuierliche Leistungserbringung in diesem Bereich für das Krankenhaus nicht planbar ist (Hildebrandt 2016, 83f.). Sie sind entweder personalisiert an Krankenhausärzte (§ 116 SGB V), Individualermächtigung) gekoppelt, institutsabhängig (§ 116a SGB V), Institutsermächtigung) oder an den Hochschulstatus geknüpft (§ 117 SGB V). Zu den ambulanten Versorgungsmodellen, die neben den Ermächtigungen die zweite Säule der ambulanten Leistungserbringung darstellen, gehören folgende:

§ 115 SGB V	Notfallbehandlung
§ 115a SGB V	vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung
§ 115b SGB V	ambulantes Operieren
§ 116b SGB V	ambulante spezialfachärztliche Versorgung
§ 117 SGB V	Hochschulambulanzen
§ 140a SGB V	besondere Versorgung

⁴ Kliniken, die im Krankenhausplan der Länder enthalten sind.

Darüber hinaus haben Krankenhäuser nach (§§ 95 Absatz 1 Satz 1, Absatz 1a Satz 1 SGB V) die Möglichkeit, MVZ zu gründen. Anders als § 115b SGB V beispielsweise, unterliegt die Möglichkeit, ambulante Leistungen über ein MVZ anzubieten, der ambulanten vertragsärztlichen Bedarfsplanung. Diese legt die zu erreichende Anzahl an Arztsitzen je Region unter Berücksichtigung regionaler und soziodemografischer Charakteristika sowie Morbiditätsaspekten fest (Gemeinsamer Bundesausschuss 2012).

Da in der vorliegenden Arbeit die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus exemplarisch anhand von MVZ und ambulanter Operationen aufgezeigt werden soll, werden diese beiden Leistungsbereiche zu Beginn in ihren Grundzügen vertiefend vorgestellt.

2.1 Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Um eine umfassende patientenorientierte medizinische Versorgung über verschiedene ärztliche Disziplinen hinweg zu ermöglichen, wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) zum 01.01.2004 die rechtliche Grundlage für die ärztliche Kooperationsform des MVZs geschaffen. Laut § 95 SGB V sind „Medizinische Versorgungszentren [...] ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.“ Mit dem GMG erhielten auch Krankenhäuser die Möglichkeit der Gründung von MVZ und können somit gesetzlich versicherte Personen ambulant versorgen. Dies war zuvor – mit Ausnahme der ambulanten Behandlung bei Unterversorgung (§ 116a SGB V) bzw. der spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V) – den selbstständigen und angestellten Ärzten im niedergelassenen Bereich vorbehalten. Für die Versorgung im ambulanten Sektor bedeutet diese Neuerung, dass neben der bislang ausschließlich personellen Leistungserbringung durch die niedergelassenen Ärzte nun auch eine Leistungserbringung durch Krankenhäuser erfolgen kann (Ladurner et al. 2020, S. 1) und diese in Konkurrenz zu den personellen Leistungserbringern tritt. Die Gründungsvoraussetzung für ein MVZ ist an die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen durchgeführte ambulante Bedarfsplanung geknüpft. Um ein MVZ zu gründen, muss ein Krankenhaus somit freie Arztsitze übernehmen, kaufen oder Ärzte mit eigenem Sitz als Mitarbeiter anstellen (Schmola und Rapp 2020, S. 67). Das GMG sah zunächst eine Fachübergreiflichkeit vor, diese wurde jedoch mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) vom 16.07.2015 aufgehoben (Ladurner et al. 2020, S. 17). Das MVZ muss seit dem GKV-VStG einem ärztlichen Leiter unterstehen, der entweder selber Vertragsarzt oder im MVZ angestellter Arzt ist (§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Trotz einer Anstellung ist er in medizinischen Fragen weisungsfrei (§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Das GKV-VStG regelt auch die Gründungsberechtigungen

neu: Während vor dem Inkrafttreten des Gesetzes auch eine MVZ-Gründung durch Investoren möglich war, wurde die Gründungsberechtigung auf zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V und gemeinnütziger Träger, die aufgrund Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, beschränkt (§ 95 Abs. 1a SGB V). Damit soll nach dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung zum GKV-VStG verhindert werden, dass ärztliche, medizinische Entscheidungen durch sachfremde Interessen gelenkt werden (Deutscher Bundestag 2011, 70f.). Über die Inhaberschaft eines Krankenhauses oder wesentlicher Anteile an einem Krankenhaus können Investoren jedoch weiterhin MVZ gründen (Bäune et al. 2012, S. 79).

MVZ können in ihrer Ausrichtung sowohl einen diagnostischen als auch einen therapeutischen Schwerpunkt setzen oder eine Kombination aus beidem. Diagnostische MVZ weisen beispielsweise die Fachrichtungen Radiologie, Pathologie oder Laborleistungen auf. Vorteile diagnostisch ausgerichteter Krankenhaus-MVZ sind die Unabhängigkeit von niedergelassenen Praxen in diesem Bereich, die Steuerung der Personal- und Geräteauslastung bei sektorenübergreifender Nutzung, effizientere Behandlungspfade durch prästationäre Diagnostik und die damit verbundene Verkürzung von Verweildauer sowie eine Kostenverlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich (Schmola und Rapp 2020, 67f.; von Leoprechting und Gabriel 2011, 62f.). Therapeutische MVZ umfassen alle nicht-diagnostischen medizinischen Fachrichtungen. Neben den Vorteilen der diagnostischen MVZ liegt der Vorteil der therapeutischen MVZ insbesondere darin, dass diese eine Alternative zu den häufig nur unwirtschaftlich zu betreibenden Krankenhausambulanzen darstellen (von Leoprechting und Gabriel 2011, 52f.).

2.2 Ambulantes Operieren

Mit der Intention der Substitution stationärer durch ambulante Leistungen in Krankenhäusern wurde mit dem Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)) im Jahr 1993 Krankenhäusern die Möglichkeit zum ambulanten Operieren eröffnet. Aus § 39 Absatz 1 GSG geht hervor, dass eine Krankenhausbehandlung nur dann stationär erfolgen darf, wenn eine ambulante Behandlung zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend ist. Per Definition ist im deutschen Gesundheitswesen ein Eingriff ambulant, wenn der Patient die „Nacht vor und die Nacht nach dem Eingriff zu Hause verbringt“ (Rüggeberg 2006). Da eine ambulante Behandlung im Krankenhaus dem Patienten infrastrukturell die Vorteile eines Krankenhauses bei gleichzeitiger ambulanter Behandlung bietet, wird sie auch als die dritte Säule des Gesundheitswesens bezeichnet (Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. 2025).

Die Eingriffe, die ein Krankenhaus ambulant operativ vornehmen darf, sind nach § 115b Absatz 1 SGB V im AOP-Vertrag über den „Katalog für ambulant durchführbare Operationen, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus – (AOP-Katalog)“ geregelt. Der AOP-Vertrag wird zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geschlossen und jährlich aktualisiert. Krankenhäuser dürfen in den Bereichen ambulante Operationen erbringen, in denen sie auch über eine stationäre Zulassung verfügen. Für die Zulassung muss die ambulant durchgeführte Operation den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KV und dem Zulassungsausschuss (§ 96 SGB V) mitgeteilt und benannt werden. Eine notwendige Bedingung für die Durchführung von ambulanten Operationen ist, dass die operative Behandlung unter Berücksichtigung des individuellen Gesundheitszustands des Patienten ambulant möglich ist. Darüber hinaus liegt es in der Verantwortung des behandelnden Arztes sicherzugehen, dass im Anschluss an die Entlassung eine medizinische und/oder pflegerische angemessene Versorgung gewährleistet ist (GKV-Spitzenverband, Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2024). Die im AOP-Katalog aufgeführten Leistungen unterschieden sich bis 2023 in zwei Arten von Operationen: „Leistungen, die i. d. R. ambulant zu erbringen sind“ sowie „Leistungen, die ambulant oder stationär durchgeführt werden können“ (GKV-Spitzenverband et al. 2022). Seit dem AOP-Vertrag, der zum 01.01.2023 in Kraft getreten ist, muss bei stationärer Durchführung regelhafter ambulanter Operationen eine Begründung vorgelegt werden. Hierzu wurden Kontextfaktoren definiert, die ausgewählte Diagnosen und Prozeduren des Patienten umfassen, Funktionseinschränkungen und einen möglichen Pflegegrad des Patienten berücksichtigen, sowie die Möglichkeit einer stationären Durchführung bei einer unteren Altersgrenze (< 1 Jahr), beidseitigen Eingriffen oder eine Beatmung einräumen (GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2023). Die Vergütung der ambulanten Durchführung erfolgt auf Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zuzüglich der Sachmittel, die anfallen (AOP-Katalog). Krankenhäuser erhalten somit dieselben Vergütungssätze wie Vertragsärzte. Das ambulante Operieren findet in der Organisation in der Regel in einer vom stationären Bereich separaten Einheit für ambulante Operationen statt (Fischer 2018; Möllmann 2011).

3 Theoretische Einbettung

Der folgende Abschnitt nimmt die theoretische Einordnung der Fragestellung vor. Dazu wird die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser zunächst in das Makro-Mikro-Modell eingeordnet, um in der Folge die Erklärung des organisationalen Handelns theoretisch zu fundieren.

3.1 Makro-Mikro-Makro-Modell

Um die Determinanten der ambulanten Leistungserbringung zu verstehen, ist es erforderlich, zunächst den Kontext und die Ansatzpunkte der Krankenhäuser in diesem Zusammenhang zu betrachten. Das politische Ziel ist es, die Verzahnung der Sektoren durch Änderungen von Rahmenbedingungen in Form von Gesetzen voranzutreiben, und mit der Erhöhung des Anteils an ambulanten Leistungen, Effizienz- und Effektivitätspotentiale zu nutzen und die regionale, bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung zu sichern (SVR 2012, 2018; Bundesministerium für Gesundheit 2015). Die Erhöhung des Anteils an ambulanten Leistungen durch ursprünglich stationäre Versorger ist aus soziologischer Sicht ein kollektives Phänomen, da es eine Vielzahl unabhängiger Akteure (Krankenhäuser) braucht, um dieses Ziel zu erreichen. Die Makro-Ebene befasst sich mit der Erklärung von kollektivem Verhalten auf der gesellschaftlichen Ebene. Das kollektive Phänomen findet somit auf der gesellschaftlichen; die eigentliche Handlungsentscheidung auf individuellen Mikro- bzw. Akteurs-Ebene statt (Bauer 2022, 52ff.). Die Individual-Ebene wird im handlungstheoretischen Paradigma des Makro-Mikro-Makro-Modells von James Coleman (1991) oder auch Hartmut Esser (2002) einbezogen und zur soziologischen Erklärung kollektiver Phänomene herangezogen (siehe *Abbildung 1*). Hierbei ist das zu erklärende Ereignis – das Explanandum – das auf der Makro-Ebene liegende Ergebnis der Aggregation von individuellen Handlungsoptionen und Handlungsentscheidungen auf der Mikro-Ebene, die sich wiederum aus einer neuen oder veränderten sozialen Situation auf der Makro-Ebene ergeben (Esser 2002; Coleman 1991).

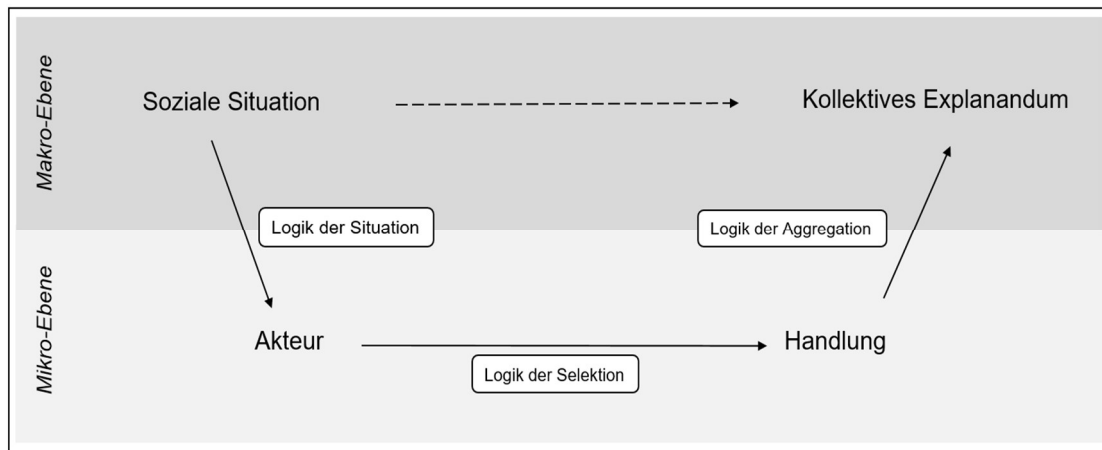


Abbildung 1: Makro-Mikro-Makro-Modell nach Esser (2002) und Coleman (1991). Eigene Darstellung.

Folgende drei Mechanismen führen nach Esser (2002) zum kollektiven Explanandum, ausgehend vom Endpunkt:

- 1) *Die Logik der Aggregation:* Die Summe der einzelnen individuellen Handlungsentscheidungen der Akteure ergibt, wenn sie bestimmten Transformationsregeln folgen und bestimmte Bedingungen und Faktoren in der Gesellschaft gegeben sind, im Aggregat eine veränderte soziale Situation (Esser 2002). Je nachdem, ob Interdependenzen zwischen den Akteuren der Mikroebene vorliegen, erfolgt die Aggregation hin zum kollektiven Phänomen auf Basis statischer oder dynamischer Aggregation (Esser 2002; Coleman 1991).
- 2) *Die Logik der Selektion:* Der individuellen Handlungsentscheidung der Akteure geht die Wahl einer bestimmten Handlung aus einer oder mehreren Alternativen voraus (Coleman 1991; Esser 2002). Dieser Wahl liegt eine Handlungstheorie zugrunde, die Handlungsalternativen der Akteure (siehe Kapitel 3.2.2) mit den externen und internen Gegebenheiten der sozialen Situation (siehe Kapitel 3.2.1) kombiniert (Esser 2002).

Bei der Logik der Selektion wählt der Akteur diejenige Alternative, die für ihn am wahrscheinlichsten zur Zielerreichung führt. Da Akteure in der Regel nicht wie ein homo oeconomicus vollständig rational entscheiden, sozial eingebettet sind und nicht sämtliche Alternativen und deren Folgen kennen, enthält das Modell eine probabilistische Komponente (Esser 2002, 39ff.).

- 3) *Die Logik der Situation:* Die Akteure eines sozialen Kollektivs sind in eine soziale Situation eingebunden. Aus der sozialen Situation ergeben sich für die Akteure externe und interne Bedingungen. Externe Bedingungen umfassen objektive und gegebenenfalls regional und historisch spezifische Faktoren, Opportunitäten und Rest-

riktionen. Interne Bedingungen schließen subjektive Präferenzen und Opportunitäten, Identität und innere Einstellungen ein. Die externen und internen Bedingungen fungieren als *Brückenhypothesen*, da sie die Beziehung zwischen der sozialen Situation und den Akteuren, also der Makro- und Mikro-Ebene, herstellen (Esser 2002).

Die Erklärung einer sozialen Situation ist von ihrem Endpunkt aus wiederum eine Erklärung für daraus folgende soziale Situationen (Esser 2002, 17ff.). In dieser Arbeit wird die Ebene der Organisation betrachtet und weitere Akteurs-Ebenen außen vorgelassen.⁵ Im Folgenden werden die obigen allgemeinen Ausführungen von Esser (2002) auf das Krankenhaus im Kontext der Ambulantisierung angewendet und in *Abbildung 2* veranschaulicht.

- 1) Die veränderte soziale Situation ist im Falle der Krankenhäuser die politisch intendierte Erweiterung der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser durch die seit den 1990er Jahren eingeführten Möglichkeiten nach den §§ 115–117 SGB V, § 140a SGB V und § 95 SGB V. Diese hat das Ziel, die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser im möglichen medizinischen Rahmen zu forcieren, eine verbesserte Durchlässigkeit zwischen den Sektoren herzustellen und Voraussetzungen für die Sicherstellung der flächendeckenden, bedarfsgerechten Versorgung zu schaffen (Leber und Wasem 2016; Bundesministerium für Gesundheit 2015; SVR 2012, 2014).
- 2) Die Entscheidung der einzelnen Klinik, eine Leistung als ambulante Leistung anzubieten und durchzuführen, basiert demnach auf der Logik der Selektion. Für jede einzelne Klinik gibt es dabei zwei übergeordnete Handlungsalternativen: Sie kann als korporativer Akteur (Organisation) entscheiden, eine Leistung generell als ambulante Leistung anzubieten oder nicht. Auf der Akteurs-Ebene wird hinsichtlich der Handlungsfähigkeit und Haftbarkeit zwischen individuellen Akteuren und kollektiven Akteuren unterschieden. Der individuelle Akteur ist in der Regel handlungsfähig und kann juristisch haftbar gemacht werden. Der kollektive Akteur ist ebenfalls handlungsfähig, kann jedoch nur juristisch haftbar gemacht werden, wenn er als korporativer Akteur agiert. Die Handlungen korporativer Akteure, basieren zwar auf individuellen Entscheidungen, z. B. der Geschäftsführung, werden jedoch stellvertretend für die Organisation und damit von einem kollektivem Akteur getroffen (Pfaff und Schubert 2022, S. 7–8).

Der korporative Akteur Krankenhaus bewertet seine Handlungsalternativen aufgrund der neuen bzw. veränderten sozialen Situation. Neben den internen Bedingungen,

⁵ Es lagen keine Daten über Patienten oder Mitarbeiter des Krankenhauses vor.

die das Krankenhaus als Akteur per se mitbringt und die sich aus den organisationalen Merkmalen des Krankenhauses, wie beispielsweise Trägerschaft, Hausgröße oder Lehrstatus, mit ihren Stärken und Schwächen zusammensetzen, unterliegt das Krankenhaus externen Bedingungen. Hierzu zählen im Zuge der Leistungserbringung von Krankenhäusern beispielsweise die Einbettung im System der stationären Krankenhausversorgung durch die Krankenhausplanung der Bundesländer (§ 6 Absatz 1 KHG) bzw. bei der Ambulantisierung die Einbindung in die ambulante Bedarfsplanung (Gemeinsamer Bundesausschuss 2025) und die Vorgaben bezüglich des AOP-Kataloges (GKV-Spitzenverband, Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2024). Zusätzlich können die spezifischen Gegebenheiten des Raumes beispielsweise über Siedlungsstruktur (SVR 2014) und Wettbewerbssituation (SVR 2012) externe Bedingungen darstellen. In die Handlungsentscheidung des korporativen Akteurs fließt die Bewertung der Alternativen unter Berücksichtigung der internen und externen Situation ein (Esser 2002).

- 3) Das kollektive Explanandum, die Steigerung der ambulanten Versorgungsleistungen, umfasst die dynamische Aggregation der Einzelentscheidungen von Kliniken, ambulante Versorgungsleistungen in ihr Leistungsspektrum zu übernehmen. Es findet eine dynamische Aggregation statt, da die Kliniken durch die Bedarfsplanung nicht unabhängig sind, aber dennoch im regionalen und wirtschaftlichen Wettbewerb stehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Eine soziale Situation ändert sich demnach über Aggregationen auf der Individual-Ebene. Die politische Intention, die strikte Trennung der Sektoren zu lockern, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ umzusetzen und die Sicherstellung der Versorgung zu gewährleisten, führt demnach zum Ziel, wenn im Aggregat genügend Krankenhäuser in der individuellen Handlungsentscheidung die Möglichkeit zur Ausweitung ihres Produktportfolios um weitere ambulante Leistungen ergreifen. Der Schritt der Logik der Selektion ist somit zentral für die Änderung der Situation, unterliegt jedoch einer probabilistischen Komponente (Esser 2002). Die Erhöhung des Anteils ambulanter Leistungen ist somit in hohem Maße abhängig von den Entscheidungen der Krankenhäuser medizinische Leistungen in ambulanter Form a) generell anzubieten und b) in hoher Quantität durchzuführen. Diese Handlungsentscheidung geht mit Strukturänderungen der Organisation einher, auf die im folgenden Abschnitt eingegangen wird.

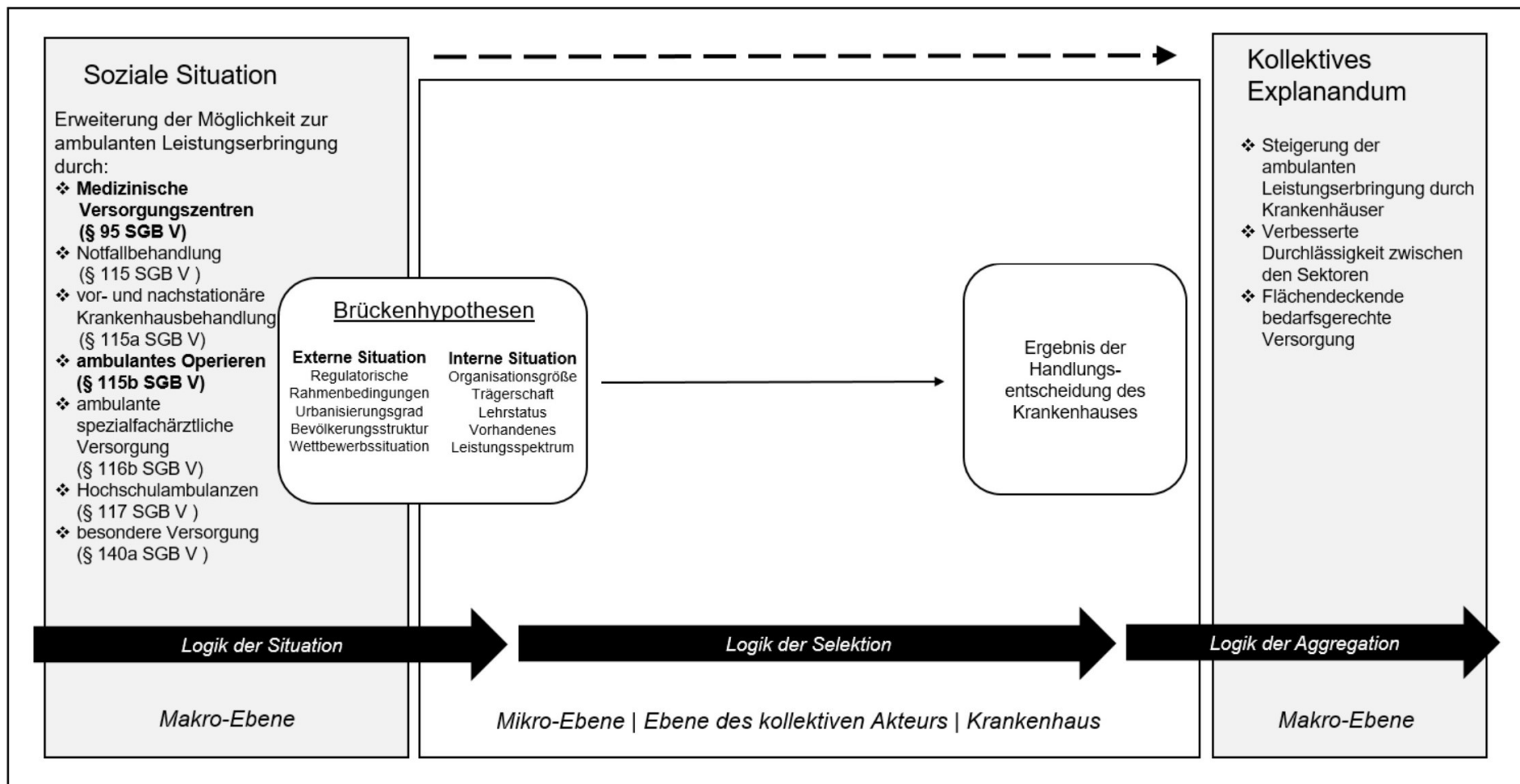


Abbildung 2: Makro-Mikro-Makro-Modell nach Esser (2002) und Coleman (1991) anhand der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen. Eigene Darstellung.

3.2 Organisationale Handlungsentscheidungen

Die vorliegende Dissertation hat zum Ziel, potenzielle Determinanten zu identifizieren, die die Wahrscheinlichkeit der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser erhöhen. Die folgenden beiden Kapitel behandeln daher Einflussfaktoren auf organisationale Handlungsentscheidungen, die im Makro-Mikro-Makro Modell weniger konkret auf die Situation der Organisation abgebildet werden.

3.2.1 Kontingenztheoretischer Ansatz

Ein Modell, welches interne und externe Bedingungen bei der Entscheidungsfindung von Organisationen berücksichtigt, ist das Kontingenzmodell von Kieser und Kubicek (1992). Der kontingenztheoretische Ansatz berücksichtigt die Bedeutung der externen sowie der internen Situation für die Strukturbildung und Leistung der Organisation (Kieser und Kubicek 1992; Pugh et al. 1969; Child 1975). Er bietet damit Ansatzpunkte, um Änderungen der Organisationsstruktur, wie sie bei der Erweiterung des Leistungsspektrums um ambulante Leistungen der Fall ist, zu erklären.

Die Organisationsstruktur ist darauf ausgelegt, das Verhalten und die Aktivitäten der Mitglieder entsprechend der Zielerreichung der Organisation zu steuern (Kieser und Kubicek 1992, 5ff.). Kieser und Kubicek (1992, S. 126) identifizieren als die zentralen Grundprinzipien der Organisationsstruktur die Spezialisierung und Koordination von Leistungen. Konkret definieren sie die Spezialisierung als „Form der Arbeitsteilung, bei der Teilaufgaben unterschiedlicher Art entstehen“ (Kieser und Kubicek 1992, S. 76). Aus dieser ergibt sich die weitere Dimension der Koordination, die spezialisierte und interdependente Mitglieder mit ihren Teilaufgaben dem gesamten Organisationsziel entsprechend organisiert. So entsteht eine veränderte Ordnung, Kompetenzen werden neu verteilt und neue Prozesse und Zuständigkeiten formalisiert (Kieser und Kubicek 1992, 73ff.).

Es gibt nach dem kontingenztheoretischen Ansatz nicht eine universell beste Struktur, sondern die Organisation passt sich mit ihren Strukturen dem jeweiligen Kontext an, in den sie involviert ist (Donaldson 1987, 4f.). Die Situation der Organisation wird mit einem prinzipiell offenen multivariaten Ansatz erfasst. Dieser multivariate Ansatz ist nicht endgültig, sondern kann beliebig in seinen Dimensionen erweitert werden und zwar um jegliche Variablen, die in Hinblick auf die Strukturbildung der Organisation relevant sind. Da die Organisation in weitere soziale Systeme eingebettet ist, differenziert der kontingenztheoretische Ansatz in Dimensionen der internen Situation und Dimensionen der externen Situation (Kieser und Kubicek 1992, 204ff.).

Die Dimensionen der internen Situation beziehen sich auf organisationale Eigenschaften, die in verschiedenen Ausprägungen in Organisationen vorhanden sind. Dazu können beispielsweise die Organisationsgröße (Child 1975, 19ff.), ihre Rechtsform und Eigentumsverhältnisse, das vorhandene Leistungsspektrum, das „Alter der Organisation“ gehören (Kieser und Kubicek 1992, S. 209). Externe Situationen erklären ebenso formale Strukturen, stehen aber in Abhängigkeit vom Verhalten anderer Organisationen bzw. der Umwelt. Zur externen Situation sind beispielsweise Wettbewerbsbedingungen sowie die Struktur der Zielgruppe zu zählen (Kieser und Kubicek 1992, S. 209).

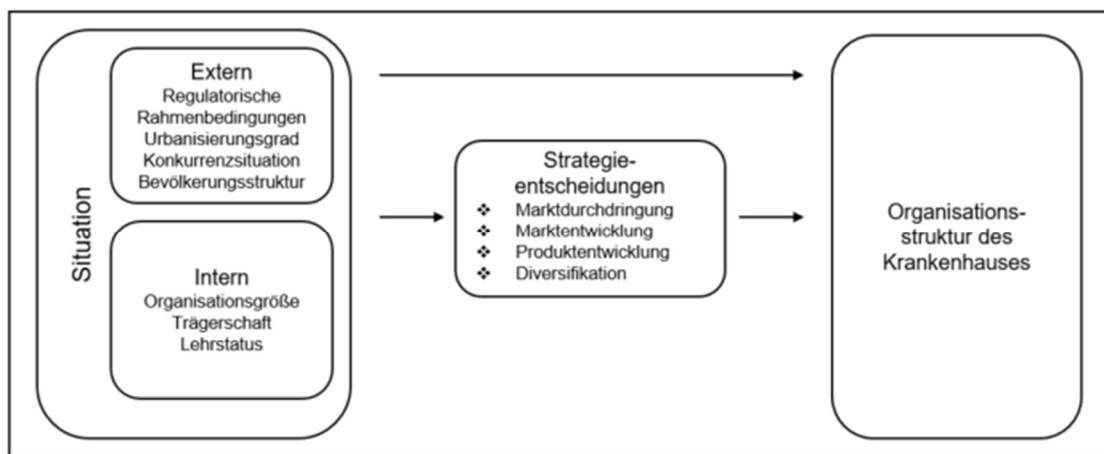


Abbildung 3: Einfluss der internen und externen Situation auf die Organisationsstruktur nach Kieser und Kubicek (1992) und Ansoff (1968). Eigene Darstellung.

Angewandt auf den Kontext der ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus fällt die Erbringung ambulanter Leistungen unter die Dimension der Spezialisierung, da eine neue Teilaufgabe im System der Organisation anfällt, deren Patienten oder Methoden der Behandlung sich von dem bisherigen Leistungsangebot abgrenzen (Hurlebaus 2004, 266ff.). Die interne und externe Situation beeinflusst somit nach dem kontingenztheoretischen Ansatz die Wahrscheinlichkeit mit der das Akutkrankenhaus eine ambulante Leistung erbringt und somit die Organisationsstruktur. Unter externen Bedingungen können die spezifischen soziodemografischen und raumstrukturellen Gegebenheiten (Zhang et al. 2025) der Versorgungsregion sowie die Wettbewerbssituation im regionalen Markt fallen. Darüber hinaus sind die regulatorischen Vorgaben sowie die Einbettung in die Bedarfsplanung (Gemeinsamer Bundesausschuss 2025) externe und un-

veränderliche Faktoren bzw. notwendige Bedingungen, die bei Handlungsentscheidungen zur ambulanten Leistungserbringung berücksichtigt werden müssen.⁶ Zu den internen Einflussfaktoren können die Größe (Zhang et al. 2025; Messerle et al. 2024) und die Trägerschaft des Krankenhauses, mögliche Lehrverpflichtungen (Lemmens et al. 2008; Zhang et al. 2025) sowie das bereits vorhandene Leistungsspektrum (Messerle et al. 2024) gezählt werden.

Der Einfluss der Situation auf die Strukturdimensionen erfolgt sowohl direkt als auch indirekt. Ein direkter Einfluss geht von der Organisationsgröße, also im Krankenhaus beispielsweise gemessen an der Anzahl an Krankenhausbetten auf die Anzahl an Mitarbeitern aus. Ein indirekter Einfluss der Situationsvariablen wird über Strategieentscheidungen hinsichtlich des Leistungsspektrums ausgeübt (Kieser und Kubicek 1992, 224ff.), wie im folgenden Kapitel 3.2.2 ausgeführt wird.

3.2.2 Die Handlungsentscheidungen und ihre Alternativen

Die Entscheidung, eine neue Leistung anzubieten und die damit einhergehende Änderung in der Organisationsstruktur, obliegt der Strategie des jeweiligen Krankenhauses (Bühn 2016). Bereits Chandler (1962, S. 14) prägte den Ausdruck „structure follows strategy“. Die Strategie muss vor dem Hintergrund der regulatorischen Vorgaben des Gesundheitssystems getroffen werden. In der Regel geht eine umfangreiche Bewertung der Situation des Gesamtunternehmens in seinem Umfeld, der internen Unternehmensanalyse, der Marktsegmentierung und eine Geschäftsfeldstrategie voraus, die in die zukünftige Wachstumsstrategie mit einfließt (Kaufmann 2024).

Harry Igor Ansoff (1968) entwickelte ein Instrument für strategische Managemententscheidungen bei sich verändernden Umfeldbedingungen, das zur Erklärung von Handlungsentscheidungen in den jeweiligen Geschäftsfeldern eines Unternehmens herangezogen werden kann. Mit der Überlegung ein weiteres Produkt anzubieten, wie es bei ambulanten Leistungen über MVZ bzw. ambulante Operationen der Fall ist, gehen Überlegungen zu Wachstumsstrategien und deren Alternativen einher (Kaufmann 2024). Ansoffs Produkt-Markt-Matrix legt produktbezogen die gewünschte Platzierung auf dem Markt fest. Sie kennzeichnet sich im Wesentlichen durch die Typologisierung von vier verschiedenen Wachstumsstrategien, die aus den unterschiedlichen Kombinationen der Dimensionen „Markt“ und „Produkt“ hervorgehen (Abbildung 4). Soll Wachstum auf dem bereits bestehenden Markt ohne die Einführung eines neuen Produktes erreicht werden, wird die Strategie der Marktdurchdringung angewandt (Ansoff

⁶Diese gelten jedoch für alle Akutkrankenhäuser gleichermaßen, weswegen sie in den eigenen Forschungsarbeiten nicht berücksichtigt werden.

1968, S. 98). Hier wird versucht, das Marktvolumen über Marketingmaßnahmen und Änderungen in der Preispolitik zu erhöhen (Ginter und Duncan 2000, S. 47). Wird hingegen ein neues oder stark verändertes Produkt in dem bestehenden Markt platziert, mit dem Ziel, das alte Produkt zu ersetzen, verfolgt das Unternehmen die Strategie der Produktentwicklung (Ansoff 1968, S. 98). Dabei kann es sich beispielsweise um ein neues technologisches Verfahren handeln, oder das Krankenhaus kann mit weiteren Serviceleistungen Patientenvorteile schaffen (Amelung et al. 2025, S. 443). Die Strategie der Marktentwicklung hat zum Ziel, mit den vorhandenen Produkten neue Märkte zu erschließen (Ansoff 1968, S. 98). Dies kann zum Beispiel ein neues Kundenklientel aus bislang nicht erschlossenen Gebieten sein (Amelung et al. 2025, S. 444). Wird mit der Einführung eines neuen Produktes ein neuer Markt angesprochen, verfolgt das Unternehmen die Strategie der Diversifikation (Ansoff 1968, S. 98). Die Diversifikation kann horizontal oder vertikal verlaufen: Bei der horizontalen Diversifikation wird mit dem neuen oder stark veränderten Produkt eine neue Klientel angesprochen. Die vertikale Diversifikation setzt an den vor- und nachgelagerten Prozessen der Produktion an. Wird ein komplett neues Produkt in einem neuen Markt platziert, welche auch nicht in Relation zu den anderen Produkten und Leistungen steht, spricht man von lateraler Diversifikation (Amelung et al. 2025, S. 444). Jedes der Strategiefelder birgt für das Krankenhaus (Wachstums-) Chancen und Risiken, wobei diese bei der Diversifikation auf neuen Märkten und mit neuen Produkten am größten sind (Kaufmann 2024, 9ff.).

		Märkte Patienten	
		bestehend	neu
Produkte Leistungen	bestehend	Marktdurchdringung	Marktentwicklung
	neu	Produktentwicklung	Diversifikation

Abbildung 4: Produkt-Markt-Matrix. Eigene Darstellung nach Ansoff (1968).

Im Kontext der Leistungserbringung durch Krankenhäuser können demnach die Dimensionen Märkte und Produkte durch Patienten und Versorgungsleistungen substituiert werden. Mit dem Betrieb eines MVZ setzen Krankenhäuser an vor- und nachgelagerten Prozessen der stationären Versorgung an. Somit handelt es sich hierbei um eine vertikale Diversifikation, wohingegen bei der ambulanten Operation als verändertes Produkt eine Produktentwicklung erfolgt.

Das Ansoff-Modell erklärt die Handlungsoptionen der Krankenhäuser in Bezug auf deren strategische Ausrichtung. Ordnet man die Ansoff-Matrix im Makro-Mikro-Makro-Modell ein, ist diese ein Baustein der Logik der Selektion. Auch wenn Krankenhäuser aufgrund ihrer Einbettung in das Gesundheitssystem und dem regulierten Markt nicht wie Unternehmen außerhalb dieses Kontextes entscheiden und handeln, können betriebswirtschaftliche Ansätze trotzdem einen Erklärungsbeitrag für ihr organisationales Handeln leisten (Bär 2011).

Um ein verbindendes Element zwischen der Logik der Situation und der Logik der Selektion für die Handlungsentscheidung zu haben, muss die Situation, in der sich der organisationale Akteur befindet, in die Handlungsentscheidung einbezogen werden. Dies erfolgt mit der Verbindung der Brückenhypothesen des Makro-Mikro-Makro-Modells und den strategischen Handlungsoptionen durch den in Kapitel 3.2.1 vorgestellten kontingenztheoretischen Ansatz. *Abbildung 5* gibt einen Gesamtüberblick des theoretischen Rahmens dieser Arbeit sowie die Einbettung der Publikationen in diesen.

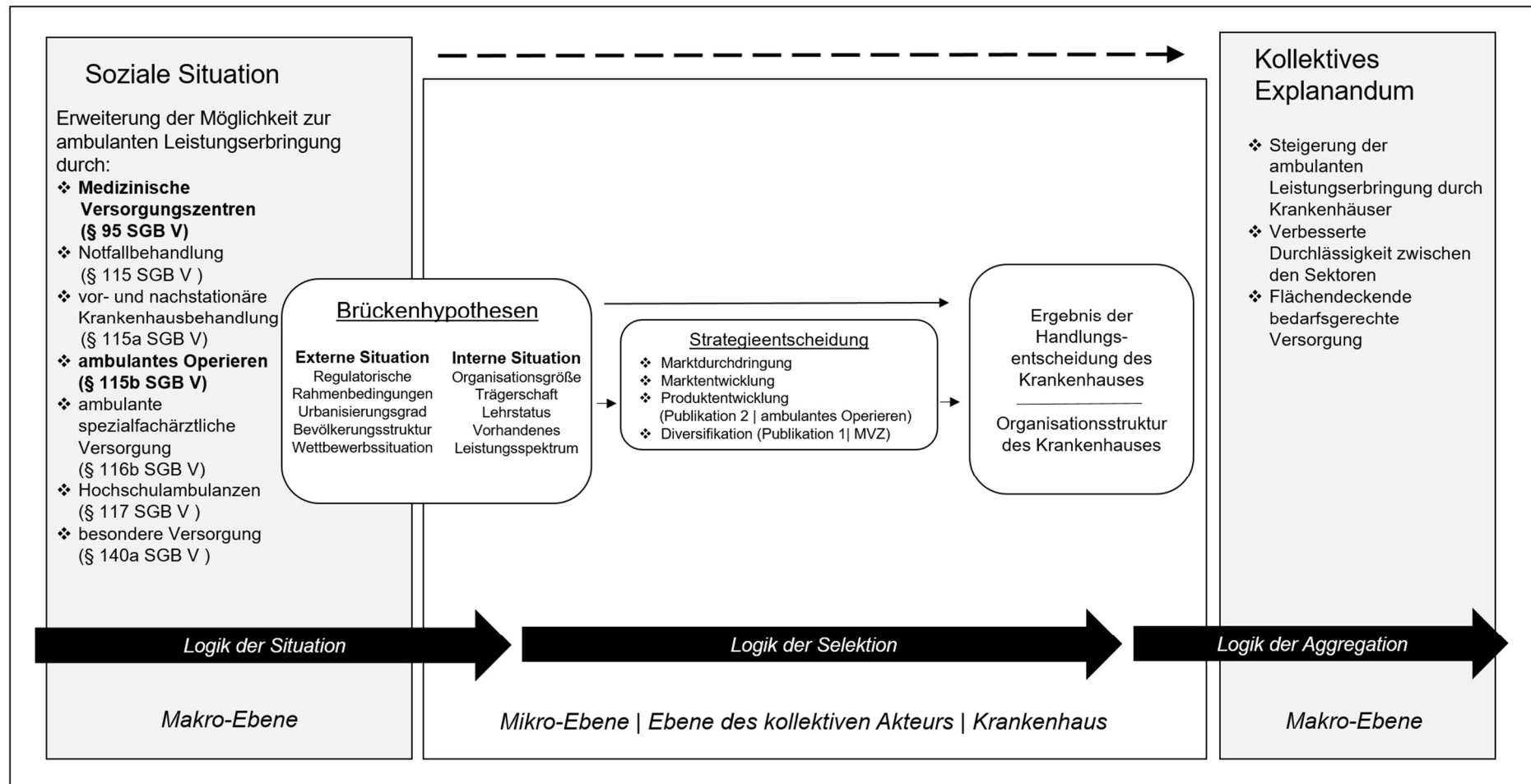


Abbildung 5: Makro-Mikro-Makro-Modell zum Einfluss der Situation auf die Handlungsentscheidung. Eigene Darstellung nach Coleman (1991), Esser (2002), Kieser und Kubicek (1992) und Ansoff (1968).

4 Empirischer Forschungsstand

Im folgenden Kapitel wird der empirische Forschungsstand hinsichtlich des Einflusses der internen und externen Situation spezifisch in Hinblick auf die im theoretischen Rahmen aufgezeigten Faktoren behandelt. Die interne Situation wird anhand der Determinanten Organisationsgröße, Lehrstatus und Trägerschaft betrachtet. Die externe Situation wird über den Urbanisierungsgrad des Krankenhausstandortes, die Wettbewerbsbedingungen sowie die Bevölkerungsstruktur im Kreis einbezogen. Ziel dieses Abschnittes ist die Basis zum Einfluss interner und externer Determinanten auf die ambulante Leistungserbringung für die Herleitung von Forschungsfrage und Hypothesen im darauffolgenden Kapitel zu schaffen (Kapitel 5).

4.1 Interne Situation

Durch die Erweiterung des Produktportfolios medizinischer Leistungen über ein MVZ oder ambulante Operationen kann das Krankenhaus Erlöse im Bereich ambulanter Leistungen erzielen und Leistungen aus einer Hand bieten. Dies schließt nicht nur die prästationäre bzw. präoperative wie poststationäre Behandlung der Patienten, sondern auch die Etablierung des ambulanten Leistungsangebotes ein (Blum et al. 2010). Es gibt durch das zusätzliche ambulante Leistungsangebot die Möglichkeit, eine neue Patientenklientel zu gewinnen und für die Bestandspatienten das Behandlungsangebot sektorenübergreifend auszubauen. Die Krankenhäuser setzen mit dem Betrieb eines MVZ somit auf die Diversifikationsstrategie. Für etwa 60 % der Krankenhäuser ist der Ausbau des Leistungsangebotes ein strategisch relevanter Faktor für den Betrieb eines MVZ, und knapp ein Fünftel der MVZ geben die Ausdehnung des Leistungsangebotes als Erweiterungsmotiv an (ZI 2022). Durch die Diversifikation können Krankenhäuser ihren Patienten ein umfassendes sektorenübergreifendes und interdisziplinäres Versorgungsangebot bieten und somit die Versorgungsqualität (Lee und Epp 2018) sowie die Patientenzufriedenheit (Mira et al. 2009) verbessern. Die Diversifikation des Leistungsangebotes trägt darüber hinaus zur Risikostreuung bei und positioniert das Krankenhaus im ambulanten Markt, dessen Wachstum aufgrund der Bevölkerungsentwicklung in Zukunft zunehmen wird (Hering et al. 2023). Mit jeder Anpassung des Leistungsangebotes bzw. dessen Gründung besteht jedoch auch ein betriebswirtschaftliches Risiko für Krankenhäuser (ZI 2022). Daher ist die Entscheidung, neben der Kerntätigkeit der stationären Versorgung ambulante (vor- und nachgelagerte) Leistungen zu erbringen, Basis strategischer Überlegungen. Die Spezialisierung auf Patientenbedürfnisse an der ambulant-stationären Schnittstelle und das generelle Angebot dieser, spielen in strategischen Überlegungen für mehr als die Hälfte der Krankenhäuser eine Rolle (ZI 2022).

4.1.1 Organisationsgröße

Strategische Überlegungen werden nicht unabhängig von der Krankenhausgröße bzw. der Größe der Organisation getroffen: Größere Krankenhäuser verfolgen trotz ihrer eher starren Ausrichtung und der großen Komplexität ihrer Organisationsstruktur überdurchschnittlich häufig eine prospektive Strategie, bei der sie flexibel in der Einführung neuer Produkte bleiben. Dabei agieren sie eng an der Marktentwicklung ausgerichtet (Helmig et al. 2014; Miles et al. 1978). Kleine Häuser weisen eine reduzierte Komplexität ihrer Strukturen im Vergleich zu großen Kliniken auf, was ihnen eine hohe Flexibilität ermöglicht (McLean et al. 2021, S. 182). So haben sie die Möglichkeit, zeitnah auf akute Versorgungsengpässe zu reagieren (Helmig et al. 2014). Dies führt jedoch dazu, dass diese seltener eine gezielte Strategie verfolgen (Ginn und Young 1992).

Die Strategie, neue Prozesse und Prozeduren einzuführen, ist signifikant mit dem Grad der funktionalen Differenzierung assoziiert (Damanpour 1991). Mit der durch die funktionale Differenzierung steigenden Anzahl an Mitarbeitern erhöht sich die Möglichkeit, entsprechende Aufgaben an Spezialisten zu vergeben (Kieser und Kubicek 1992, 300ff.). Somit hat die Organisationsgröße auch einen Einfluss auf den Grad der Spezialisierung einer Organisation, die Professionalisierung und Leistungsintensität sowie die Koordination von Arbeitsaufgaben (Kieser und Kubicek 1992, 193ff.). Sowohl durch ein MVZ als auch durch ambulante Operationen kann sich ein Krankenhaus auf einen bestimmten Bereich spezialisieren und somit die Effektivität und Effizienz steigern (Korff 2012, S. 140). Durch die eigene Erbringung ambulanter Leistungen kann das Krankenhaus die Organisation und Arbeitsteilung zwischen dem stationären und ambulanten Bereich beispielsweise durch den Einsatz eines Supply-Chain-Managements selbst steuern und Prozessabläufe optimieren (Klimpe et al. 2016).

Auch die vertikale Differenzierung ist von der Organisationsgröße abhängig: Die Krankenhausgröße ist signifikant positiv mit der Integration vor- oder nachgelagerter Versorgungsstufen assoziiert (Wang et al. 2001, S. 187; Wheeler et al. 1999). Kleine Krankenhäuser hingegen lagern Dienstleistungen eher aus (Ludwig et al. 2009).

Die Bedeutung der Krankenhausgröße für das ambulante Leistungsangebot von Krankenhäusern ist aus Sicht der Organisation zudem effizienztechnisch zu betrachten. Die Krankenhausgröße steht in Zusammenhang mit der Erzielung von Skaleneffekten: also Kosteneinsparungen durch geringere Fixkosten bei steigenden Mengen (Giancotti et al. 2017; Bäuml 2020). Eine hohe Auslastung bereits vorhandener Kapazitäten an medizinischer Infrastruktur und Personal reduziert insgesamt die Fixkosten der einzelnen Leistung (Fixkostendegression) (Hodek 2018; Beivers und Waehlert 2018). Durch den

Fixkostendegressionsabschlag im Krankenhausstrukturgesetz wurde ein Steuerungsmechanismus eingeführt, der einer Überversorgung durch die gezielte Ausweitung des Erlösbudgets über die Mengensteuerung entgegenwirkt (Beivers und Waehlert 2018). Wenn das Angebot der ambulanten Leistung für das Krankenhaus an sich nicht attraktiv ist, kann es jedoch zu einer optimierten Auslastung der Infrastruktur beitragen (Hodek 2018). Eine zeitnahe Integration ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen ist allerdings herausfordernd (von Leoprechting und Gabriel 2011, S. 64). Die Integration der verschiedenen fachärztlichen Bereiche in das ambulante Leistungsspektrum sowie das Ausschöpfen aller möglichen Synergien kann ein jahrelanger Prozess sein, in dem sich zunächst nur Verluste und erst mittel- bis langfristig Gewinne erzielen lassen (Lindenmayer et al. 2016, 289ff.).

Insbesondere große Krankenhäuser können bei ambulanten Leistungen über ein MVZ die Zuweisungsfunktion für sich nutzen, also Patienten des MVZs ins eigene Krankenhaus überweisen (von Leoprechting und Gabriel 2011, S. 90). Die Zuweisungsfunktion ist für das Krankenhaus auch eine Zuweisungssicherung ihrer stationären Patienten (Hildebrandt 2016, S. 194). Zum einen sinkt mit der Möglichkeit, eigene ambulante Patienten stationär zuzuweisen, die Abhängigkeit von den niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Zum anderen können die eigenen Zuweisungen auch zukünftig eingeplant werden und fallen bei einer fehlenden Neubesetzung von Praxen nicht weg (von Leoprechting und Gabriel 2011, S. 63). Ein weiterer Vorteil der Zuweisungsfunktion liegt in der Basisfallwertoptimierung durch die aktive Fallsteuerung der Patienten. Mit einer aktiven Fallsteuerung hat ein Krankenhaus die Möglichkeit sich nur diejenigen Patienten zuzuweisen, die zum Versorgungsspektrum und der Kostenstruktur des Krankenhauses passen (von Leoprechting und Gabriel 2011, 54f.).

Diesbezüglich sind ambulante Leistungen für große Krankenhäuser attraktiv. Dies gilt aber nicht für den Fall, dass die ambulante Leistung die stationäre substituiert, sondern als Erweiterung des Leistungsspektrums eingesetzt wird. Bei einer Substitution stationärer durch ambulante Leistungen können nicht ausgeschöpfte Betten-Kapazitäten, die auch aufgrund der Krankenhausplanung vorgehalten werden müssen, die finanzielle Stabilität des Krankenhauses gefährden (Augurzky et al. 2018, S. 73).

4.1.2 Lehrstatus

Durch die Erbringung von Lehrverpflichtungen müssen Lehrkrankenhäuser eine weitere Komponente in ihrer Organisationsstruktur sowie ihrer strategischen Planung berücksichtigen. Sie sind durch Verpflichtungen als akademisches Lehrkrankenhaus an bestimmte Ausbildungsinhalte gebunden (van Rossum et al. 2016). In der Regel bieten

Lehrkrankenhäuser eine große Breite an Fachabteilungen und medizinischen Leistungen (Lee et al. 2008) und weisen somit einen hohen Grad an funktionaler Differenzierung und Spezialisierung auf. Für Universitätsklinika konnte bereits eine positive Assoziation mit dem Angebot präoperativer Abteilungen gefunden werden (Lemmens et al. 2008). Bei Universitätsklinika kommt hinzu, dass sie hochspezialisierte Leistungen für Patienten mit komplexem Problemgeschehen anbieten und in Forschungsaktivitäten eingebunden sind (Grover et al. 2014). In der konkreten Patientenversorgung benötigen Assistenzärzte im Vergleich zu Fachärzten signifikant mehr Zeit für die Behandlung (Bermüller et al. 2015) und die Verweildauer ist bei Patienten, die von in Ausbildung stehenden Ärztinnen und Ärzten behandelt wurden, höher (Dowzicky et al. 2019). Eine Deckung der Kosten bei ambulanten Leistungen in Lehrkrankenhäusern ist daher schwieriger zu erreichen (Bermüller et al. 2015). Zudem können sie über die Hochschulambulanzen bereits Patienten ambulant behandeln. Durch den Betrieb eines MVZs besteht die Sorge, dass die Patientenzahlen in den Hochschulambulanzen rückläufig sind und Patienten für Lehr- und Forschungsaktivitäten somit nicht mehr zur Verfügung stehen (Krüll und Debatin 2013). Die Inklusion der Lehraufgaben in die Organisation sowie die Behandlung von Patienten durch Lernende zu indirekten und direkten Kosten, die bei nicht in der Lehre tätigen Kliniken wegfallen (Grover et al. 2014). Dem gegenüber steht jedoch eine hohe Marktorientierung sowie die Offenheit für Innovationen (Helmig et al. 2014).

4.1.3 Trägerschaft

Neben der Organisationsgröße und dem Lehrstatus ist die Trägerschaft ein internes Merkmal. Der Trägerpluralismus in der Krankenhauslandschaft unterscheidet Krankenhäuser mit öffentlicher, freigemeinnütziger/kirchlicher und privater Trägerschaft. Neben der für alle Trägerarten geltenden Sicherstellung des Versorgungsauftrages unterscheiden sich die verschiedenen Träger vor allem in der Gewinnerzielungsabsicht. Diese ist bei öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern nicht gegeben, während sie bei privatwirtschaftlichen Trägern durch den Einsatz von privatem Eigenkapital priorisiert und der Bedarfsdeckung übergeordnet wird (Augurzky et al. 2018; Wörz 2008). Hinsichtlich der Organisationsstruktur hat die Trägerschaft einen Einfluss auf den Grad der vertikalen Differenzierung. So wird in privaten Krankenhäusern beispielsweise eher eine Rückwärtsintegration vorgenommen und vorklinische Leistungen in das Leistungsangebot aufgenommen (Wang et al. 2001, S. 187). Private Krankenhäuser spezialisieren sich häufiger auf bestimmte lukrative Fachbereiche und Leistungen wie beispielsweise elektive Operationen oder bieten ihre Leistungen eher für Privatpatienten an (Horwitz 2005; Kruse et al. 2018; Farley und Hogan 1990). Eine Spezialisierung ermöglicht es

Krankenhäusern, Leistungen effizienter, sicherer und kostengünstiger anzubieten (Korff 2012, S. 140). Darüber hinaus nutzen private Häuser häufiger Outsourcing-Möglichkeiten (Augurzký et al. 2018; Heimeshoff et al. 2014). Kliniken in privater Trägerschaft können Entscheidungen relativ unabhängig von regionalen politischen Entscheidungen treffen. Somit ergibt sich für sie eher die Möglichkeit, Einspar- oder Gewinnpotenziale zu realisieren und Ineffizienzen abzubauen als für öffentliche und teilweise auch freigemeinnützig betriebene Häuser (Augurzký et al. 2018, S. 14). Forschungsergebnisse zeigen bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft keine höhere Gewinneffizienz (Herr et al. 2011), und auch, dass nicht gewinnorientierte Krankenhäuser den gewinnorientierten sowohl hinsichtlich ihrer Kostenstruktur als auch bei der Effizienz überlegen oder gleichgestellt sind (Rosenau und Linder 2003).

Des Weiteren ist der steuerrechtliche Aspekt bei der Trägerschaft zu beachten (Klimpe et al. 2016, S. 118). Insbesondere gilt dies für gemeinnützige Krankenhäuser, beispielsweise wenn § 67 der Abgabenordnung von Krankenhäusern nicht eingehalten wird und mehr als „40 % der jährlichen Belegungs- oder Berechnungstage auf Patienten entfallen, bei denen nur Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen berechnet werden“ (§ 67 Absatz 1 AO) oder es zwischen dem gemeinnützigen Krankenhaus und MVZ in der Rechtsform einer GmbH zu Übertragungen von Räumen/Gebäuden, Geräten oder anderen Mitteln kommt (Heintzen und Musil 2012, 122ff.). Gemeinnützige Krankenhäuser tragen somit bei der Leistungserbringung über ein MVZ in steuerrechtlicher Hinsicht ein höheres Risiko (Klimpe et al. 2016, S. 118).

4.2 Externe Situation

Die zentrale Aufgabe der Krankenhäuser ist laut § 1 Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die „qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung [...] zu gewährleisten.“ Für die Sicherstellung der Versorgung und das Versorgungsangebot sind aus Sicht der Krankenhäuser die Bevölkerungsdichte und -Struktur im Planungsgebiet einerseits, andererseits aber auch die Wettbewerbssituation entscheidend. Beide externe Faktoren werden in diesem Abschnitt betrachtet.

4.2.1 Urbanisierungsgrad

Die Berücksichtigung der Siedlungsstruktur ist für die Analyse des Versorgungsangebotes fundamental, denn Krankenhäuser in Gebieten mit geringer Siedlungsdichte stehen anderen Herausforderungen gegenüber als Krankenhäuser in Ballungsgebieten. Daher ist primär in diesen Regionen eine „qualitativ hochwertige Grundversorgung“

durch die Krankenhäuser essentiell, wie der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem Gutachten 2014 empfiehlt (SVR 2014, 608ff.). Insbesondere in ländlichen Regionen werden ambulante Leistungen zur Sicherstellung der Versorgung benötigt, da es gerade dort Besetzungsprobleme bei freiwerdenden Arztsitzen gibt (Noetzel 2021, S. 137). Für viele von Krankenhäusern getragene MVZ spielt die Sicherstellung der Versorgung in der Region eine Rolle (Schmola und Rapp 2020, S. 76). Dies zeigt sich unter anderem daran, dass maßgebliche Erweiterungsmotive die Übernahme von Arztsitzen in der Region sowie die Sicherstellung des Versorgungsstandortes sind (ZI 2022). Fällt der Versorgungsstandort weg, weil Praxisinhaber keine Nachfolger finden, so fehlen den Krankenhäusern die unmittelbaren Einweiser in der Region, denn circa ein Viertel der Patienteneinweisungen kommen von den niedergelassenen Haus- oder Fachärzten. Vornehmlich in ländlichen Gebieten sorgen wenige einweisende Haus- und Fachärzte für einen großen Teil des Umsatzes, wohingegen in städtischen Gebieten eine einzelne Praxis für den Gesamtumsatz weniger ausschlaggebend ist (von Leoprechting und Gabriel 2011).

Das Angebot ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser birgt Risiken durch die Abhängigkeit von anderen Versorgenden in der Region: Eines davon ist ein möglicher Konflikt mit niedergelassenen Fachärzten (Korff 2012, 161ff.) der zum Einweisungsboykott führen könnte, wenn auf konkurrierende anstatt unterversorgte Fachgebiete gesetzt wird (Teerling und Reinecke 2019, S. 457; Wolf 2018, S. 68). Bis zu 80 % der Patienten folgen bei der Wahl des Krankenhauses bei elektiven Operationen dem Rat ihres Haus- oder Facharztes (Raab und Legl 2016). 46 % der Patienten eines Krankenhauses werden durch ihren Haus- oder Facharzt in das Krankenhaus eingewiesen (Spindler 2020, S. 419). Die Gründungsberechtigung eines MVZs unterliegt der regionalen Bedarfsplanung, trotzdem stehen MVZ und die niedergelassenen Ärzte in Konkurrenz um lukrative Patienten bzw. geben gegebenenfalls potentielle Verlustfälle schneller an den jeweils anderen Leistungserbringer ab (Wolf 2018, S. 85). Vor der Gründung des MVZ formierter Protest von niedergelassenen Ärzten ist für Krankenhäuser daher ein Grund, von der ambulanten Leistungserbringung durch ein MVZ abzusehen (Wolf 2018; Porter und Guth 2012, S. 180).

Der Urbanisierungsgrad ist zudem für die Personalsituation in den Krankenhäusern von Bedeutung: Insbesondere Krankenhäuser im ländlichen Raum haben Probleme Personal zu finden (Flessa 2020). Der Ausbau ambulanter Leistungsangebote bietet für Kliniken Vorteile für das Personalmanagement, da dieser Flexibilität beim Einsatz des Personals ermöglicht. MVZ in Krankenhausträgerschaft haben die Möglichkeit, ihr ärzt-

liches Personal sowohl im stationären Bereich als auch im MVZ einzusetzen (§ 20 Absatz 2 Satz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)). Etwa 6 % der Ärzte in einem MVZ arbeiten dabei sowohl im MVZ als auch im Krankenhaus des Trägers (ZI 2022). Die Möglichkeit, Personal in beiden Versorgungssektoren einzusetzen, gibt Krankenhäusern Flexibilität hinsichtlich der Personalplanung. So können am MVZ angestellte Ärzte bei fehlenden Kapazitäten im stationären Sektor eingesetzt werden und umgekehrt. Für Patienten hat dies zudem den Vorteil einer sektorenübergreifenden Versorgung aus einer Hand (von Leoprechting und Gabriel 2011, 63ff.). Für Ärzte ist eine MVZ-Anstellung zudem ein attraktives Arbeitsmodell ohne eigenes wirtschaftliches Risiko, was sich für das Krankenhaus bei der Personalgewinnung positiv auswirken kann (ZI 2022, 23f.; Müller und Strasheim 2016).

4.2.2 Wettbewerbssituation

Der Urbanisierungsgrad des Krankenhausstandortes ist eng verzahnt mit der Wettbewerbssituation der Häuser. Eine geringe Bevölkerungsdichte am Krankenhausstandort bedeutet auch, dass in der Region ein Versorgungsbedarf besteht, der mit wenigen oder nur einem Krankenhaus bereits abgedeckt ist. Dadurch ergibt sich für manche Krankenhäuser in ländlichen Räumen eine Monopolstellung (SVR 2014, S. 423). Zudem finden sich in gering besiedelten Regionen weniger niedergelassene Fachärzte, die zusätzlich zum Krankenhaus ambulante Behandlungen und operative Eingriffe vornehmen können. Es konnte bereits gezeigt werden, dass ein geringer Urbanisierungsgrad mit höheren ambulanten Operationsraten assoziiert ist, als ein hoher Urbanisierungsgrad (Friedlander et al. 2021). Die Strategie eines Krankenhauses bezüglich der Erweiterung des Leistungsspektrums oder auch der Spezialisierung hängt stark von der Wettbewerbssituation und der Marktkonzentration in der Region ab (Lüngen et al. 2008; Baier et al. 2019). Grundsätzlich kann ein Krankenhaus darauf abzielen, das Leistungsangebot zu duplizieren und in höherer Qualität anzubieten oder dieses zu differenzieren (Trinh 2020). Auf Märkten, in denen ein starker Wettbewerb herrscht, ist der Anreiz, neue Leistungen anzubieten, größer als in Märkten mit wenig Wettbewerb, da sich vom neuen Angebot ein Zugewinn von Marktanteilen versprochen wird (Arrow 1962). Ambulante Leistungen stellen für Krankenhäuser somit eine Möglichkeit dar, nicht nur neue Märkte zu erschließen bzw. in vorhandene Märkte vorzudringen, sondern auch, um sich im Wettbewerb von Konkurrenten abzugrenzen. Mit der Möglichkeit der Diversifikation soll der Wettbewerb unter den Häusern intensiviert werden, wie aus dem Entwurf des GMG (Deutscher Bundestag 2003, S. 74) hervorgeht. Der Ausbau des Leistungsangebotes kann über die zuvor beschriebenen Stärken als strategisches Mittel eingesetzt

werden, die Wettbewerbsposition des Krankenhauses gegenüber der Konkurrenz im stationären Sektor zu verbessern (Schmola und Rapp 2020, S. 76).

4.2.3 Bevölkerungsstruktur im Kreis

Neben siedlungsstrukturellen und den Wettbewerb betreffenden Faktoren ist die Bevölkerungsstruktur im Kreis von Bedeutung. Es werden mit der ambulanten Bedarfsplanung, der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie dem morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleich, sowie der ambulanten Krankenhausplanung bereits die Bevölkerungsstruktur betreffende Bedarfe in der ambulanten Bedarfsplanung berücksichtigt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2025). Trotzdem zeigen sich große regionale Versorgungsungleichheiten, beispielsweise im Fachgebiet der Gynäkologie, woraus Defizite in der Bedarfsplanung geschlussfolgert werden können (Ozegowski und Sundmacher 2012). Darüber hinaus sind das Inanspruchnahme-Verhalten und somit auch der Versorgungsbedarf, den das Krankenhaus abdecken muss, abhängig von soziodemografischen Merkmalen. So bestimmen das Alter sowie der soziale Status die Inanspruchnahme (Thode et al. 2005) und sind infolgedessen Indikatoren für den Versorgungsbedarf (BBSR, BBR, DZA 2016; Crimmins und Beltrán-Sánchez 2011; van den Bussche et al. 2011). Operationsraten können regional variieren und die Variation zu einem Teil durch sozioökonomischen Status der Bevölkerung erklärt werden. Ein höheres Einkommen erhöht die Chance, eine Operation ambulant anstatt stationär zu erhalten (Friedlander et al. 2021; Al-Qurayshi et al. 2016). Darüber hinaus beeinflusst der sozioökonomische Status der Bevölkerung, wo sich Ärzte niederlassen (Sundmacher und Ozegowski 2016) und daraus folgend die Versorgungssituation im Kreis.

Insgesamt spielt die externe Situation eine bedeutende Rolle, wenn es um die strategischen Überlegungen und die Ausrichtung von Organisationsstrukturen geht. Krankenhäuser, die ihr Leistungsportfolio an Kontextfaktoren anpassen, wirtschaften insgesamt profitabler und können gleichzeitig den Bedarf decken (Cendoma et al. 2024, S. 226).

5 Forschungsfrage

Die vorliegende Arbeit hat sich bisher auf die Einführung in die ambulanten Leistungsbereiche der Krankenhäuser und deren (organisations-) soziologische Einordnung konzentriert. Im folgenden Abschnitt werden die eigenen Forschungsarbeiten kurz vorgestellt und in den Forschungsstand eingeordnet.

Studien, die Determinanten der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser allgemein, aber auch im Kontext des deutschen Gesundheitswesens untersuchen, sind bislang rar. Eine umfangreiche Mixed-Methods-Studie zu Einflussfaktoren auf ambulante Operationsraten in Deutschland wurde von Messerle et al. (2024) veröffentlicht. Weitere Studien aus dem internationalen Kontext fokussieren sich auf das Verhalten auf Chirurgen-, Patienten-, oder Team-Ebene sowie auf kulturelle und finanzielle Einflussfaktoren (Sheetz et al. 2014; Leroy et al. 2017; Kroneman 2003; Brick et al. 2025). Zu den Determinanten der ambulanten Leistungserbringung von Krankenhäusern durch MVZ in Deutschland liegen bislang keiner bekannten Studien vor. Daher hat diese Dissertation das Ziel, Antworten auf folgende Frage zu finden:

Welche organisationalen und regionalen Einflussfaktoren sind mit der ambulanten Leistungserbringung von Krankenhäusern assoziiert?

Die ambulante Leistungserbringung wird in der Publikation 1 über den Betrieb von MVZ nach § 95 SGB V abgebildet. Der Betrieb von MVZ unterscheidet sich im Vergleich zu ambulanten Operationen im Krankenhaus dadurch, dass er der vertragsärztlichen Bedarfsplanung unterliegt (§ 103 SGB V). Über ein MVZ erbringt das Krankenhaus ambulante Leistungen, die das Leistungsspektrum größtenteils erweitern und einer Patientengruppe anbieten können, die vorher nicht regelhaft behandelt wurde. Es handelt sich also aus krankenhaushausstrategischer Sicht um eine Diversifikation des Leistungsangebotes.

Die ambulante Operation kann als Produktweiterentwicklung klassifiziert werden, da sie bereits stationär erbracht wird. Bei der ambulanten Operation bestehen, anders als bei der ambulanten Leistungserbringung durch ein MVZ, durch den AOP-Katalog gesetzliche Vorgaben, wann eine Operation ambulant erfolgen sollte (GKV-Spitzenverband, Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2024). Daher ist der Spielraum, den ein Krankenhaus in seiner strategischen Ausrichtung treffen kann, geringer. Trotzdem sind die ambulanten Operationsraten in Deutschland international verglichen niedriger (OECD 2025), und auch deutschlandweit liegen regional Varianzen in der ambulanten Leistungserbringung vor (Ozegowski und Sundmacher 2014; Salm und Wübker 2020; Kopetsch und Schmitz 2014). Die zweite Publi-

kation fokussiert sich auf Einflussfaktoren der Rate ambulanter Operationen am Beispiel der therapeutischen Kürettage. Um Einflussfaktoren verschiedener Fachabteilungen auszuschließen, wurde eine Prozedur aus einer gynäkologischen Fachabteilung gewählt. Die Prozedur der Kürettage ist ein häufiger ambulanter gynäkologischer Eingriff (Friedrich und Tillmanns 2016, S. 134).

Konkret ergeben sich aus der übergeordneten Forschungsfrage und durch die Aufarbeitung des Forschungsstandes folgende ungerichtete Hypothesen:

H1: Die Größe des Krankenhauses (gemessen an der Bettenanzahl) ist mit der ambulanten Leistungserbringung assoziiert.

H2: Der Lehrstatus des Krankenhauses ist mit der ambulanten Leistungserbringung assoziiert.

H3: Die Trägerschaft ist mit der ambulanten Leistungserbringung assoziiert.

H4: Der Urbanisierungsgrad des Krankenhausstandortes ist mit der ambulanten Leistungserbringung assoziiert.

H5: Die Wettbewerbssituation im Landkreis ist mit der ambulanten Leistungserbringung assoziiert.

H6: Die soziodemografischen Merkmale der Bevölkerung im Landkreis sind mit der ambulanten Leistungserbringung assoziiert.

Datenbasis beider Forschungsarbeiten bilden die, von allen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern in Deutschland, jährlich zu veröffentlichenden gesetzlich strukturierten Qualitätsberichte. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt nach § 136 SGB V Inhalte und Verfahren der verpflichtenden Datenübermittlung fest. Diese Vollerhebung hat den Zweck, umfassende Informationen über die Leistungsumfänge sowie Qualität von Krankenhäusern für Patienten und medizinisches Personal transparent bereitzustellen. So sind Vergleiche zwischen Krankenhäusern möglich. Konkret beinhalten die Qualitätsberichte Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser, beispielsweise zu Diagnosen, Prozeduren oder der Personalstruktur. Die Daten liegen aggregiert auf Fachabteilungsebene sowie Krankenhausebene vor. Individuelle Informationen zu Patienten oder Personal enthalten die Qualitätsberichte nicht (Gemeinsamer Bundesausschuss 2006, 2020). Um den regionalen Bezug herzustellen, wurden über die Standortdaten der Krankenhäuser die Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR-Daten) eine Verknüpfung mit den Qualitätsberichten vorgenom-

men. Der INKAR-Datensatz enthält unter anderem soziodemografische und siedlungsstrukturelle Angaben sowie Informationen über die medizinische Versorgung im Kreis (BBSR 2018).

6 Publikation der Forschungsarbeiten

Basierend auf dem zuvor dargestellten theoretischen Hintergrund wurden die beiden im Peer-Review-Verfahren begutachteten Publikationen erstellt. Sie werden im folgenden Abschnitt zusammengefasst und zur Prüfung der Hypothesen herangezogen.

6.1 Publikation 1

What Really Matters? Organizational Versus Regional Determinants of Hospitals Providing Medical Service Centre

An dieser Stelle erfolgt die Zusammenfassung der ersten Publikation, die in der Fachzeitschrift *Health Policy*⁷ veröffentlicht wurde:

Volkert, A., Pfaff, H. & Scholten, N. (2020): What Really Matters? Organizational Versus Regional Determinants of Hospitals Providing Medical Service Centre. *Health Policy*, 124 (12), 1354-1362. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.07.011

Hintergrund: Durch das 2004 verabschiedete GMG können Akutkrankenhäuser MVZ betreiben und ihr Leistungsportfolio auf den ambulanten Markt ausweiten. Absicht der Änderung durch das GMG war die Sicherung der Versorgungsqualität in ländlichen Regionen. Faktoren, die determinieren, ob sich ein Krankenhaus auf Basis organisationaler und/oder regionaler Faktoren durch ein MVZ Zugang zum ambulanten Markt verschafft, sind bislang nicht bekannt. Die Analyse fokussiert sich auf die Identifikation von Faktoren, die den Betrieb eines MVZ durch Akutkrankenhäuser determinieren.

Methode: Die Datengrundlage bilden die verpflichtend abzugebenden gesetzlich strukturierten Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser (n = 1.605). Organisationsbezogene Daten wie der Lehrstatus, die Größe des Krankenhauses sowie die Trägerschaft wurden mit regionalen Daten, wie dem Urbanisierungsgrad des Krankenhausstandortes oder der Arztdichte, zusammengeführt. Es wurde ein querschnittliches logistisches Mehrebenenmodell gerechnet, um die Determinanten des Betriebs eines MVZs durch Krankenhäuser zu modellieren.

Ergebnisse: Im Jahr 2017 betrieben 27 % der 1.605 Krankenhäuser ein oder mehrere MVZ. Bei der Betrachtung der organisationalen Ebene können eine private Trägerschaft (negativ) und die Größe des Krankenhauses (positiv) als signifikante Determinanten identifiziert werden. Darüber hinaus konnte die Analyse der Interaktionseffekte

⁷ Impact Factor 2019 (JIF): 2,212; SJR-Quartile 2019: Q1.

zeigen, dass die Interaktion zwischen Bevölkerungsdichte und der Trägerschaft eines Krankenhauses einen Einfluss auf den Betrieb eines MVZs hat.

Schlussfolgerungen: Sowohl organisationale wie auch regionale Faktoren determinieren den Betrieb eines MVZs durch ein Krankenhaus. Da die Hinzunahme der regionalen Faktoren insgesamt die Erklärungskraft des Modells deutlich verbessert, lässt auf die besondere Bedeutung regionaler Faktoren schließen. Insgesamt zeigt sich, dass die individuellen Faktoren wie die Profitorientierung als auch die Verantwortung, die medizinische Versorgung in der Region zu sichern, Einflussfaktoren darstellen.

6.2 Publikation 2

What organisational and regional factors influence the outpatient provision of curettages in Germany? A longitudinal secondary data analysis using hospital quality reports data from 2013 to 2019

An dieser Stelle folgt die Zusammenfassung der zweiten im Peer-Review-Verfahren veröffentlichten Publikation der Fachzeitschrift *BMJ Open*.⁸

Volkert, A., Stöcker, A., Pfaff, H. & Scholten, N. (2023). What organisational and regional factors influence the outpatient provision of curettages in Germany? A longitudinal secondary data analysis using hospital quality reports data from 2013 to 2019. *BMJ Open*, 13:e072887. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-072887

Hintergrund: Obwohl es bezüglich der Patientensicherheit keine Unterschiede zwischen der ambulanten und stationären therapeutischen Kürettage gibt, ist die ambulante Rate an dieser gynäkologischen Prozedur in Deutschland im internationalen Vergleich gering. Im Vergleich zur stationären Kürettage ist die ambulante Durchführung sowohl effizienter als auch ökonomischer, daher stellt sich die Frage nach den Einflussfaktoren auf die Durchführung. Das Ziel der Studie war die Untersuchung organisationaler und regionaler Einflussfaktoren auf die ambulante Rate an therapeutischen Kürettagen in deutschen Krankenhäusern.

Methoden: Die Analyse basiert auf den Qualitätsberichten der Krankenhäuser aus den Jahren 2013–2019, welche Daten aller gynäkologischen Abteilungen in Deutschland beinhalten (n=709). Diese organisationalen Daten (Lehrstatus, Krankenhausgröße, Trägerschaft, Abteilungsart) wurden mit kontextuellen Daten des Kreises (Urbanisierungsgrad, Marktkonzentration und Einkommenssituation der Bevölkerung) erweitert.

⁸ Impact Factor 2022 (JIF): 2,90; SJR Quartile 2022: Q1.

Es wurde ein Zero-One-Inflated-Beta-Regression-Model zur Identifizierung der Einflussfaktoren auf die ambulante Rate an „Kürettagen“ im Jahr 2019 gerechnet.

Ergebnisse: Die Anzahl der auf ambulanter Basis vorgenommen Kürettagen ist im Analysezeitraum angestiegen. Zeitgleich ist die Anzahl stationärer „Kürettagen“ gesunken. Im Jahr 2019 wurden 69,6 % ambulant im Krankenhaus durchgeführt. Es zeigt sich über den Analysezeitraum jedoch eine Sättigung. Die Krankenhausgröße ist signifikant negativ mit der ambulanten Rate an „Kürettagen“ assoziiert, wohingegen Belegabteilungen eine signifikant positive Assoziation aufweisen. Es wurden keine signifikanten Assoziationen für die Trägerschaft, den Urbanisierungsgrad oder die Marktkonzentration im Kreis gefunden. Ein hohes Einkommen der Bevölkerung im Kreis ist hingegen positiv mit der Rate an ambulanten Kürettagen assoziiert.

Schlussfolgerungen Die Analyse zeigt, dass insbesondere organisationale Faktoren in Zusammenhang mit der Rate ambulant durchgeführter Kürettagen stehen. Das kann ein Hinweis auf die Bedeutung regulativer Bedingungen wie Vergütungssystematiken für die ambulant operative Leistungserbringung in Deutschland sein, insbesondere dahingehend, dass diese aktuell die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser nicht incentivieren.

7 Diskussion

Diese Dissertation untersucht, welche Krankenhäuser sich über die ambulanten Leistungen MVZ und ambulanten Operationen (hier beispielhaft an der therapeutischen Kürettage) an der ambulanten Versorgung in Deutschland beteiligen. Die zentrale Frage dieser Arbeit fokussiert sich auf die Bedeutung von Einflussfaktoren auf das Angebot der ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus hinsichtlich der strategischen, die Organisationsstruktur betreffenden Entscheidungen. Im Mittelpunkt der Analyse steht dabei, welche internen und externen Merkmale der Krankenhäuser dem Angebot bzw. dem Grad der Adaption assoziiert sind.

Im folgenden Abschnitt werden die zentralen Ergebnisse der beiden Forschungsarbeiten zuerst zusammengefasst und anschließend im Kontext des zuvor vorgestellten theoretischen Rahmens diskutiert. Abschließend werden die Limitationen der beiden Forschungsarbeiten in Hinblick auf die übergeordnete Fragestellung der Dissertation diskutiert. Während der Konzeption, der Verfassung des Manuskriptes sowie in den jeweiligen Peer-Review-Verfahren erfolgte bereits eine kritische Auseinandersetzung, die in den jeweiligen Abschnitten zu Limitationen in den Publikationen nachzulesen sind.

7.1 Erkenntnisse und theoretische Einordnung der Forschungsarbeiten

Den übergeordneten Rahmen dieser Arbeit bildet das Makro-Mikro-Makro-Modell (Coleman 1991; Esser 2002). Der Ausgangspunkt ist eine gesetzlich initiierte Öffnung des Krankenhausmarktes für die ambulante Leistungserstellung mit der die kollektiven Ziele, die Effizienz und Effektivität des Gesundheitswesens zu steigern, die Integration der Sektoren zu verbessern und die flächendeckende wohnortnahe Versorgung zu sichern, erreicht werden sollen (Bundesministerium für Gesundheit 2015; SVR 2012, 2014). Die durch die neue Situation entstehende Dynamik wird mit dem Übergang von der „Logik der Situation“ zur „Logik der Selektion“ eingegangen. Dies geschieht über den Einfluss interner und externer Merkmale, die als Brückenhypothesen fungieren (Kapitel 3.2.1). Die „Logik der Selektion“ basiert in Organisationen wie Krankenhäusern auf Basis strategischer Entscheidungen, die sich auf die Organisationsstruktur auswirken. Die Strategieentscheidungen sind im Sinne Coleman (1991) rationale, nutzenmaximierende Entscheidungen. Ein Modell strategischer Unternehmensführung, welches diesen Entscheidungen zugrunde gelegt werden kann, ist die Produkt-Markt-Matrix von Igor Ansoff (1968) (siehe Kapitel 3.2.2). Zusammen mit internen und externen Einflüssen der Situation, beeinflusst die strategische Ausrichtung, wie im kontingenztheoretischen Ansatz angenommen, die organisationale Ausrichtung auf die ambulante Leistungserbringung (siehe Abbildung 5). Auf Basis dieser theoretischen Überlegungen und dem Forschungsstand wurden Hypothesen aufgestellt und überprüft (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Hypothesen und das Ergebnis ihrer Überprüfung

Hypothesen	Publikation 1: MVZ		Publikation 2: Ambulante Kürettage	
H1: Die Größe des Krankenhauses (gemessen an der Bettenanzahl) ist mit der ambulanten Leistungserbringung assoziiert.	Häuser mit hoher Bettenzahl sind mit einer höheren Chance assoziiert, ein MVZ zu betreiben.	✓	Häuser mit hoher Bettenzahl sind mit einem geringeren Anteil an ambulanten Kürettagen assoziiert.	✓
H2: Der Lehrstatus des Krankenhauses ist mit der ambulanten Leistungserbringung assoziiert.	Der Lehrstatus zeigt keine signifikante Assoziation auf das Betreiben eines MVZs.	×	Der Lehrstatus zeigt keine signifikante Assoziation auf die Rate ambulanter Kürettagen.	×
H3: Die Trägerschaft ist mit der ambulanten Leistungserbringung assoziiert.	Die Trägerschaft zeigt keine signifikante Assoziation mit dem Betrieb eines MVZs.	×	Die Trägerschaft zeigt keine signifikante Assoziation auf die ambulante Durchführung der therapeutischen Kürettage	×
H4: Der Urbanisierungsgrad des Krankenhausstandortes ist mit der ambulanten Leistungserbringung assoziiert.	Der Urbanisierungsgrad zeigt keine signifikante Assoziation mit dem Betreiben eines MVZs. Interaktion: Gemeinnützige Trägerschaft und ländliche Außenbezirke zeigen positive Assoziation	×✓	Der Urbanisierungsgrad zeigt keine signifikante Assoziation auf die Rate ambulanter Kürettagen.	×
H5: Die Wettbewerbssituation im Landkreis ist mit der ambulanten Leistungserbringung assoziiert.	Die Wettbewerbssituation im Landkreis zeigt eine signifikante Assoziation mit dem Betreiben eines MVZs.	✓	Die Wettbewerbssituation im Landkreis zeigt keine signifikante Assoziation mit der Rate ambulanter Kürettagen.	×
H6: Die soziodemografischen Merkmale der Bevölkerung im Landkreis sind mit der ambulanten Leistungserbringung assoziiert.	Die Soziodemografie der Bevölkerung im Kreis ist über das Durchschnittsalter im Kreis nicht signifikant dem Betrieb eines MVZ assoziiert.	×	Die Soziodemografie der Bevölkerung im Kreis ist über das Durchschnittseinkommen signifikant positiv mit der Rate an ambulanten Kürettagen assoziiert.	✓

Legende: × Nullhypothese wird beibehalten; ✓ Nullhypothese wird abgelehnt.

7.1.1 Forschungsarbeit 1

Die erste Forschungsarbeit fokussiert sich auf die Einflussfaktoren des Betriebs eines MVZs. Dabei wurden die internen Faktoren Größe des Krankenhauses, Trägerschaft sowie Lehrstatus in Hinblick darauf untersucht, ob sie mit der ambulanten Leistungserbringung assoziiert sind und somit für die strategische Ausrichtung und Änderungen in der Organisationsstruktur von Bedeutung sind. Die Größe des Krankenhauses zeigt eine positive Assoziation mit dem Betrieb eines MVZs. Große (500-799 Betten) und sehr große Häuser (≥ 800 Betten) haben eine 2,3-fach bzw. 6,1-fach höhere Chance, ein MVZ zu betreiben im Vergleich zu kleinen Häusern (50-99 Betten). Die signifikante Assoziation zeigt sich in allen gerechneten Modellen (Volkert et al. 2020). Ein Krankenhaus mit einer hohen Bettenzahl weist demnach eine größere Wahrscheinlichkeit auf, ein MVZ zu betreiben, im Vergleich zu einem kleinen Krankenhaus. Die Hypothese H1 wird somit beibehalten.

Das einfache logistische Regressionsmodell ohne kontextuelle Einflussfaktoren zeigt eine geringe Chance für private Krankenhäuser im Vergleich zu öffentlichen Häusern, ein MVZ zu betreiben. Jedoch ist die Assoziation im Mehrebenenmodell unter Einbezug von kontextuellen Faktoren nicht mehr signifikant (Volkert et al. 2020). Die Hypothese H2 wird somit abgelehnt.

Für den Lehrstatus wurde keine signifikante Assoziation gefunden (Volkert et al. 2020). Die Hypothese H3 wird somit ebenfalls abgelehnt. Der Lehrstatus ist in dieser Untersuchung somit kein Merkmal, das zu einer signifikanten Unterscheidung hinsichtlich der Organisationsstruktur eines Krankenhauses führt.

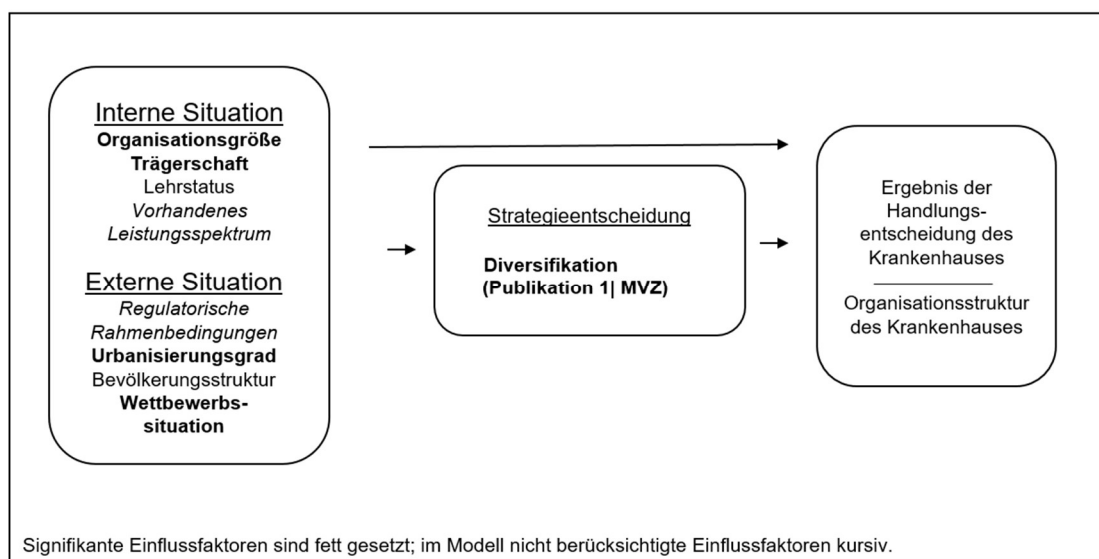


Abbildung 6: Ergebnisse aus Publikation 1 zu Einflussfaktoren auf das Angebot von MVZ. Darstellung in Anlehnung an Kieser und Kubicek (1992).

Bei den kontextuellen Faktoren wurde zunächst geprüft, ob der Urbanisierungsgrad des Krankenhausstandortes einen Einfluss auf das Angebot ambulanter Leistungen hat. Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede von ländlichen, verdichteten und hochverdichteten Landkreisen gegenüber Städten feststellen (Volkert et al. 2020). Hypothese H4 wird auf Basis dieser Erkenntnisse abgelehnt. Allerdings zeigte der Urbanisierungsgrad in der Interaktion mit der Trägerschaft, dass freigemeinnützige Häuser in verdichteten Kreisen eine 2,5-fach höhere Chance haben, ein MVZ zu betreiben, als öffentliche Häuser in verdichteten Kreisen. Des Weiteren wurde die Wettbewerbssituation in der ersten Forschungsarbeit über die beiden Variablen Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner sowie Ärzte je 10.000 Einwohner im Landkreis inkludiert. Die Ärztedichte im Landkreis weist keine signifikante Assoziation auf das Betreiben eines Krankenhaus-MVZs auf. In Bezug auf die Ärztedichte kann gefolgert werden, dass die Wettbewerbssituation im Landkreis keinen signifikanten Effekt auf das Betreiben eines MVZs hat. In Landkreisen mit einer sehr hohen Bettenzahl pro 100.000 Einwohner haben Krankenhäuser eine geringere Wahrscheinlichkeit, ein MVZ zu betreiben, im Vergleich zu Krankenhäusern mit sehr wenige Betten (Volkert et al. 2020). Die Hypothese H5 wird somit in dieser Analyse beibehalten. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung, mit dem einerseits soziodemografische, andererseits versorgungsbedarfsbezogene Faktoren abgedeckt werden, zeigt keine signifikante Assoziation. Die Hypothese H6 wird somit abgelehnt.

Theoretische Einordnung zur Forschungsarbeit 1

Das Betreiben eines MVZs ist eine strategisch langfristige Entscheidung (Bühn 2016). Mit dem Betrieb eines oder mehrerer MVZ erweitert ein Krankenhaus seine strategische Ausrichtung um neue Produkte bzw. neue Gesundheitsleistungen und um neue Märkte bzw. Patienten (Ansoff 1968), da nun auch für ambulant behandelbare Erkrankungen ein diagnostisches und therapeutisches Angebot bereitgestellt wird. Das Angebot ambulanter Leistungen durch ein MVZ kann also nach der Ansoff-Matrix dem Strategiefeld der Diversifikation (Ansoff 1968) zugeordnet werden.

Ordnet man die Strategieentscheidung in den kontingenztheoretischen Ansatz nach Kieser und Kubicek (1992) ein, kann als relevantes Merkmal der internen Situation die Organisationsgröße identifiziert werden. Große Krankenhäuser setzen eher auf die Strategie der Diversifikation (Wheeler et al. 1999) und weisen somit eine höhere Wahrscheinlichkeit als kleine Krankenhäuser auf, neue Produkte und Märkte anzuvisieren. Ein Krankenhaus mit vielen Betten und auch für die ambulante Versorgung geeigneten

Fachbereichen, hat die Möglichkeit, viele Leistungen in das MVZ auszulagern und somit eine fächer- und sektorenübergreifende Versorgung zu bieten (Krüll und Debatin 2013). Krankenhäuser bedienen gerade in Fächern, die sie als bettenführende Abteilungen innehaben, Versorgungszentren (Blum et al. 2010). Die Strategie der Diversifikation stellt zudem ein größeres Risiko für die Krankenhäuser dar als die drei anderen Wachstumsstrategien Marktdurchdringung, Marktentwicklung und Produktentwicklung (Kaufmann 2024). Ein möglicher Konflikt mit den niedergelassenen Fachärzten aufgrund der Drängung in den ambulanten Markt fällt insbesondere für Maximalversorger und Universitätskliniken weniger ins Gewicht als für kleinere Häuser, die von wenigen Zuweisern abhängig sind. Daher können große Kliniken beim Markteintritt leichter eine Konfrontationsstrategie verfolgen und ohne Berücksichtigung der möglichen Reaktionen der niedergelassenen Versorger im Einzugsgebiet gründen (von Leoprechting und Gabriel 2011, S. 66). Die Größe der Organisation ist mit einem besseren Zugang zu und Ausstattung mit Ressourcen verbunden. Große Organisationen haben außerdem mehr Kapazitäten als kleine Häuser, strukturbetreffende Änderungen in ihr Leistungsprogramm zu implementieren (Banaszak-Holl et al. 1996; Wheeler et al. 1999). Für kleinere Krankenhäuser ist es aufgrund von Ressourcenknappheit oftmals schwieriger, Strukturveränderungen vorzunehmen (Wells et al. 2004).

Ein weiterer Punkt im Rahmen der Organisationsgröße ist zudem die Feststellung, dass die Einrichtung eines MVZs eine langfristige strategische Ausrichtung intendiert (Bühn 2016). Nach Helmig et al. (2014) verfolgen kleine Kliniken seltener eine langfristige Strategie. Sie können dadurch möglicherweise engmaschiger an der Versorgungslage angepasst agieren, insbesondere bei einem Standort im ländlichen Raum. Darüber hinaus sind kleinere Kliniken häufig spezialisiert. Diese Spezialisierung ist für sie notwendig, um über Mengeneffekte die Kosten zu senken und somit wettbewerbsfähig zu bleiben (Korff 2012, S. 29). Ein zusätzliches Angebot ambulanter Leistungen würde der Spezialisierung entgegenstehen. Dies sind mögliche Erklärungen, warum risikobehaftete Investitionen wie ein Krankenhaus-MVZ, die ein hohes Maß an vertikaler Integration erfordern und langfristig ausgerichtet sind, von kleineren Häusern seltener getätigt werden.

Die Trägerschaft des Krankenhauses konnte nicht als relevante Determinante der internen Situation auf die Organisationsstruktur identifiziert werden. Die Ergebnisse zeigen keine höhere Chance für private Kliniken im Vergleich zu öffentlichen, ein MVZ zu betreiben (Volkert et al. 2020) und sind somit in Einklang mit vorangegangenen Studien, die eine private Trägerschaft eher in Zusammenhang mit Spezialisierungen als

mit Diversifikation sehen (Bjorvatn 2018; Horwitz 2005). Dieses Ergebnis steht entgegen des von der Ärzteschaft erhobenen Vorwurfes, privat geführte MVZ versuchen, Gewinne zu Lasten des Versorgungsauftrages zu maximieren. Dieser wird stets, einhergehend mit der Forderung nach einer stärkeren Regulierung von investorenbetriebenen MVZ, erhoben (Gersch-Souvignet und Purkhardt 2025; Ärzteblatt 2024). Öffentliche Träger haben zudem Aufgaben der Daseinsvorsorge insbesondere in gering besiedelten Gebieten. Besonders für öffentliche Träger spielt die Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen strategisch eine bedeutende Rolle, um ihren Erhalt zu sichern. Der Betrieb eines MVZs ist hierfür eine Möglichkeit (Göpfert 2016). Gleiches gilt für freigemeinnützige Häuser, deren Hauptinteresse nicht in der Gewinnmaximierung, sondern in der Deckung des Bedarfes liegt. Entscheidungen, die ihre Strategie oder deren Umsetzung in die Praxis betreffen, werden unabhängig vom politischen Einfluss getroffen, jedoch erhalten freigemeinnützige Häuser Steuervergünstigungen, wodurch sie ihre Ziele eher am Gemeinwohl ausrichten können (Wörz 2008, 29ff.). Dies ist eine mögliche Erklärung, warum viele freigemeinnützige Krankenhäuser in moderat besiedelten Gebieten MVZ betreiben und somit in diesen Regionen die fachärztliche ambulante Versorgung abdecken und auf die Strategie der Diversifikation setzen. Letztendlich gilt sowohl für öffentliche als auch für freigemeinnützige Häuser, dass sie nicht unabhängig vom Wettbewerb zu betrachten sind, auch für sie auf dem Krankenhausmarkt Regulierungen gelten und auch für sie die Abhängigkeit vom Markterfolg gilt (Hurlebaus 2004). Diese Interpretation ist passend zum kontingenztheoretischen Ansatz, der davon ausgeht, dass jede Organisation in erster Linie danach strebt, ihre Existenz zu sichern, indem sie sich an ihre Umfeldbedingungen anpasst (Schreyögg 1980, S. 307).

Lehrkrankenhäuser unterscheiden sich in der Wahrscheinlichkeit, ein MVZ zu betreiben, nicht von Krankenhäusern ohne Lehrverpflichtung (Volkert et al. 2020). Somit ist ein Lehrstatus für die strategische Ausrichtung der Diversifikation und über die ambulante Leistungserbringung sowie die daraus resultierenden Änderungen der Organisationsstruktur nicht von signifikanter Bedeutung. Dies zeigt, dass die mit der Lehrverpflichtung einhergehenden Aufgaben und die Einbindung von Studierenden dem MVZ-Betrieb nicht entgegensteht. Bisherige Praxisbeispiele haben gezeigt, dass die Integration eines MVZs in ein Lehrkrankenhaus erfolgreich möglich ist, und das MVZ auch weitere Möglichkeiten der Diversifikation eröffnen, indem nach der Gründungs- und Erprobungsphase weitere Fachgebiete eines Krankenhauses in das MVZ integriert werden (Krüll und Debatin 2013).

Zusammenfassend zeigt sich lediglich bei dem organisationalen Faktor der Größe ein Hinweis darauf, dass dieser das Angebot ambulanter Leistungen über ein MVZ beeinflusst.

Ursprünglich soll die Öffnung der stationären Versorger für den ambulanten Bereich die Sicherstellung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung gewährleisten (Bundesministerium für Gesundheit 2015; SVR 2014, 352f.). Es zeigt sich jedoch kein signifikanter Einfluss des Urbanisierungsgrades auf den Betrieb eines MVZs. Erst, wenn man den Interaktionseffekt von Trägerschaft und Urbanisierungsgrad berücksichtigt, zeigt sich, dass Krankenhäuser in suburbanen Gebieten mit freigemeinnütziger Trägerschaft häufiger ein MVZ betreiben als öffentliche Häuser (Volkert et al. 2020). Dieses Ergebnis ist insofern bemerkenswert, da MVZ gerade in ländlichen Regionen als Möglichkeit gesehen werden, die Versorgung sicherzustellen (Göpfert 2016) und gerade öffentliche Häuser an der Sicherstellung der Versorgung bzw. der Bedarfsdeckung ein Interesse haben (Wörz 2008). Es sind vor allem Krankenhäuser in ländlichen Regionen, die besonders mit den spezifischen Gegebenheiten ihres Raumes interagieren müssen und auf Kooperationen und Stakeholder angewiesen sind (Flessa 2020). Eine langfristige und risikobehaftete Investition in ein MVZ könnte somit für Krankenhäuser in ländlichen Regionen als weniger attraktiv angesehen werden und andere Modelle, welche die fachärztliche Leistungserbringung in der Region sichern, wie beispielsweise Kooperationen mit weiteren Leistungserbringern (Flessa 2020), könnten überlegener sein.

Die Wettbewerbssituation des regionalen Marktes soll der regionale Indikator der Bettendichte abbilden. Das Ergebnis, dass in Landkreisen mit einer sehr hohen Betten-dichte weniger MVZ betrieben werden (Volkert et al. 2020), deutet darauf hin, dass die einzelnen Versorger primär versuchen, ihre Bettenkapazitäten auszulasten. Im Jahr 2024 lag die durchschnittliche Bettenauslastung in Deutschland bei 72,0 % (Destatis 2025). Es ist aber ebenfalls ein möglicher Hinweis darauf, dass gerade in Landkreisen mit einer geringen Bettendichte das MVZ als Möglichkeit genutzt wird, fachärztliche Versorgung ambulant am Krankenhaus bereitzustellen, und dies in stationär sehr gut versorgten Gebieten nicht getan wird bzw. nicht nötig ist. Der Versorgungsbedarf in der Region, abgebildet über das Durchschnittsalter der Bevölkerung, hat keinen Einfluss auf den Betrieb eines MVZs (Volkert et al. 2020). Als Erklärung hierfür können die Berücksichtigung der Aspekte der Bevölkerungsstruktur sowie der Morbidität in der Bedarfsplanung angeführt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2025).

7.1.2 Forschungsarbeit 2

In der zweiten Forschungsarbeit wurden die internen Einflussfaktoren (Organisationsgröße, Lehrstatus, Trägerschaft) und externen Einflussfaktoren (Urbanisierungsgrad,

Wettbewerbssituation im Landkreis (Marktkonzentration), sowie Bevölkerungsstruktur über das durchschnittliche Einkommen im Kreis) auf das Angebot ambulanter Operationen in gynäkologischen Abteilungen untersucht. Dabei wurde exemplarisch eine Operation gewählt, die als gynäkologische Operation in einem Fachgebiet mit hohem Ambulantisierungspotential (Augurzky et al. 2015) durchgeführt wird – die therapeutische Kürettage. Es wurden zum einen Faktoren der generellen Durchführung betrachtet sowie Unterschiede in den Anteilen der ambulanten gegenüber der stationären Durchführung. Von 2013 bis 2019 stieg der Anteil an ambulant durchgeführten Kürettagen insgesamt von 65,5 % bis 69,6 %. Im Median führten die einzelnen Krankenhäuser 2013 67,4 % und 2019 72,3 % der Kürettagen ambulant durch. 5 % der Krankenhäuser führen 2019 ausschließlich ambulante Kürettagen durch. Die organisationalen Determinanten Trägerschaft und Lehrstatus hatten keinen signifikanten Einfluss darauf, ob die therapeutische Kürettage generell ambulant durchgeführt wurde (Volkert et al. 2023).

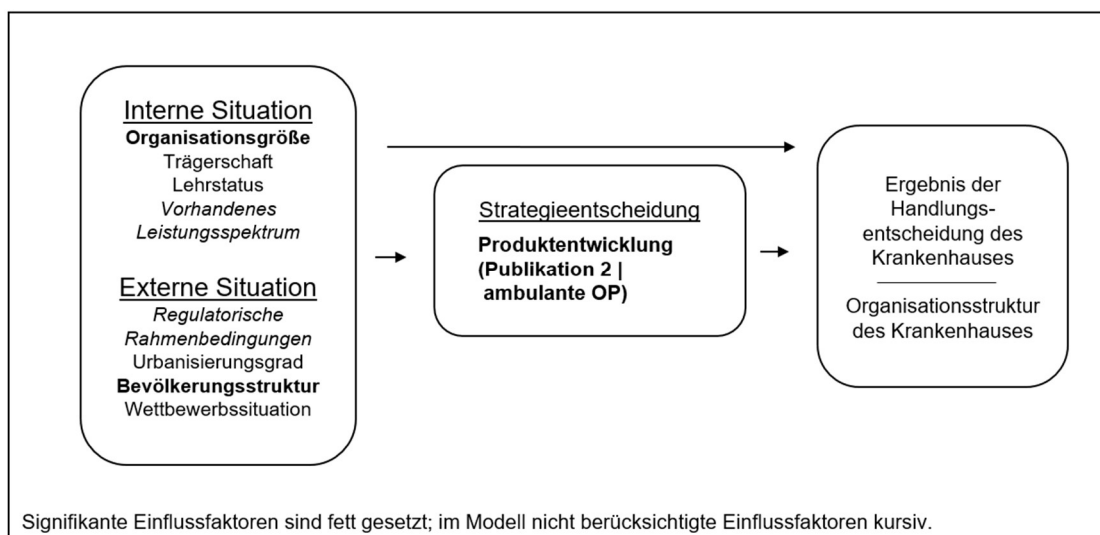


Abbildung 7: Ergebnisse aus Publikation 2 zu Einflussfaktoren auf das Angebot ambulanter Operationen. Darstellung in Anlehnung an Kieser und Kubicek (1992).

Es zeigte sich jedoch eine signifikant negative Assoziation zwischen der Krankenhausgröße und dem Anteil an ambulanten Kürettagen. Je größer ein Krankenhaus ist (gemessen an seiner Bettenzahl), desto geringer ist die Rate an ambulanten Kürettagen (Volkert et al. 2023). Die Hypothese H1 kann somit beibehalten werden. Darüber hinaus ist die Rate an ambulanten Kürettagen in Hauptabteilungen geringer als in Belegabteilungen (Volkert et al. 2020). Weitere untersuchte interne wie externe Einflussfaktoren zeigten keine signifikanten Assoziationen in Bezug auf den Anteil der ambulanten Kürettagen. Dies bedeutet, dass bei den untersuchten regionalen Einflussfaktoren weder

die Siedlungsstruktur des Kreises, in dem sich das Krankenhaus befindet, noch die Marktkonzentration eine signifikante Assoziation mit dem Anteil an ambulanten Kürettagen aufweisen. Ein signifikanter Einfluss konnte für einen soziodemografischen Faktor festgestellt werden. Mit steigendem Einkommen der Bevölkerung im Kreis steigt auch die ambulante Rate an Kürettagen (Volkert et al. 2023).

Theoretische Einordnung zur Forschungsarbeit 2

Da Krankenhäuser beim ambulanten Operieren nur Leistungen durchführen dürfen, die sie bereits als stationäre Leistung anbieten, handelt es sich bei der ambulanten Operation nicht um eine Diversifikation, sondern um eine Produktentwicklung. Die meisten Krankenhäuser führen daher die untersuchte Operation therapeutische Kürettage ebenfalls stationär durch (Volkert et al. 2023). Die strategische Ausrichtung wird also hier am Anteil der ambulanten an allen Leistungen gemessen.

Die organisationale Determinante Krankenhausgröße zeigt eine negative Assoziation mit dem Anteil ambulanter Kürettagen (Volkert et al. 2023). Andere Studien kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass mit steigender Größe weniger ambulante Operationen durchgeführt werden (Messerle et al. 2024; Zhang et al. 2025). Eine Erklärung aus strategischer Sicht könnte die Spezialisierung hin zu ambulanten Eingriffen sein. Hier haben kleinere Kliniken ein höheres Potential als große Kliniken, was in der geringeren Komplexität der Fälle begründet ist (Augurzky et al. 2015). Gerade in großen Kliniken werden häufiger auch Patienten mit komplexeren Behandlungsbedürfnissen behandelt (Lüngen 2017; Augurzky et al. 2015), und somit sind aufgrund der Morbidität der Patienten anteilig weniger ambulante Operationen möglich, da leistungs- und patientenkontextbezogene Faktoren eine stationäre Operation rechtfertigen können (Albrecht et al. 2022). Neben der höheren Morbidität von Patienten kann auch die Bettenauslastung eine Rolle spielen. Der Begründungsspielraum für einen ambulanten Eingriff wird möglicherweise eher ausgereizt, da auch für ambulante Eingriffe Bettenkapazitäten und Personal vorgehalten werden müssen, sollte doch eine stationäre Aufnahme erforderlich sein (Volkmer et al. 2023).

Für den Lehrstatus konnten keine signifikanten Assoziationen festgestellt werden. Zumindest an der gynäkologischen Operation der therapeutischen Kürettage lässt sich somit nicht feststellen, dass ein Krankenhaus mit Lehrverpflichtung grundsätzlich eine andere Strategie verfolgt als ein Haus ohne Lehrverpflichtung (Volkert et al. 2023). Dieses Ergebnis steht damit im Kontrast zu Ergebnissen anderer Publikationen mit minimalinvasiven Eingriffen, wie beispielsweise der Bauchspiegelung (Laparoskopie), bei

der in Lehrkrankenhäusern eine höhere Rate festgestellt werden konnte (Patel et al. 2022). Für die Hysterektomie⁹ konnte ebenfalls festgestellt werden, dass sie in Lehrkrankenhäusern eher vaginal laparoskopisch anstatt abdominal durchgeführt wird. Somit wurden die Patienten in Lehrkrankenhäusern eher mit der minimalintensiven Technik behandelt als in Krankenhäusern ohne Lehrverpflichtung (Patel et al. 2014). Auch in qualitativen Interviews wurde der Lehrstatus von Experten als relevanter Einflussfaktor benannt (Messerle et al. 2024). Messerle et al. (2024) konnten jedoch für alle ambulanten Eingriffe ebenfalls keine signifikante Assoziation feststellen.

Ähnlich sieht es bei der Trägerschaft aus, bei der anders als in manchen vorangegangenen Studien (Xirasagar und Lin 2006; Guillaumes et al. 2023; Messerle et al. 2024) keine signifikante Assoziation zwischen dem Anteil ambulanter Operationen und dem Trägertypen festgestellt werden kann (Volkert et al. 2023). Es lässt sich für die Operation der therapeutischen Kürettage keine auf Produktentwicklung bezogene Ausrichtung von Häusern in privater Trägerschaft erkennen. Ebenso kann auch nicht festgehalten werden, dass sich bei einer öffentlichen Trägerschaft eher eine Wachstumsstrategie der Produktentwicklung zeigt, wie man es nach Ergebnissen von Guillaumes et al. (2023) annehmen könnte.

Der Urbanisierungsgrad hatte keinen Einfluss auf die Rate an ambulanten Kürettagen (Volkert et al. 2023). Dies zeigt, dass sowohl in Krankenhäusern in ländlichen Gebieten wie auch in städtischen Gebieten die ambulante Kürettage durchgeführt wird und nicht nur in den vermeintlich innovationsfreundlicheren urbanen Gebieten. Es zeigt zudem für die Kürettage, dass sich die Häufigkeit der ambulanten Durchführung trotz höherer Anzahl an niedergelassenen Gynäkologen und Chirurgen in urbanen Gebieten nicht von städtischen Gebieten unterscheidet (Augurzy et al. 2015).

Der Herfindahl-Hirschman-Index¹⁰ (HHI), genommen als Indikator für die Wettbewerbsstruktur, hat ebenfalls keine Auswirkungen auf die ambulante Operationsrate bei Kürettagen. Eine Erklärung für das Fehlen von signifikanter Assoziation könnte sein, dass es sich bei der „Kürettage“ um einen gynäkologischen Routineeingriff handelt (Skala et al. 2021), auf Basis dessen eine Strategieausrichtung nicht erkennbar ist.

Bei den regionalen Determinanten konnte eine signifikante Assoziation zwischen dem Einkommen der Bevölkerung im Landkreis und der Rate an ambulanten Kürettagen ermittelt werden. Ein höheres Einkommen ist mit einer besseren Gesundheit assoziiert (Baier et al. 2019). Dies ist möglicherweise ein Hinweis darauf, dass Häuser, die in

⁹ Bei der Hysterektomie wird die Gebärmutter teilweise oder vollständig entfernt (Skala et al. 2021).

¹⁰ Der Herfindahl-Hirschman-Index ist ein Instrument zur Messung der Marktkonzentration (Rhoades 1995). Zur Ermittlung der Marktkonzentration wurde die stationäre Fallzahl der gynäkologischen Fachabteilung als Basis verwendet. Die geografische Begrenzung erfolgte mit dem Bezug auf den Landkreis (Motta 2004).

einem Landkreis ansässig sind, indem die Bevölkerung ein durchschnittlich höheres Einkommen hat, eher auf Produktentwicklung setzen und eine prospektive, innovative Strategie verfolgen, die ambulante Operationsverfahren beinhaltet.

7.1.3 Übergeordneter Bezug zum theoretischen Rahmen

Der theoretische Rahmen dieser Arbeit soll helfen zu erklären, wie externe und interne Faktoren die Wahrscheinlichkeit der Änderung der organisationalen Struktur über die strategische Entscheidung zur Erbringung ambulanter Leistungen determinieren. Mit der Erbringung ambulanter Operationen wendet das Krankenhaus nach Ansoff (1968) die Strategie der Produktweiterentwicklung an, bei der Leistungserbringung über ein MVZ die Strategie der Diversifikation an. Die Ergebnisse zu den in den beiden Forschungsarbeiten untersuchten ambulanten Versorgungsleistungen kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen bezüglich der Bedeutung interner und externer Einflussfaktoren. Es lässt sich daher kein homogenes Muster für die Bedeutung interner (organisationaler) oder externer (regionaler) Determinanten für die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser feststellen. Eine Determinante, die in beiden Forschungsarbeiten eine signifikante Assoziation mit dem ambulanten Angebot aufweist, ist die Organisationsgröße, allerdings in entgegengesetzter Richtung (Volkert et al. 2020; Volkert et al. 2023). Während aus den Ergebnissen der Forschungsarbeit zu MVZ hervorgeht, dass große Krankenhäuser auf die Diversifikation der Leistungserbringung setzen, wird die Produktentwicklung der ambulanten Operation der Kürettage hingegen ambulant signifikant häufiger von Häusern mit weniger Betten durchgeführt (Volkert et al. 2020; Volkert et al. 2023). Somit gehen die Ergebnisse der beiden Forschungsarbeiten zur Bedeutung der Krankenhausgröße für die strategische Ausrichtung und der Organisationsstruktur in eine entgegengesetzte Richtung.

Im Vergleich zur Leistungserbringung im MVZ erfolgt die Leistungserbringung bei der ambulanten Operation direkt im Krankenhaus und bürokratischen Umsetzungshürden sind wie eingangs beschrieben gering, da die Prozedur bereits stationär durchgeführt wird (GKV-Spitzenverband, Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2024). Dennoch müssen Strukturen, Prozesse und gegebenenfalls räumliche Änderungen vorgenommen werden, um die neue Leistung effizient in den bestehenden Ablauf zu integrieren (Volkmer et al. 2023; Rüggeberg 2006). Weder bei den MVZ noch bei den ambulanten Operationen finden sich Hinweise darauf, dass insbesondere privat betriebene Krankenhäuser eine größere Wahrscheinlichkeit haben, ambulante Leistungen über die ambulanten Versorgungsmodelle anzubieten. Es gibt somit nach den Ergebnissen keinen Hinweis darauf, dass diese Art von Krankenhäusern besonders auffällig in den Markt drängen (Volkert et al. 2020; Volkert et al.

2023), wie ursprünglich befürchtet (Voigt 2009). Gemeinnützige Krankenhausträger in suburbanen Gebieten, betreiben eher ein MVZ. Dies ist passend zu dem Organisationsziel gemeinnütziger Häuser – der Bedarfsdeckung (Wörz 2008, S. 32).

Nach dem kontingenztheoretischen Ansatz weist die Organisation jene Struktur auf, die am besten zu ihrer Umwelt passt (Kieser und Kubicek 1992). Die Strategieentscheidungen werden bei kollaborativen Akteuren von Managern getroffen und sind demnach Einzelentscheidungen, die aber für die gesamte Organisation gelten. Die Einschätzung der internen und externen Situation erfolgt somit von individuellen Akteuren, deren Annahmen von den objektiven Folgen der jeweiligen Situation für das Unternehmen abweichen können (Mezias und Starbuck 2003).

Das Auffinden heterogener Ergebnisse bezüglich der Einflussfaktoren spricht für die Kontingenztheorie, da diese davon ausgeht, dass es keine optimale Struktur gibt, die pauschal für alle Unternehmen angewendet werden kann (Kieser und Kubicek 1992). Sie zeigen aber auch ein Problem: Nicht nur die Verschiedenartigkeit der Situationen, in der sich die Organisation befindet und welche bei den Vertretern der Theorie als „offener Ansatz“ beschrieben wird, ist für das organisationale Handeln entscheidend, sondern auch die Dimensionen an sich sind interdependent. Interne Faktoren interagieren mit externen Faktoren und sind somit nicht singulär zu betrachten (Mayntz 1977). Zudem ist zu diskutieren, ob nicht die bestehende Organisationsstruktur ebenfalls Einfluss auf die Strategieentscheidung nimmt und dieser Prozess iterativ ist (Mayntz 1977). So kann beispielsweise der Betrieb eines MVZs dazu führen, dass das Krankenhaus an sich weniger ambulante Operationen durchführt (Messerle et al. 2024). Darüber hinaus unterscheiden sich Prozesse und Strukturen im ambulanten deutlich vom stationären Bereich, sodass bei bestehenden ambulanten Strukturen einfacher auf diesen aufgebaut werden kann (Messerle et al. 2024; Bailey et al. 2019).

Mit der Öffnung des ambulanten Marktes wurde für die Krankenhäuser nach Esser (2002) und (Coleman 1991) eine veränderte soziale Situation geschaffen. Ursprünglich intendiert wurde mit der Öffnung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser, die Effizienz und Effektivität der Versorgung durch Wettbewerb zu erhöhen und die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung zu gewährleisten (SVR 2012). So sollen vor allem Krankenhäuser in ländlichen Gebieten hierdurch einen Beitrag zur ambulanten Versorgung leisten (Klein-Hitpaß und Leber 2012, 226f.). Die gesetzlichen Maßnahmen zielen darauf ab, die ambulante Leistungserbringung insgesamt weiter zu steigern (Hildebrandt 2016). Im Jahr 2017 haben 27 % der Krankenhäuser ambulante Leistungen über mindestens ein MVZ angeboten (Volkert et al. 2020). Bei der ambulanten Kurettage führen die Krankenhäuser bis zum Jahr 2019 knapp 70 % der Kurettagen als ambulante Operation durch, wobei eine Sättigung erreicht zu sein scheint (Volkert et al.

2023). Bei anderen Prozeduren wurde sogar ein Rückgang beobachtet (Tillmanns und Jäckel 2024). Zum einen zeigt dies, dass die ambulante Leistungserbringung bereits im klinischen Alltag der Krankenhäuser manifestiert ist, zum anderen aber auch, dass weiteres Potential vorhanden ist, da internationale Studien auf ein noch höheres Potential hindeuten (Aylin et al. 2005; Brökelmann und Toftgaard 2013; Kroneman 2003). Brick et al. (2025) konnten für Irland eine Sättigung bei einer Rate von 95 % ambulanten Kürettagen feststellen. Zudem führen 2019 nur 5% der Häuser die Kürettage ausschließlich ambulant durch, was auf weiteres Potential hindeutet (Volkert et al. 2023). Neben der Erweiterung des gesetzlichen Rahmens sind daher eine adäquate Vergütung und die Integration ambulanter und stationärer Abrechnungssysteme für die weitere Ausschöpfung des Potentials unabdingbar (Albrecht et al. 2020). Ein erster Schritt zur Harmonisierung der Vergütung zwischen den Sektoren ist mit der Einführung der Hybrid-DRG nach § 115f SGB V bereits unternommen worden. Der Ambulantisierungsdruck wird für die Krankenhäuser durch die gemischte Preiskalkulation dieser sektorengleichen Vergütung erhöht, da es durch diese tendenziell zu einer Unterdeckung der stationären und einer Überdeckung der ambulanten Leistungserbringung kommt (Schreyögg und Milstein 2021).

Ein herausstechendes Argument für die Aufhebung der Sektorentrennung und die Öffnung der Krankenhäuser für den ambulanten Markt ist die Voraussetzung für die Sicherstellung der Versorgung zu schaffen (SVR 2014, S. 450). Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass Krankenhäuser in urbanen und in ländlichen Gebieten die Möglichkeit, ambulante Leistungen über MVZ oder per ambulanten Operationen anzubieten, gleichermaßen nutzen. Für freigemeinnützige Krankenhäuser in Randbezirken wurde eine höhere Chance für den MVZ-Betrieb ermittelt (Volkert et al. 2020). Dies kann ein Hinweis auf eine Sicherstellungsfunktion sein und die Gesetzesänderungen im Aggregat dazu beitragen, dass die fachärztliche Versorgung im nicht-urbanen Raum gestärkt wurde. Der Einbezug regionaler Faktoren insgesamt verbessert das Modell deutlich, was auf die generelle Bedeutung regionaler Faktoren für die Entscheidung zur ambulanten Leistungserbringung schließen lässt (Volkert et al. 2020).

Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass kein homogenes Muster bei der Bedeutung interner und externer Faktoren für die ambulante Leistungserbringung zu finden ist. Dennoch zeigt gerade der zunächst steigende Anteil an ambulanten Kürettagen (Volkert et al. 2023), dass die Aggregationsmöglichkeit zu einer veränderten sozialen Situation, mit steigender ambulanter Leistungserbringung durch Krankenhäuser, durch die Gesetzesänderungen gegeben ist.

7.2 Limitationen

Zusätzlich zur Diskussion, werden im Folgenden Limitationen dieser Arbeit behandelt. Als theoretische Erklärung für die strategische Entscheidung der Produktdiversifikation durch die ambulante Leistungserbringung wurde Igor Ansoffs Produkt-Markt-Matrix angewandt (Ansoff 1968). Die Produkt-Markt-Matrix folgt einer betriebswirtschaftlichen Logik (Ansoff 1968). Bei der Anwendung im Kontext des deutschen Gesundheitswesens ist jedoch zu beachten, dass der Gesundheitsmarkt ein kollektiv geregelter Dienstleistungs-Markt mit einem eingeschränkten Wettbewerb ist (Matusiewicz 2019). Igor Ansoffs Modell betrachtet die Strategieentscheidung aus einer ökonomischen Sicht, die auf einem unregulierten Markt stattfindet (Ansoff 1968). Als Einrichtungen des Gesundheitswesens sind Krankenhäuser jedoch immer auch mit ihrem Versorgungsauftrag sowie der Krankenhausplanung bzw. der ambulanten Bedarfsplanung daran gebunden, Entscheidungen an den Bedarf der Bevölkerung zu koppeln (Gemeinsamer Bundesausschuss 2025; § 1 KHG; § 108 SGB V). Strategieentscheidungen in Krankenhäusern können demnach nicht nur nach ihrer Profitabilität getroffen werden, sondern unterliegen regulatorischen Auflagen. Insgesamt ist die Möglichkeit, unternehmerisch zu agieren, im Krankenhaus somit begrenzt. Diese eingeschränkte externe Autonomie aufgrund von regulatorischen Vorgaben und außenstehenden Akteuren macht es im Krankenhaussektor besonders herausfordernd, neue oder gar innovative Produkte einzuführen (Ingerfurth et al. 2018). Zudem ist die interne Autonomie im Gesundheitskontext, die durch fest verankerte Strukturen und Prozesse in Hinblick auf Patientensicherheit unerlässlich ist, beschnitten (Ingerfurth et al. 2018).

Das kontingenztheoretische Modell wird eingesetzt, den Einfluss unterschiedlicher interner und externer Situationen auf die Organisationsstruktur zu untersuchen und darüber hinaus die Steigerung der Leistung durch die Anpassung an die Umweltfaktoren zu erklären (Kieser und Kubicek 1992, 45f.; Donaldson 2001, 10f.). In dieser Arbeit wird jedoch nur der Einfluss auf die Struktur der Krankenhäuser betrachtet, die Leistungsauswirkungen wird nicht überprüft. Zudem muss beachtet werden, dass Organisationsstrukturen über die Zeit wachsen und mehrere Entscheidungen zu Änderungen in der Organisationsstruktur führen (Kieser und Kubicek 1992). Die in dieser Dissertation angeführten Beispiele sind somit als exemplarisch zu betrachten.

Es liegen keine Informationen darüber vor, welche fachärztlichen Leistungen im Kreis von den niedergelassenen Fachärzten angeboten werden. Es wurde zwar der Urbanisierungsgrad einbezogen, jedoch muss ein niedriger Urbanisierungsgrad nicht zwangsläufig auf einen Versorgungsmangel hinweisen. Somit kann nicht bewertet werden, wel-

che Krankenhäuser tatsächlich zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung beitragen und ob die ambulante Leistungserbringung in einigen Krankenhäusern geringer ausfällt, weil der niedergelassene Bereich diese Leistungen bereits abdeckt. Gleiches gilt für die Leistungen, die andere stationäre Versorger und Wettbewerber im Landkreis durchführen. So könnte es sein, dass die Handlungsentscheidung bewusst gegen die spezielle ambulante Leistungserbringung gefallen ist, da ein Wettbewerber diese bereits durchführt und man die Leistung nicht duplizieren will (Trinh 2020). Grundsätzlich könnte man diskutieren, ob regionale Einflussfaktoren durch die regulatorischen Vorgaben bei der Bedarfsplanung schon abgedeckt sind, jedoch gibt es auf regionaler Ebene Varianzen im Ambulantisierungsgrad (Tillmanns und Jäckel 2024), sodass die Bedarfsplanung den tatsächlichen regionalen Bedarf für die ambulante Leistungserbringung möglicherweise nur unzureichend abdeckt.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Ergebnisse der Artikel keinen Kausalzusammenhang darstellen, sondern es sich lediglich um Assoziationen handelt. Für die Betrachtung eines Kausalzusammenhangs müsste die Betrachtung der ambulanten Leistungserbringung über mindestens zwei Zeitpunkte erfolgen (Weiber und Sarstedt 2021).

Weitere Limitationen beziehen sich auf die einzelnen Forschungsarbeiten und die Datenbasis und werden in den entsprechenden Publikationen diskutiert.

8 Schlussfolgerungen und Implikationen für Praxis und Forschung

In dieser Arbeit wurde der Einfluss interner (organisationaler) wie externer (regionaler) Einflussfaktoren auf die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser im Rahmen des kontingenztheoretischen Ansatzes analysiert. Dabei wurden zu Beginn folgende Kernfrage aufgeworfen:

Welche organisationalen und regionalen Einflussfaktoren sind mit der ambulanten Leistungserbringung von Krankenhäusern assoziiert?

Als interne, organisationale Merkmale konnten die Hausgröße (Volkert et al. 2020; Volkert et al. 2023) sowie bei MVZ die Trägerschaft als signifikante Merkmale identifiziert werden (Volkert et al. 2020). Die Daten geben zudem keine Hinweise darauf, dass private Kliniken eine höhere Chance aufweisen, in den ambulanten Markt zu treten (Volkert et al. 2020).

Betrachtet man die regionalen Faktoren für die ambulante Leistungserbringung zeigt sich, dass bei MVZ die Trägerschaft abhängig vom Urbanisierungsgrad des Krankenhausstandortes einen Einfluss hat. Freigemeinnützige Träger in einem suburbanen Raum, betreiben häufiger MVZ als öffentliche Träger (Volkert et al. 2020). Dieses Ergebnis gibt einen Hinweis auf die Bedeutung der Versorgungssicherung durch freigemeinnützige Träger.

Regionale Faktoren spielen für den Betrieb eines Krankenhaus-MVZ insgesamt eine bedeutende Rolle. Bei der ambulanten Operation, beispielhaft dargestellt an der therapeutischen Kürettage konnte ein ähnlicher Einfluss regionaler Faktoren nicht festgestellt werden (Volkert et al. 2023).

Insgesamt zeigt sich, dass für die ambulante Leistungserbringung sowohl interne wie auch externe Faktoren relevant sind. Es gibt somit für politische Entscheidungsträger Möglichkeiten, neben vergütungstechnischen Mechanismen, die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser zu beeinflussen, beispielsweise durch ambulante Mindestmenvorgaben (Messerle et al. 2024). Die Einordnung der Ergebnisse in den kontingenztheoretischen Ansatz deutet darauf hin, dass die Entscheidung zur ambulanten Leistungserbringung auch aus strategischen und ressourcenabhängigen Gründen getroffen wird, sowie dem Potential, dass Krankenhäuser aufgrund bereits bestehender Strukturen (Blum et al. 2010) aus der stationären Leistungserbringung ziehen können.

Das Wissen um die Bedeutung interner Einflussfaktoren, wie beispielsweise die höhere Rate ambulanter Operationen in kleinen Kliniken (Volkert et al. 2023), kann sich von

politischen Entscheidungsträgern zunutze gemacht werden, indem die ambulante Leistungserbringung gerade in großen Kliniken gestärkt wird und bei Entscheidungen oder der Krankenhausplanung Berücksichtigung finden (Messerle et al. 2024). Im Zuge dessen ist offen, inwieweit eine Substitution stationärer Leistungen durch ambulante Leistungen stattfindet, da bisherige Forschungsarbeiten inklusive dieser sich nur auf die Raten fokussieren und somit nicht automatisch von einem Ersatz ausgehen können. Darüber hinaus sollten auch die konkreten ambulanten Leistungsbereiche umliegender Krankenhäuser inkludiert werden, um den konkreten Bedarf in der Region optimal abzubilden. Dies ist auch im Zuge der Krankenhausreform mit der Einführung von Krankenhäusern mit einer sektorenübergreifenden Versorgungsstufe nach dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) von Bedeutung.

Die Identifikation eines heterogenen Musters der organisationalen und regionalen Bedeutung der Situation der Krankenhäuser in dieser Arbeit zeigt, dass die Krankenhäuser diejenigen ambulanten Leistungserweiterungen vornehmen, die zu ihrer Situation passen und es wenige organisationale und regionale Erklärungsfaktoren gibt, für die eine signifikante Assoziation festgestellt werden kann. Mit der Krankenhausreform und den Zentralisierungs- bzw. Spezialisierungsbestrebungen sind, genauso wie mit der Einführung der Hybrid-DRG, inzwischen neue Prozesse angestoßen, die Strukturen sowie die Abrechnung jenseits der sektoralen Grenzen zu harmonisieren. Eine weitere Zunahme der ambulanten Leistungserbringung kann zusammen mit der Umstrukturierung der Versorgung durch Zentralisierung und Spezialisierung von Krankenhäusern die Versorgung sogar mit weniger Kliniken optimieren (Loos et al. 2019) und so die Effizienz und Effektivität des Gesundheitssystems weiter gesteigert werden.

Literaturverzeichnis

Albrecht, M.; Freytag, A.; Gottberg, A.; Storz, P. (2007): Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung. Gutachten zur Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem. In: *Der Urologe* 46 (8), 844–850. DOI: 10.1007/s00120-007-1376-8.

Albrecht, Martin; Al-Abadi, Tamir; Czihal, Thomas; Mangiapane, Sandra (2020): Sektorenübergreifende Versorgung und Vergütung. In: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem und Andreas Beivers (Hg.): *Krankenhaus-Report 2020*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 244–261.

Albrecht, Martin; Mansky, Thomas; Sander, Monika; Schiffhorst, Guido (2022): Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. Gutachten für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Hg. v. IGES Institut. Berlin. Online verfügbar unter https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objjs27932/I-GES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf.

Al-Qurayshi, Z.; Srivastav, S.; Kandil, E. (2016): Comparison of inpatient and outpatient thyroidectomy: demographic and economic disparities. In: *European Journal of Surgical Oncology: the Journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology* 42 (7), S. 1002–1008. DOI: 10.1016/j.ejso.2016.03.010.

Amelung, Volker; Himmeler, Sebastian; Stein, Viktoria (2025): Strategic management and integrated care in a competitive environment. In: Volker Amelung, Viktoria Stein, Esther Suter, Nicholas Goodwin, Ran Balicer und Anna-Sophia Beese (Hg.): *Handbook of integrated care*. Cham: Springer Nature Switzerland, S. 433–447.

Ansoff, H. Igor (1968): *Corporate strategy. An analytical approach to business policy for growth and expansion*. Harmondsworth: Penguin Books.

AO: Abgabenordnung (AO) § 67 Krankenhäuser, Bundesgesetzblatt 2025 I Nr. 24 in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2025.

Arrow, Kenneth (1962): Economic welfare and the allocation of resources for invention. In: Universities-National Bureau Committee for Economic Research, Committee on Economic Growth of the Social Science Research Council (Hg.): *The Rate and Direction of Inventive Activity: Economic and Social Factors*. Princeton: Princeton University Press, S. 609–626. Online verfügbar unter <http://www.nber.org/chapters/c2144>.

Ärzteblatt (2024): Bundesärztekammer kritisiert fehlende Regulierung von investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/149355/Bundesaerztekammer-kritisiert-fehlende-Regulierung-von-investorengetragenen-Medizinischen-Versorgungszentren>, zuletzt aktualisiert am 18.02.2024.

Ärzte-ZV: Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 14. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 40) geändert worden ist.

Augurzky, B.; Kreienberg, R.; Mennicken, R. (2015): Zukunft der stationären Versorgung in Gynäkologie und Geburtshilfe. In: *Gynäkologe* 48 (7), S. 495–500. DOI: 10.1007/s00129-015-3722-z.

- Augurzky, Boris; Beivers, Andreas; Pilny, Adam (2018): Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018. In: *RWI Materialien* Heft 122, S. 1–107. Online verfügbar unter <https://hdl.handle.net/10419/179919>.
- Aylin, Paul; Williams, Susan; Jarman, Brian; Bottle, Alex (2005): Dr Foster's case notes. Trends in day surgery Rates. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 331 (7520), S. 803. DOI: 10.1136/bmj.331.7520.803.
- Baier, Natalie; Sax, Lisa-Marie; Sundmacher, Leonie (2019): Trends and regional variation in rates of orthopaedic surgery in Germany: The impact of competition. In: *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care* 20 (1), S. 163–174. DOI: 10.1007/s10198-018-0990-2.
- Bailey, C. R.; Ahuja, M.; Bartholomew, K.; Bew, S.; Forbes, L.; Lipp, A. et al. (2019): Guidelines for day-case surgery 2019: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. In: *Anaesthesia* 74 (6), S. 778–792. DOI: 10.1111/anae.14639.
- Banaszak-Holl, Jane; Zinn, Jacqueline S.; Mor, Vincent (1996): The impact of market and organizational characteristics on nursing care facility service Innovation: A Resource Dependency Perspective. In: *Health Services Research* 31 (1), S. 98–117.
- Bär, Stefan (2011): Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bauer, Gerrit (2022): Erklärung in den Sozialwissenschaften. In: Markus Tausendpfund (Hg.): *Forschungsstrategien in den Sozialwissenschaften*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 41–67.
- Bäumel, Matthias (2020): Vorschläge für eine auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtete Mengensteuerung. In: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem und Andreas Beivers (Hg.): *Krankenhaus-Report 2020*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 169–183.
- Bäune, Stefan; Dahm, Franz-Josef; Flasbarth, Roland (2012): Vertragsärztliche Versorgung unter dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG. In: *MedR* 30, S. 77–97. DOI: 10.1007/s00350-012-3080-y.
- BBSR (2018): INKAR: Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung 2018. Hg. v. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Online verfügbar unter <https://www.inkar.de>.
- BBSR, BBR, DZA (2016): Regionale Disparitäten in Deutschland auf der Ebene von Gemeinden und Kreisen: Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung. Hg. v. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR), Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA). Berlin. Online verfügbar unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-49854-1>.
- Beivers, Andreas; Waehlert, Lilia (2018): Steuerung der Mengendynamik nach dem KHSG: Implikationen für die Krankenhäuser. In: Mario A. Pfannstiel, Patrick Da-Cruz und Christoph Rasche (Hg.): *Entrepreneurship im Gesundheitswesen I*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 123–137.
- Bermüller, C.; Hahn, J.; Franzen, M.; Sommer, F. (2015): Ambulante Operationen in HNO-Ausbildungskliniken - ökonomischer (Un)sinn? In: *Laryngo-Rhino-Otologie* 94 (5), S. 317–321. DOI: 10.1055/s-0034-1395523.

- Bjorvatn, Afsaneh (2018): Private or public hospital ownership: Does it really matter? In: *Social science & medicine* (1982) 196, S. 166–174. DOI: 10.1016/j.socsci-med.2017.11.038.
- Blum, Karl; Löffert, Sabine; Offermanns, Matthias; Steffen, Petra; Deutsches Krankenhaus Institut (2010): Krankenhausbarometer. Umfrage 2010. Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Düsseldorf.
- Brick, Aoife; Walsh, Brendan; Kakoulidou, Theano; Humes, Harry (2025): Variation in day surgery rates across Irish public hospitals. In: *Health Policy* 152, S. 105215. DOI: 10.1016/j.healthpol.2024.105215.
- Brökelmann, J.D.; Toftgaard, C. (2013): Survey on incidence of surgical procedures and percentage of ambulatory surgery in 6 European countries. In: *Ambulatory Surgery* 19 (4), S. 116–120.
- Bühn, Rainer (2016): Übernahme und Integration von MVZ-Praxen. In: Andreas Göpfert, Rainer Bühn und Claudia B. Conrad (Hg.): *Das Krankenhaus-MVZ: Planung, Aufbau, Betrieb*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV-Verlag), S. 267–296.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015): GKV-Versorgungsstrukturgesetz. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-18-lp/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html>, zuletzt aktualisiert am 25.11.2025, zuletzt geprüft am 25.11.2025.
- Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. (2025): BAO-Profil. Online verfügbar unter <https://www.operieren.de/e3224/e308/e309/>, zuletzt geprüft am 18.07.2025.
- Cendoma, Phil; Hearld, Kristine Ria; Upadhye, Devdutt; Landry, Robert J.; Landry, Amy (2024): Service mix and financial performance in rural hospitals: A contingency theory perspective. In: *Health care management review* 49 (3), S. 220–228. DOI: 10.1097/HMR.0000000000000407.
- Chandler, Alfred D. (1962): *Strategy and structure. Chapters in the history of the industrial enterprise*. Cambridge, Massachusetts: The M.I.T. Press.
- Child, John (1975): Managerial and organizational factors associated with company performance - Part II. A contingency analysis. In: *Journal of Management Studies* 12 (1-2), S. 12–27. DOI: 10.1111/j.1467-6486.1975.tb00884.x.
- Coleman, James (1991): *Grundlagen der Sozialtheorie 1. Handlungen und Handlungssysteme*. München: R. Oldenbourg Verlag.
- Crimmins, Eileen M.; Beltrán-Sánchez, Hiram (2011): Mortality and morbidity trends: Is there compression of morbidity? In: *Journal of Gerontology: Social Sciences* 66B (1), S. 75–86. DOI: 10.1093/geronb/gbq088.
- Damanpour, Fariborz (1991): Organizational Innovation: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators. In: *The Academy of Management Journal* 34 (3), S. 555–590.
- Destatis (2025): 2,0 % mehr stationäre Krankenhausbehandlungen im Jahr 2024. Pressemitteilung Nr. 398 vom 6. November 2025. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/11/PD25_398_231.html.

Deutscher Bundestag (2003): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 08.09.2003. Drucksache 15/1525.

Deutscher Bundestag (2011): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) v. 05.09.2011. Drucksache 17/6906.

Donaldson, Lex (1987): Strategy and structural adjustment to regain fit and performance in defence of contingency theory. In: *Journal of Management Studies* 24 (1), S. 1–24. DOI: 10.1111/j.1467-6486.1987.tb00444.x.

Donaldson, Lex (2001): The contingency theory of organizations. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc (Foundations for organizational science).

Dowzicky, Phillip; Wirtalla, Chris; Fieber, Jennifer; Berger, Ian; Raper, Steve; Kelz, Rachel R. (2019): Hospital Teaching Status Impacts Surgical Discharge Efficiency. In: *Journal of Surgical Education* 76 (5), S. 1329–1336. DOI: 10.1016/j.jsurg.2019.03.022.

Esser, Hartmut (2002): Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 1: Situationslogik und Handeln. 2. Auflage. Weinheim: Campus Verlag. Online verfügbar unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-3272823>.

Eurostat (2021): Hospital beds by type of care - historical data (1960-2020). DOI: 10.2908/HLTH_RS_BDS.

Farley, Dean E.; Hogan, Christopher (1990): Case-Mix specialization in the market for hospital services. In: *Health Services Research* 25 (5), S. 757–783.

Fischer, Guntram (2018): Ambulante Operationszentren als Profit-Center. In: Mario A. Pfannstiel, Patrick Da-Cruz und Christoph Rasche (Hg.): Entrepreneurship im Gesundheitswesen II. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 167–182.

Flessa, Steffen (2020): Kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum. Lösungsmodelle für eine finanzierbare Versorgung. Wiesbaden: Springer Gabler.

Friedlander, David F.; Krimphove, Marieke J.; Cole, Alexander P.; Marchese, Maya; Lipsitz, Stuart R.; Weissman, Joel S. et al. (2021): Where is the value in ambulatory versus inpatient surgery? In: *Annals of surgery* 273 (5), S. 909–916. DOI: 10.1097/SLA.0000000000003578.

Friedrich, Jörg; Tillmanns, Hanna (2016): Ambulante Operationen im Krankenhaus. In: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem (Hg.): Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer, S. 127–148.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2006): Beschluss Qualitätsbericht vom 17.10.2006 – Tragende Gründe. Online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/datenerhebung-zur-qualitaetssicherung/datenerhebung-qualitaetsbericht/>.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2012): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom 20. Dezember 2012 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 vom 31. Dezember 2012 in Kraft getreten am 1. Januar 2013, zuletzt geändert am 18. Juni 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 22.09.2025 B3) in Kraft getreten am 1. Juli 2025. Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 2019. Online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/>.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2025): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Fassung vom 20. Dezember 2012 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 vom 31. Dezember 2012 in Kraft getreten am 1. Januar 2013 zuletzt geändert am 18. Juni 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 22.09.2025 B3) in Kraft getreten am 1. Juli 2025.

Gerlinger, Thomas (2021): Vom versäulten zum integrierten Versorgungssystem: Reformbedarf und Handlungsempfehlungen. Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf (Working Paper Forschungsförderung, 205). Online verfügbar unter <https://hdl.handle.net/10419/231454>.

Gersch-Souvignet, Sarah; Purkhardt, Jan Moritz (2025): Schluss mit investorenbetriebenen Medizinischen Versorgungszentren? In: *MedR* 43 (1), S. 20–24. DOI: 10.1007/s00350-024-6931-4.

Giancotti, Monica; Guglielmo, Annamaria; Mauro, Marianna (2017): Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search. In: *PloS one* 12 (3), e0174533. DOI: 10.1371/journal.pone.0174533.

Ginn, Gregory O.; Young, Gary J. (1992): Organizational and environmental determinants of hospital strategy. In: *Journal of Healthcare Management* 37 (3). Online verfügbar unter https://journals.lww.com/jhmonline/fulltext/1992/07000/organizational_and_environmental_determinants_of.2.aspx.

Ginter, Peter M.; Duncan, W. Jack (2000): The content of healthcare strategy. In: *Advances in Health Care Management* 1, S. 35–65.

GKAR: Gesetz über Änderungen von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung und zur Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes (Gesetz über Kassenarztrecht - GKAR) Nr. 28 vom 19. August 1955, BGBl. I S. 513.

GKV-Spitzenverband; Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2023): AOP Kontextfaktoren 2023. Hg. v. GKV-Spitzenverband, Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. Online verfügbar unter <https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/ambulante-verguetung/ambulantes-operieren-115b-sgb-v/>, zuletzt geprüft am 01.01.2026.

GKV-Spitzenverband; Deutsche Krankenhaus Gesellschaft; Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus - (AOP-Vertrag). AOP-Vertrag. GKV-Spitzenverband, Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

GKV-Spitzenverband, Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2024): Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus - (AOP-Vertrag). AOP-Vertrag. Online verfügbar unter <https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/ambulante-verguetung/ambulantes-operieren-115b-sgb-v/>.

GKV-VStG: Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 21. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983).

GMG: Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003.

Göpfert, Andreas (2016): Bedeutung eines Krankenhaus-MVZ. In: Andreas Göpfert, Rainer Bühn und Claudia B. Conrad (Hg.): Das Krankenhaus-MVZ: Planung, Aufbau, Betrieb. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV-Verlag), S. 233–247.

GRG: Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), das zuletzt durch Artikel 105 des Gesetzes vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512) geändert worden ist.

Grover, Atul; Slavin, Peter; Willson, Peter R. (2014): The economics of academic medical centers. In: *The New England journal of medicine* 370 (25), S. 2360–2361. DOI: 10.1056/NEJMp1403609.

GSG: Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz), BGBl. Teil I, Nr. 59 vom 29.12.1992.

Guillaumes, Salvador; Hidalgo, Nils Jimmy; Bachero, Irene; Juvany, Montserrat (2023): Outpatient inguinal hernia repair in Spain: A population-based study of 1,163,039 patients - clinical and socioeconomic factors associated with the choice of day surgery. In: *Updates in surgery* 75 (1), S. 65–75. DOI: 10.1007/s13304-022-01407-1.

Hahn, Ursula (2020): Intersektorale Versorgungsstrukturen – Zwischen Untergang und Aufbruchsstimmung. In: Mario A. Pfannstiel, Roger Jaeckel und Patrick Da-Cruz (Hg.): Market Access im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 287–299.

Heimeshoff, Mareike; Schreyögg, Jonas; Tiemann, Oliver (2014): Employment effects of hospital privatization in Germany. In: *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care* 15 (7), S. 747–757. DOI: 10.1007/s10198-013-0520-1.

Heintzen, Markus; Musil, Andreas (2012): Das Steuerrecht des Gesundheitswesens. Berlin, Heidelberg: Springer.

Helmig, Bernd; Hinz, Vera; Ingerfurth, Stefan (2014): Extending Miles & Snow's strategy choice typology to the German hospital sector. In: *Health Policy* 118 (3), S. 363–376. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.06.006.

Hering, Ramona; Schulz, Mandy; Czihal, Thomas (2023): Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten - Eine Projektion nach Fachgruppen bis 2035. Versorgungsatlas - Bericht 23/07. Hg. v. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Berlin, zuletzt aktualisiert am 01.01.2023.

Herr, Annika; Schmitz, Hendrik; Augurzky, Boris (2011): Profit efficiency and ownership of German hospitals. In: *Health economics* 20 (6), S. 660–674. DOI: 10.1002/hec.1622.

Hildebrandt, Rolf (2016): Das MVZ im Spannungsfeld der Sektoren. In: Andreas Göpfert, Rainer Bühn und Claudia B. Conrad (Hg.): Das Krankenhaus-MVZ: Planung, Aufbau, Betrieb. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV-Verlag), S. 179–196.

Hodek, Jan-Marc (2018): Ambulante Operationen am Krankenhaus. In: Hans-R. Hartweg, Marcus Proff, Christian Elsner, Rolf Kaestner, Karin Agor und Andreas Beivers (Hg.): Aktuelle Managementstrategien zur Erweiterung der Erlösbasis von Krankenhäusern. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 39–53.

Horwitz, Jill R. (2005): Making profits and providing care: comparing nonprofit, for-profit, and government hospitals. In: *Health affairs (Project Hope)* 24 (3), S. 790–801. DOI: 10.1377/hlthaff.24.3.790.

Hurlebaus, Thomas (2004): Strategiekonforme Organisationsgestaltung von Krankenhäusern. Eine theoretische und empirische Analyse. 1. Aufl. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Ingerfurth, Stefan; Andersson, Frederik O.; Willems, Jurgen (2018): Entrepreneurship im Krankenhaussektor. In: Mario A. Pfannstiel, Patrick Da-Cruz und Christoph Rasche (Hg.): Entrepreneurship im Gesundheitswesen I. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 53–67.

Kaufmann, Traute (2024): Strategiewerkzeuge aus der Praxis. Band 2: Optionenfindung, Strategieentwicklung und Umsetzung. Berlin: Springer Gabler.

KHG: Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 28. Oktober 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 259) geändert worden ist.

KHVVG: Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), Bundesgesetzblatt Jahrgang 2024 Teil I Nr. 400 ausgegeben zu Bonn am 11. Dezember 2024.

Kieser, Alfred; Kubicek, Herbert (1992): Organisation. 3. Aufl. Berlin, New York: Walter de Gruyter.

Klein-Hitpaß, Uwe; Leber, Wulf-Dietrich (2012): Spezialärztliche Versorgung - Plädoyer für eine Neuordnung. In: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem (Hg.): Krankenhaus-Report 2012. Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer, S. 205–236.

Klimpe, Detlef; Kuntz, Ludwig; Möller, Desdemona; Wittland, Michael (2016): Supply Chain Management für Dienstleistungsunternehmen – Sind Medizinische Versorgungszentren als Mittel der (Downstream) Supply Chain Integration ein Erfolgsmodell für deutsche Krankenhäuser? In: *Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung* 68 (1), S. 111–134. DOI: 10.1007/s41471-016-0006-9.

Kopetsch, Thomas; Schmitz, Hendrik (2014): Regional variation in the utilisation of ambulatory services in Germany. In: *Health economics* 23 (12), S. 1481–1492. DOI: 10.1002/hec.3001.

Korff, Ulrich (Hg.) (2012): Patient Krankenhaus. Wie Kliniken der Spagat zwischen Ökonomie und medizinischer Spitzenleistung gelingt. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Kroneman, M. (2003): Variation in Day Surgery Among Dutch Hospitals: The development of a theoretical model to explain variations. In: *Ambulatory Surgery* 10 (2), S. 73–79. DOI: 10.1016/S0966-6532(02)00043-4.

- Krüll, A.; Debatin, J. F. (2013): Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) an einem Universitätsklinikum. In: *Zentralblatt für Chirurgie* 138 (1), S. 57–63. DOI: 10.1055/s-0031-1283883.
- Kruse, Florian M.; Stadhouders, Niek W.; Adang, Eddy M.; Groenewoud, Stef; Jeurissen, Patrick P. T. (2018): Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. In: *The International journal of health planning and management* 33 (2), e434-e453. DOI: 10.1002/hpm.2502.
- Ladurner, Andreas; Walter, Ute; Jochimsen, Beate (2020): Rechtsgutachten Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erstattet dem Bundesministerium für Gesundheit. Aalen, München, Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf.
- Lang, Caroline; Gottschall, Mandy; Sauer, Maik; Köberlein-Neu, Juliane; Bergmann, Antje; Voigt, Karen (2019): „Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“ – Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlicher und ambulant-fachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte. In: *Gesundheitswesen* 81 (10), S. 822–830. DOI: 10.1055/a-0664-0470.
- Leber, Wulf-Dietrich; Wasem, Jürgen (2016): Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem (Hg.): *Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus*. Stuttgart: Schattauer, S. 3–28.
- Lee, Caroline E.; Epp, Annette (2018): Safety and efficiency in a Canadian outpatient gynaecological surgical centre. In: *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC* 40 (4), S. 426–431. DOI: 10.1016/j.jogc.2017.07.027.
- Lee, Kwang-soo; Chun, Ki-Hong; Lee, Jung-Soo (2008): Reforming the hospital service structure to improve efficiency: urban hospital specialization. In: *Health Policy* 87 (1), S. 41–49. DOI: 10.1016/j.healthpol.2007.10.003.
- Lemmens, L. C.; Kerckamp, H. E.; van Klei, W. A.; Klazinga, N. S.; Rutten, C. L.; van Linge, R. H.; Moons, K. G. (2008): Implementation of outpatient preoperative evaluation clinics: facilitating and limiting factors. In: *British journal of anaesthesia* 100 (5), S. 645–651. DOI: 10.1093/bja/aen068.
- Leroy, Roos; Camberlin, Cécile; Lefèvre, Mélanie; van den Heede, Koen; van de Voorde, Carine; Beguin, Claire (2017): Variability in elective day-surgery rates between Belgian hospitals - Analyses of administrative data explained by surgical experts. In: *International Journal of Surgery* 45, S. 118–124. DOI: 10.1016/j.ijssu.2017.07.075.
- Lindenmayer, Phillip; Schierle, Wilhelm; Stoll, Michael (2016): Risiko bei der Betriebsführung eines MVZ. In: Andreas Göpfert, Rainer Bühn und Claudia B. Conrad (Hg.): *Das Krankenhaus-MVZ: Planung, Aufbau, Betrieb*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV-Verlag), S. 275–296.
- Loos, Stefan; Albrecht, Martin; Zich, Karsten (2019): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfahige-krankenhausversorgung>.

- Ludt, S.; Heiss, F.; Glassen, K.; Noest, S.; Klingenberg, A.; Ose, D.; Szecsenyi, J. (2014): Die Patientenperspektive jenseits ambulant-stationärer Sektorengrenzen - Was ist Patientinnen und Patienten in der sektorenübergreifenden Versorgung wichtig? In: *Gesundheitswesen* 76 (6), S. 359–365. DOI: 10.1055/s-0033-1348226.
- Ludwig, Martijn; Groot, Wim; van Merode, Frits (2009): Hospital efficiency and transaction costs: a stochastic frontier approach. In: *Social Science & Medicine* 69 (1), S. 61–67. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.04.026.
- Lüngen, Markus (2017): Die optimale Klinikgröße. In: Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers und Carina Mostert (Hg.): Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer, S. 187–195.
- Lüngen, Markus; Stock, Stephanie; Lauterbach, Karl W. (2008): Die Stellung von Krankenhäusern in der Versorgungskette ambulant – stationär. In: Clarissa Kurscheid und Schulz-Nieswandt-Frank (Hg.): Das Krankenhaus im Wandel der Versorgungslandschaft. ZögU Beiheft 35/2007. 1. Aufl.: Nomos (Sonderband ZGuG, 35), S. 51–64.
- Matusiewicz, David (2019): Marketing im Gesundheitswesen – eine Einführung. In: David Matusiewicz, Frank Stratmann und Johannes Wimmer (Hg.): Marketing im Gesundheitswesen. Einführung - Bestandsaufnahme - Zukunftsperspektiven. Essen: Springer Gabler, S. 3–24.
- Mayntz, Renate (1977): Struktur und Leistung von Beratungsgremien: Ein Beitrag zur Kontingenztheorie der Organisation. In: *Soziale Welt* 28 (1), S. 1–15. Online verfügbar unter <https://www.jstor.org/stable/40865543>.
- McLean, Robert; Hooks, Jennifer; Guttman, Carrie (2021): Organization Design and Management. In: Angelo P. Giardino, Lee Ann Riesenberg und Prathibha Varkey (Hg.): Medical Quality Management. Theory and Practice. Cham: Springer International Publishing, S. 177–196.
- Messerle, Robert; Hoogestraat, Fenja; Wild, Eva-Maria (2024): Which factors influence the decision of hospitals to provide procedures on an outpatient basis? - Mixed-methods evidence from Germany. In: *Health Policy* 150, S. 105193. DOI: 10.1016/j.healthpol.2024.105193.
- Mezias, John M.; Starbuck, William H. (2003): Studying the accuracy of managers' perceptions: A research odyssey. In: *British Journal of Management* 14 (1), S. 3–17. DOI: 10.1111/1467-8551.00259.
- Miles, Raymond E.; Snow, Charles C.; Meyer, Alan D.; Coleman, Henry J. (1978): Organizational strategy, structure, and process. In: *The Academy of Management Review* 3 (3), S. 546–562. DOI: 10.5465/amr.1978.4305755.
- Mira, José Joaquín; Tomás, Olga; Virtudes-Pérez, María; Nebot, Cristina; Rodríguez-Marín, Jesús (2009): Predictors of patient satisfaction in surgery. In: *Surgery* 145 (5), S. 536–541. DOI: 10.1016/j.surg.2009.01.012.
- Möllmann, M. (2011): Zukunftsorientierte Gestaltung des ambulanten Operierens. Organisationsaspekte und medizinische Möglichkeiten. In: *Der Anaesthesist* 60 (11), S. 986–994. DOI: 10.1007/s00101-011-1959-z.
- Motta, Massimo (2004): Competition Policy. Theory and Practice. Cambridge: Cambridge University Press.
- Müller, Susanne; Strasheim, Roland (2016): Das MVZ als Arbeitgeber. In: Andreas Göpfert, Rainer Bühn und Claudia B. Conrad (Hg.): Das Krankenhaus-MVZ: Planung,

Aufbau, Betrieb. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV-Verlag), S. 165–178.

Noetzel, Jörg (2021): Die Zukunft der stationären Versorgung: Wie die intersektorale Transformation der Standorte gelingen kann. In: Benedikt Simon und Nicolas Krämer (Hg.): *Zukunft der Gesundheitsversorgung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 133–153.

OECD (2021): *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing. Paris.

OECD (2025): *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. OECD Publishing. Paris.

Ozegowski, S.; Sundmacher, L. (2012): Wie "bedarfsgerecht" ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. In: *Gesundheitswesen* 74 (10), S. 618–626. DOI: 10.1055/s-0032-1321748.

Ozegowski, Susanne; Sundmacher, Leonie (2014): Understanding the gap between need and utilization in outpatient care - the effect of supply-side determinants on regional inequities. In: *Health Policy* 114 (1), S. 54–63. DOI: 10.1016/j.health-pol.2013.08.005.

Patel, Pooja R.; Lee, Jinhyung; Rodriguez, Ana M.; Borahay, Mostafa A.; Snyder, Russell R.; Hankins, Gary D.; Kilic, Gokhan S. (2014): Disparities in use of laparoscopic hysterectomies: a nationwide analysis. In: *Journal of minimally invasive gynecology* 21 (2), S. 223–227. DOI: 10.1016/j.jmig.2013.08.709.

Patel, Richa; Pant, Kritika; Patel, Krishan S.; Merchant, Aziz M.; Alvarez-Downing, Melissa M. (2022): Association of hospital factors and socioeconomic status with the utilization of minimally invasive surgery for colorectal cancer over a decade. In: *Surgical endoscopy* 36 (6), S. 3750–3762. DOI: 10.1007/s00464-021-08690-w.

Pfaff, Holger; Schubert, Kristina (2022): Verantwortung von Individuen und Organisationen angesichts der weltweiten Herausforderungen. In: Bernhard Badura, Antje Ducki, Markus Meyer und Helmut Schröder (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2022*, Bd. 2022. Berlin, Heidelberg: Springer (2022), S. 3–19.

Pioch, Carolina; Busse, Reinhard; Mansky, Thomas; Nimptsch, Ulrike (2025): The potential for providing treatment on an outpatient rather than inpatient basis: A nationwide analysis of hospital discharge data in Germany for the year 2022. In: *Deutsches Ärzteblatt international* 122 (6), S. 151–155. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0012.

Pioch, Carolina; Nimptsch, Ulrike; Mansky, Thomas; Busse, Reinhard (2023): Endbericht zum Projekt Ambulantisierungspotential in deutschen Akutkrankenhäusern. Gefördert durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Projektförderung Versorgungsforschung 2022).

Porter, Michael E.; Guth, Clemens (2012): Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler.

Prütting, Jens; Hügel, Max Georg; Sowa, Maren (2022): Investorenbetriebene Medizinische Versorgungszentren in der ambulanten Versorgung: Regulatorischer Reformbedarf für Marktzugang und Marktverhalten? In: *MedR* 40 (12), S. 975–984. DOI: 10.1007/s00350-022-6353-0.

Pugh, D. S.; Hickson, D. J.; Hinings, C. R.; Turner, C. (1969): The context of organizational structures. In: *Administrative Science Quarterly* 14 (1), S. 91. DOI: 10.2307/2391366.

Raab, Andrea; Legl, Klaus (2016): Einweiserbeziehungsmanagement. In: Mario A. Pfannstiel, Christoph Rasche und Harald Mehlich (Hg.): Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus. Nachhaltige Wertgenerierung jenseits der operativen Exzellenz. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 107–135.

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022): Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Vergue-tung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.

Repschläger, Uwe; Rößler, Martin; Schulte, Claudia; Sievers, Christoph; Wende, Danny (2022): Ergänzende Auswertungen zum IGES-Vorschlag zum ambulanten Operieren. Hg. v. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung. DOI: 10.30433/ePGSF.2022.004.

Rhoades, Stephen A. (1995): Market share inequality, the HHI, and other measures of the firm-composition of a market. In: *Review of Industrial Organization* 10 (6), S. 657–674. DOI: 10.1007/BF01024300.

Rosenau, Pauline Vaillancourt; Linder, Stephen H. (2003): Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider performance in the United States. In: *Social Science Quarterly* 84 (2), S. 219–241. DOI: 10.1111/1540-6237.8402001.

Rüggeberg, Jörg-Andreas (2006): Ambulantes Operieren - eine Standortbeschreibung. In: *Der Urologe. Ausg. A* 45 (8), 939–944. DOI: 10.1007/s00120-006-1168-6.

Salm, Martin; Wübker, Ansgar (2020): Sources of regional variation in healthcare utilization in Germany. In: *Journal of Health Economics* 69 (102271), S. 1–15. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2019.102271.

Schmola, Gerald; Rapp, Boris (2020): Grundlagen des Krankenhausmanagements: Betriebswirtschaftliches und rechtliches Basiswissen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. Online verfügbar unter <http://ebookcentral.proquest.com/lib/zbmed-ebooks/detail.action?docID=6262094>.

Schreyögg, Georg (1980): Contingency and choice in organization theory. In: *Organization Studies* 1 (4), S. 305–326.

Schreyögg, Jonas; Milstein, Ricarda (2021): Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Hamburg Center for Health Economics. Hamburg.

Seitz, Ingo (2012): Die Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos.

SGB V: Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 30. September 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 231) geändert worden ist.

Sheetz, Kyle H.; Corona, Lauren; Cramm, Shannon; Haddad, Allen; Kolar, Lindsey; Kozminski, Dave et al. (2014): Variation in ambulatory surgery utilization in Michigan. In: *The Journal of surgical research* 189 (2), S. 255–261. DOI: 10.1016/j.jss.2014.02.045.

Skala, Christine; Kölbl, Heinz; Wahn, Björn; Noppens, Rüdiger (2021): Abrasio. In: Bernhard Zwißler, Rolf Rossaint, Christian Werner und Kristin Engelhard (Hg.): Chirurgie für Anästhesisten. Operationsverfahren kennen - Anästhesie optimieren. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 479–482.

Spindler, Jutta (2020): Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz. In: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem und Andreas Beivers (Hg.): Krankenhaus-Report 2020. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 413–446.

Sundmacher, Leonie; Fischbach, Diana; Schuettig, Wiebke; Naumann, Christoph; Augustin, Uta; Faisst, Cristina (2015): Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. In: *Health Policy* 119 (11), S. 1415–1423. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.08.007.

Sundmacher, Leonie; Ozegowski, Susanne (2016): Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany. In: *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care* 17 (4), S. 443–451. DOI: 10.1007/s10198-015-0691-z.

SVR (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Hg. v. Ferdinand M. Gerlach, Wolfgang Greiner, Marion Haubitz, Doris Schaeffer, Petra Thürmann, Gregor Thüsing und Eberhard Wille. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bonn. Online verfügbar unter <https://www.svr-gesundheit.de/archiv/>.

SVR (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Hg. v. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bonn/Berlin. Online verfügbar unter <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2014/>.

SVR (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Hg. v. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018/>.

Teerling, Theresa; Reinecke, Sven (2019): Relevanz und Grundprinzipien des Zuweisermarketing von Krankenhäusern. In: David Matusiewicz, Frank Stratmann und Johannes Wimmer (Hg.): Marketing im Gesundheitswesen. Einführung - Bestandsaufnahme - Zukunftsperspektiven. Essen: Springer Gabler, S. 447–459.

Thode, N.; Bergmann, E.; Kamtsiuris, P.; Kurth, B-M (2005): Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 48 (3), S. 296–306. DOI: 10.1007/s00103-004-1004-3.

Tillmanns, Hanna; Jäckel, Dörte (2024): Entwicklung der Ambulantisierung. In: Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers, Carina Mostert und David Scheller-Kreinsen (Hg.): Krankenhaus-Report 2024. Strukturreform. Berlin: Springer Berlin, S. 225–268.

Trinh, Hanh Q. (2020): Strategic management in local hospital markets: service duplication or service differentiation. In: *BMC health services research* 20 (1), S. 880. DOI: 10.1186/s12913-020-05728-y.

van den Bussche, Hendrik; Schön, Gerhard; Kolonko, Tina; Hansen, Heike; Wegscheider, Karl; Glaeske, Gerd; Koller, Daniela (2011): Patterns of ambulatory medical

care utilization in elderly patients with special reference to chronic diseases and multi-morbidity--results from a claims data based observational study in Germany. In: *BMC geriatrics* 11, S. 54. DOI: 10.1186/1471-2318-11-54.

van Rossum, Tiuri R.; Scheele, Fedde; Scherpbier, Albert J. J. A.; Sluiter, Henk E.; Heyligers, Ide C. (2016): Dealing with the complex dynamics of teaching hospitals. In: *BMC medical education* 16, S. 104. DOI: 10.1186/s12909-016-0623-3.

Voigt, Gisbert (2009): Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern--Konsequenzen für den niedergelassenen Arzt. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103 (10), 662-665. DOI: 10.1016/j.zefq.2009.10.003.

Volkert, Anna; Pfaff, Holger; Scholten, Nadine (2020): What really matters? Organizational versus regional determinants of hospitals providing medical service centres. In: *Health Policy* 124 (12), S. 1354–1362. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.07.011.

Volkert, Anna; Stöcker, Arno; Pfaff, Holger; Scholten, Nadine (2023): What organisational and regional factors influence the outpatient provision of curettages in Germany? A longitudinal secondary data analysis using hospital quality reports data from 2013 to 2019. In: *BMJ open* 13 (10), e072887. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-072887.

Volkmer, Björn G.; Schultz-Lampel, Daniela; Speck, Thomas; Borchers, Holger (2023): Ambulantes Operieren: Warum es im Krankenhaus (noch) nicht klappt – und in der Praxis auch nicht. In: *Aktuelle Urologie* 54 (2), S. 113–119. DOI: 10.1055/a-2045-0912.

von Leoprechting, Gunter; Gabriel, Petra (2011): MVZ als wirtschaftlich strategischer Baustein für ein Krankenhaus. In: Peter Wigge und Gunter von Leoprechting (Hg.): *Handbuch Medizinische Versorgungszentren*. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 25–98.

VSG: Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 30, vom 22. Juli 2015.

Wang, Bill Binglong; Wan, Thomas T.H.; Clement, Jan; Begun, James (2001): Managed care, vertical integration strategies and hospital performance. In: *Health Care Management Science* 4, S. 181–191.

Weiber, Rolf; Sarstedt, Marko (2021): Kausalität und empirische Prüfung. In: Rolf Weiber und Marko Sarstedt (Hg.): *Strukturgleichungsmodellierung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 9–20.

Wells, Rebecca; Lee, Shooou-Yih Daniel; McClure, Larry; Davis, Lisa (2004): Strategy Development in Small Hospitals: Stakeholder Management in Constrained Circumstances. In: *Health care management review* 29 (3), S. 218–228.

Wendt, Claus (2013): *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich*. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/10.1007/978-3-658-02239-6>.

Wheeler, John R. C.; Burkhardt, Jeffrey; Alexander, Jeffrey A.; Magnus, Stephen A. (1999): Financial and organizational determinants of hospital diversification into subacute care. In: *Health Services Research* 34 (1), S. 61–81.

Wolf, Julian (2018): *Netzwerkpraxis im Krankenhaussektor. Eine Analyse der subtilen Beziehungsdynamiken*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Wörz, Markus (2008): Erlöse — Kosten — Qualität: Macht die Krankenhausträgerschaft einen Unterschied? Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Xirasagar, Sudha; Lin, Heng-Ching (2006): Effects of payment incentives, hospital ownership and competition on hospitalization decisions for ambulatory surgical procedures. In: *Health Policy* 76 (1), S. 26–37. DOI: 10.1016/j.healthpol.2005.04.011.

Zhang, Chi; Hanson, Kristine; Sangaralingham, Lindsey; van Houten, Holly K.; Fong, Zhi; Chang, Yu-Hui et al. (2025): Variations in the use of outpatient surgery. In: *JAMA network open* 8 (7), Artikel e2524165, 1-13. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.24165.

ZI (2022): Zi-MVZ-Panel. Jahresbericht 2021. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in Medizinischen Versorgungszentren im Jahr 2019. Hg. v. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI). Online verfügbar unter <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-mvz-panel>, zuletzt geprüft am 08.12.2025.