

**Astrid Barth-Petry**

Netzwerk Hausarzt?

**Ein Modell zur Sicherstellung der regionalen  
hausärztlichen Versorgung**



University of Applied Sciences

**APOLLON**  
University Press

APOLLON Schriftenreihe zur Gesundheitswirtschaft  
Band 4

**Astrid Barth-Petry**

# Netzwerk Hausarzt?

**Ein Modell zur Sicherstellung der regionalen  
hausärztlichen Versorgung**



## Über die Autorin

Astrid Barth-Petry (geb. 1964) ist selbstständige Beraterin und Fachreferentin im Bereich der ambulanten Versorgung. Als examinierte Krankenschwester verfügt sie über mehrjährige Erfahrung sowohl im stationären Klinikbereich als auch in der stationären Altenpflege. Nach einer Weiterbildung zur Lehrkraft für Alten- und Krankenpflege absolvierte sie die Fortbildung zur Case Managerin (DGCC) mit dem Schwerpunkt „ambulante Versorgung“. Es folgte das Studium der Gesundheitsökonomie (B. A.) an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, das sie 2012 erfolgreich abschloss. Bereits im Laufe ihrer Weiterbildungen wurde Astrid Barth-Petry für die Schlüsselstellung der hausärztlichen Versorgung in der ambulanten Versorgung sensibilisiert. Ihre praktischen Erfahrungen sowie die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dieser vielschichtigen Problematik im Rahmen ihres Studiums mündeten in der vorliegenden Arbeit.

Die vorliegende Arbeit entstand als Bachelorthesis an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft.

Herausgegeben vom Präsidium der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft

Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen

1. Auflage 2012

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutschen Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:  
<http://dnb.d-nb.de>

Lektorat: Corinna Dreyer, Bremen

Korrektorat: Imke Zimmermann, Bremen

Umschlaggestaltung und Layout: Ilka Lange, Hückelhoven; Coverbild: fotolia.com

Satz: abavo GmbH, Buchloe

Druck und Bindung: Books on Demand, Norderstedt

Printed in Germany

ISBN: 978-3-943001-06-8

<http://www.apollon-hochschulverlag.de/>

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Einleitung und Zielsetzung	8
1 Theoretische Grundlagen	11
1.1 Untersuchungsraum	11
1.2 Begriffsdefinitionen	12
1.2.1 Hausarzt	13
1.2.2 Vertragsärztliche Bedarfsplanung	13
1.3 Material und Methode	14
1.3.1 Literaturanalyse	15
1.3.2 Experteninterviews	16
2 Ist-Analyse	17
2.1 Hausärztliche Versorgung	18
2.1.1 Bedarf an Hausärzten auf Bundesebene	19
2.1.2 Bedarfsbeeinflussende Faktoren	20
2.1.3 Erwartete Entwicklung der hausärztlichen Versorgung	33
2.2 Gesundheitsregion IngolStadtLandPlus	34
2.2.1 Vorstellung der Region	35
2.2.2 Versorgungsangebot durch Hausärzte	36
2.2.3 Best-Case-Entwicklung	42
2.2.4 Worst-Case-Entwicklung	43
3 Konkretisierung der Aufgabenstellung	46
4 Strategische Handlungsansätze zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung der Gesundheitsregion IngolStadtLandPlus	51
4.1 Steigerung der Attraktivität der Hausarztztätigkeit	51
4.1.1 Monetäre Unterstützung	51
4.1.2 Stellung des Hausarztes im Versorgungsgefüge	53
4.1.3 Unterschiedliche Entlastungen	54
4.1.4 Wiedereinstieg	55
4.1.5 Nachfolgersicherung	57
4.2 Wirkungsvollere Nutzung von Netzwerken und Kooperationen	58
4.2.1 Zusammenarbeit	59
4.2.2 Kommunikation	60

4.3	Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen	61
4.3.1	Delegieren an nicht ärztliche Dienstleister	65
4.3.2	Aufbau umfassender medizinischer Versorgungsangebote	67
4.3.3	Integration allgemeiner Dienstleistungsangebote	69
4.4	Kommunale Unterstützung	69
4.5	Bewertung der erarbeiteten Handlungsansätze	70
5	Modell einer Pilotlösung	73
5.1	Ebene I: periphere Versorgungsebene	75
5.2	Ebene II: mittlere Versorgungsebene	78
5.3	Ebene III: Netzwerkebene	81
5.4	Stakeholder	84
6	Diskussion und Ergebnisse	85
6.1	Zusammenfassende Reflektion	85
6.2	Ergebnisdarstellung	88
6.3	Maßnahmenplan	89
7	Schlusswort	92
Anhang I		94
	Abkürzungsverzeichnis	94
	Literaturverzeichnis	96
	Abbildungsverzeichnis	103
	Tabellenverzeichnis	104
	Register	105
Anhang II		108
	Regionalplan Ingolstadt	108
	Interviewleitfaden	109

## Vorwort

Das System der ärztlichen Notfallversorgung in ländlichen Regionen Deutschlands steht vor dem Kollaps. Der demografische Wandel und die oft starren, vom Wahlkampf der unterschiedlichen Parteien geprägten Strukturvorgaben zeigen ihre Wirkung. Patienten bangen um die flächendeckende wohnortnahe ambulante medizinische Versorgung. Seit Jahren wird in Deutschland händeringend nach tragfähigen Zukunftskonzepten gesucht, bislang leider ohne durchschlagenden Erfolg.

Können hier regionale integrierte Versorgungsformen als Vorreiter zur Lösung einer drohenden Mangel- bzw. Fehlversorgung durch optimiertes Kommunikations- und Prozessmanagement zwischen Stadt und Land dienen?

Netzstrukturen gewinnen im deutschen Gesundheitswesen seit Ende der 1990er-Jahre zunehmend an Bedeutung. Deutschlandweit haben sich im Laufe der letzten Jahre zahlreiche niedergelassene Vertragsärzte zu Praxis- bzw. Ärztenetzen, Praxisverbänden oder medizinischen Qualitätsgemeinschaften zusammengeschlossen, um die Versorgung der Patienten weiter zu verbessern und Behandlungsabläufe aus ökonomischer Sicht bestmöglich zu koordinieren. Praxisnetze bieten also dem Anschein nach die Möglichkeit, die Unwirtschaftlichkeiten und Schwächen der Versorgungsqualität in der ambulanten Versorgung zu reduzieren. Derartige Zusammenschlüsse sind aber nicht ausschließlich Ärzten vorbehalten. Auch andere Einrichtungen, wie Rettungsleitstellen, Krankenhäuser, Apotheken oder Pflegedienste, können sich zu kooperierenden Systemen zusammenschließen.

Die vorliegende Arbeit ermöglicht dem Leser aus Sicht der GO IN Integrationsmanagement- und Beteiligungs-GmbH im Gesundheitswesen, der Managementgesellschaft des Praxisnetzes GO IN e. V., einen detaillierten Überblick über den Status quo in Deutschland am Beispiel der untersuchten Gesundheitsregion IngolStadtLandPlus. Sie liefert zahlreiche Ansatzpunkte für Kooperations- und Versorgungsformen, die nicht nur in Bayern, sondern auch in der ganzen Republik umgesetzt werden können.

MHBA, Dipl.-Kfm. Thomas Oppel  
Geschäftsführer der GO IN GmbH

## Einleitung und Zielsetzung

„Notruf nach dem Landarzt“ (Spiewak, 2010). Diese Pressemitteilung soll hier stellvertretend für zahlreiche unter dem Begriff „Ärztemangel“ vorzufindende Veröffentlichungen stehen. Das Thema: Eine Berufsgruppe informiert die breite Öffentlichkeit über bestehende und zu erwartende Probleme, wie die drohende Unter- bzw. Nichtversorgung strukturarmer Regionen, die Schließung von Praxen in Ermangelung von Nachfolgern oder das Auswandern von Ärzten in europäische Nachbarländer. Dies stellt ein Schreckensszenario für den einzelnen Bürger und für den Staat dar, denn die ärztliche Versorgung ist für die gesamte Bevölkerung von hoher Bedeutung und Gesundheit bekanntermaßen das höchste Gut. Veröffentlichungen wie diese ziehen somit Kernfragen nach sich: „Wie stellt sich die Entwicklung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung tatsächlich dar?“ und „Ist diese gefährdet und wie können bereits im Voraus Maßnahmen zur Vermeidung eingeleitet werden?“ Mit dieser Thematik, den beeinflussenden Faktoren und möglichen Lösungsansätzen haben sich bereits zahlreiche Experten beschäftigt. So beschränken sich die verschiedenen Verbände von Ärzten und Krankenkassen auch auf Bundesebene nicht mehr nur auf Veröffentlichungen, sondern es finden inzwischen auch erste Maßnahmen zur Versorgungssicherung Anwendung. So veröffentlichte beispielsweise der Bayerische Hausärzterverband im Sommer dieses Jahres einen Leitantrag unter dem Betreff „Hausärzte nah am Menschen – unverzichtbar für Stadt und Land“ (Bayerischer Hausärzterverband, 2011, S. 3).

Auch eines der größten Ärztenetze in Deutschland stellt sich dieser Thematik: Dem Praxisnetz „GO IN Integrationsmanagement- und Beteiligungs-GmbH im Gesundheitswesen“ (nachfolgend gemäß der offiziellen Kurzform GO IN genannt) gehören rund 280 Fach- und 200 Hausärzte der Stadt Ingolstadt sowie der umliegenden Landkreise Pfaffenhofen-Schrobenhausen, Neuburg und Eichstätt an (vgl. GO IN, o. J.). Im Ärztenetz wird dieses Gebiet als „Region IngolStadtLandPlus“ bezeichnet, die dem Wirtschaftsraum Region 10<sup>1)</sup> entspricht. Nicht nur für die Stadt Ingolstadt, die 2010 den zweiten

---

<sup>1</sup> Eine Karte der Region IngolStadtLandPlus bzw. der Region 10 ist im Anhang II beigefügt.



Platz im Gesamtergebnis des deutschen Städterankings<sup>2)</sup> belegte (vgl. IW Consult, 2010, S. 8), sondern auch für die Region, die zu einer der stärksten wirtschaftlichen Wachstumsregionen in Europa zählt (vgl. Beecken; Preissner, 2010, S. 124 ff.), ist die Sicherung der ärztlichen Versorgung von großer Bedeutung. Da im Gebiet des Ärztenetzes sowohl ländliche als auch städtische Strukturen zu finden sind, ist die Problematik einer zukünftigen ländlichen Unterversorgung durchaus gegeben. Die den Bedarf beeinflussenden Faktoren wirken auch in der Region Ingolstadt, wo sowohl eine Unterversorgung als auch eine Überversorgung vermieden und die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit gefördert werden soll. Da Gesundheitsregionen insgesamt an Bedeutung gewinnen, möchte das dortige Ärztenetz dieser Entwicklung mit seinem frühzeitigen Engagement für eine Versorgungssicherung durch präventive Strategien und Maßnahmen Rechnung tragen. Denn „regionale Gesundheitsnetzwerke [...] tragen wesentlich dazu bei, die wohnortnahe medizinische Versorgung auf hohem Niveau auch für die Zukunft zu erhalten“ (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, 2012).

Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit besteht darin, am Beispiel der Gesundheitsregion IngolstadtLandPlus ein Konzept zu erarbeiten, das die hausärztliche Versorgung der nächsten 20 Jahre sicherstellen kann. Unter Hinzuziehung beeinflussender Faktoren wird dazu eine umfangreiche Ist-Analyse erstellt, um konkrete strategische Handlungsansätze abzuleiten. Da es sich um einen längeren Betrachtungszeitraum handelt, ist auf eine Nachhaltigkeit der Lösungsansätze zu achten. Die Thematik soll unter Betrachtung der nachfolgenden wissenschaftlichen Fragestellung bearbeitet werden:

**Wie können notwendige Strategien zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung einer Region in einem innovativen Pilotprojekt umgesetzt werden?**

Um die Fragestellung umfänglich zu untersuchen, wurden ergänzend leitfadengestützte Interviews mit sechs ausgewählten Experten geführt, die sowohl als regionale bzw. überregionale Verbandsfunktionäre als auch als niedergelassene Hausärzte in der Region tätig sind (vgl. Kap. 2.3.2). Die Auswertung der Interviews, die Literaturanalyse sowie regionsspezifische Berechnungen bilden die Basis der folgenden Lösungsansätze.

<sup>2)</sup> Standortvergleich innerhalb Deutschlands zu regionalem Wohlstand und wirtschaftlicher Dynamik.

Zum Buch stehen Ihnen bei Interesse ergänzende Materialien im Downloadbereich der APOLLON University Press ([www.apollon-hochschulverlag.de/band4dcpba](http://www.apollon-hochschulverlag.de/band4dcpba)) oder über folgenden QR-Code zur Verfügung:



# 1 Theoretische Grundlagen

Verschiedene Begrifflichkeiten sind für die inhaltliche Bearbeitung des Themas von besonderer Bedeutung. Darunter die betrachtete Region als wesentliche Bezugsgröße der Arbeit, die eingangs mit ihren geografischen und wirtschaftlichen Besonderheiten vorgestellt wird. Im Anschluss daran werden die Begriffe „Hausarzt“ und „vertragsärztliche Bedarfsplanung“ konkretisiert. Die Darstellung des genutzten Materials und der angewandten Methodik runden die theoretischen Grundlagen ab.

## 1.1 Untersuchungsraum

Das ausgewählte Untersuchungsgebiet liegt geografisch gesehen zentral im Bundesland Bayern (vgl. Abb. 1.1).

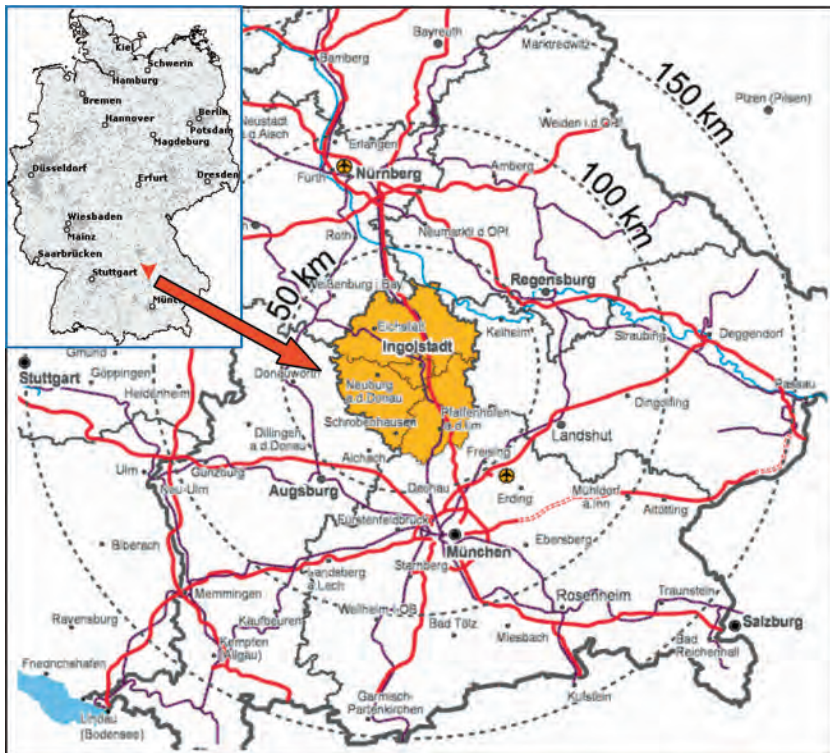


Abb. 1.1: Lage Ingolstadt in Deutschland und Regionalplan IngolstadtLandPlus (Baum, 2011; Planungsverband Region Ingolstadt, 2011)

Die Region 10 ist ein wirtschaftlicher Verbund der kreisfreien Stadt Ingolstadt und der Landkreise Eichstätt, Neuburg-Schrobenhausen und Pfaffenhofen a. d. Ilm. Sie ist eine der 18 Planungsregionen in Bayern (vgl. Planungsverband Region Ingolstadt, 2011). Dieser geografische Raum entspricht dem Zuständigkeitsbereich des Ärztenetzes GO IN, er wird in diesem Zusammenhang (und ebenso in der weiteren schriftlichen Ausführung) als Region Ingolstadt-LandPlus bezeichnet, was auch der gleichnamigen wirtschaftlichen Interessensgemeinschaft entspricht. Die Fläche des Untersuchungsraumes umfasst 2.848 km<sup>2</sup> und ist damit größer als die Fläche des Saarlandes (2.570 km<sup>2</sup>). Die Einwohnerzahl liegt über 458.000, was fast der Einwohnerzahl der Stadt Nürnberg (501.615) entspricht (vgl. Pfannes, 2010, S. 3). Aus wirtschaftlicher Sicht wird die Stadt Ingolstadt in einem Ranking der Standortberatungsfirma Contor aufgrund der wachsenden Bevölkerung, dem hochgradigen Beschäftigungsstand und der hohen Produktivität an dritter Stelle unter den Top 25 der europäischen Regionen genannt (vgl. Beecken; Preissner, 2010, S. 126). Die Arbeitslosigkeit lag Ende des Jahres 2010 bei 2,9 % (vgl. Stadt Ingolstadt, 2011a, S. 67). Zum Vergleich betrug die bundesweite jahresdurchschnittliche Arbeitslosenquote im Jahr 2010 7,7 % (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2011, S. 20). Ingolstadt bietet ebenso wie die umliegenden Kreisstädte eine sehr gute bildungspolitische und kulturelle Infrastruktur. Die bestehenden Verkehrsverbindungen stellen eine Nähe zu Städten wie Nürnberg und München, aber auch zu abwechslungsreichen Freizeitregionen wie den Alpen her, was die Region zu einem attraktiven Wirtschafts- und Lebensraum macht. In dem Gebiet IngolstadtLandPlus werden 2010 insgesamt 290 niedergelassene Ärzte als Hausärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) geführt.

## 1.2 Begriffsdefinitionen

Der Begriff „Hausarzt“ ist eine oftmals unreflektiert genutzte Bezeichnung für einen niedergelassenen Arzt. Dieser Umstand erfordert eine genauere Betrachtung des Ausdrucks. Des Weiteren wird nachfolgend auf den Begriff der „vertragsärztlichen Bedarfsplanung“ eingegangen.

### 1.2.1 Hausarzt

Unter der Bezeichnung Hausarzt werden verschiedene Fachgruppen subsummiert. Die KBV fasst nach dem Bundesarztregister unter dieser Gruppierung Ärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, Kinderärzte und praktische Ärzte sowie Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben, zusammen (vgl. KBV, o. J.). Diese Aufzählung entspricht auch den laut § 73 Abs. 1 a des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Medizinern. Des Weiteren erläutert § 73 Abs. 1 SGB V den Umfang der hausärztlichen Versorgung:

*„Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen, die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung, die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.“ (BMJ, 2011)*

Sofern ein niedergelassener Arzt an der hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt, müssen die im § 73 b Abs. 2 SGB V beschriebenen zusätzlichen Anforderungen, z. B. die Teilnahme an Qualitätszirkeln, erfüllt werden (vgl. ebd.).

### 1.2.2 Vertragsärztliche Bedarfsplanung

Die Bestimmung des vertragsärztlichen Bedarfs basiert im Wesentlichen auf den gesetzlichen Bestimmungen des § 99 SGB V (Bedarfsplan) und des § 101 SGB V (Überversorgung) (vgl. BMJ, 2011). Auf dieser Grundlage ist die zurzeit geltende „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Festlegung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung“ im Jahr 2007 erstellt worden und

im August 2011 in der überarbeiteten Version in Kraft getreten. Zur Berechnung des vertragsärztlichen Bedarfs wird eine Region nach dem Bundesamt für Bauwesen und Raumvermessung ihrer Planungskategorie zugeteilt. Es erfolgt eine weitere Zuordnung nach der Bevölkerungsdichte. Für jede Arztgruppe bestehen spezifische Verhältniszahlen, die in der Berechnung Anwendung finden. Der so errechnete Bedarf an Ärzten entspricht dem Versorgungsgrad von 100 % (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, S. 15 ff.). Falls bestimmte, in der Richtlinie beschriebene Bedingungen auftreten, erfolgt eine Modifikation der Verhältniszahlen durch den demografischen Korrekturfaktor. Der Demografiefaktor ergibt sich aus den allgemeinen und den regionalen Altersfaktoren sowie dem altersabhängigen Leistungsbedarfsfaktor. Durch die Berücksichtigung des demografischen Faktors kann der Versorgungsgrad einer Region nach unten korrigiert werden. Die Planung der Versorgung wird so dem tatsächlichen altersbedingten Mehrbedarf an ärztlicher Leistung angepasst (vgl. ebd.).

Überversorgung besteht, wenn der bedarfsgerechte Versorgungsgrad um zehn oder mehr Prozent überschritten wird, d. h. 110 % und mehr beträgt (vgl. AOK-Bundesverband, o. J.).

Im Gegensatz dazu wird die Unterversorgung in der Bedarfsplanungsrichtlinie im § 29 folgendermaßen definiert:

*„Das Vorliegen einer Unterversorgung ist zu vermuten, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 v. H. und der Stand der fachärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um (Stand: 19. April 2007 – RL wie Veröff. BAnz 31.03.; Deckblatt gem. Vorlage Dr. Pfenning 43) mehr als 50 v. H. unterschreitet. Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den in Satz 1 genannten Kriterien führen würde.“*  
(Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, S. 42 f.)

### **1.3 Material und Methode**

Zur Bearbeitung der gestellten Forschungsfrage wurden sowohl die Methode der Literaturanalyse als auch leitfadengestützte Experteninterviews gewählt.

### 1.3.1 Literaturanalyse

Die systematische Recherche in dem sozialwissenschaftlichen Fachportal SOWIPORT sowie in den Datenbanken von Universitätsbibliotheken (OPAC) und Bund bildete die Grundlage für die weitere Selektion. In den Literaturverzeichnissen der primär ausgewählten Bücher konnten zusätzlich relevante Veröffentlichungen ausfindig gemacht werden. Die schließlich zur Bearbeitung herangezogenen wissenschaftlichen Publikationen können nach drei wesentlichen Themengebieten gegliedert werden:

- ärztliche Versorgung, Entwicklung und beeinflussende Faktoren
- Bedarf an ärztlicher Versorgung und deren Veränderung
- nationale und internationale interdisziplinäre Versorgungsstrukturen

Vornehmlich wurden wissenschaftliche Studien, Fach- und Lehrbücher, Fachvorträge sowie Aufsätze in Fachzeitschriften aus den Publikationsjahren 1991 bis 2011 verwendet. Veröffentlichungen der unterschiedlichen Ärztevertretungen und behördliche Informationen vonseiten des Bundes bzw. der Länder komplettierten die ausgewählte Literatur. Die Literaturrecherche wurde durch die Online-Recherche zu den Schlagwörtern Ärztemangel, Demografie, Versorgungsstrukturen und Gesundheit mithilfe von Suchmaschinen ergänzt. Hier musste eine Selektion des umfangreichen, teilweise interessengesteuerten Angebots erfolgen. Die statistischen Daten der Kassenärztlichen Vereinigung, der Region 10, des Freistaates Bayern, des Bundes und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) dienten als Grundlage, auf der die Entwicklung des Bedarfs an medizinischer Versorgung ermittelt wurde.

Auch benachbarte, wissenschaftliche Disziplinen, wie die Soziologie und die Sozialpädagogik, haben sich mit der Versorgungsthematik befasst und Strukturen zur interdisziplinären Zusammenarbeit und Netzwerkbildung aufgebaut, so z. B. das Case Management (vgl. Döhner et al., 2002). Entsprechende Erkenntnisse wurden daher, sofern sie die wissenschaftliche Betrachtung der Fragestellung unterstützen, ebenfalls mit einbezogen.

### 1.3.2 Experteninterviews

Die Durchführung von Experteninterviews ergänzte die Ergebnisse der Sekundärforschung. Hierzu wurden sechs ausgewählte Verbandsfunktionäre befragt, die regional und teilweise auch überregional aktiv sind. Da sie gleichzeitig als Hausärzte in ihren eigenen Praxen tätig sind, verfügen sie über relevantes Wissen bezüglich der derzeitigen Ärztesituation, das für die Analyse wertvoll ist, und sind daher prädestiniert, für die Thematik befragt zu werden. Die Befragungen fanden im Zeitraum November bis Anfang Dezember 2011 statt.

Tabelle 1.1: Interviewpartner

Interviewpartner	Funktion
Thomas Oppel	Geschäftsführer der GO IN GmbH
Dr. Anton Böhm	Allgemeinarzt, Mitglied des Stadtrates Ingolstadt, Bezirksdelegierter des BHÄV-Bezirks Oberbayern
Dr. Willi Bräunlein	Allgemeinarzt, 1. Stellvertreter der GO IN GmbH
Dr. Thomas Lips	Allgemeinarzt, Bezirksdelegierter des BHÄV-Bezirks Oberbayern
Dr. Siegfried Jedamzik	Allgemeinarzt, 1. Vorsitzender der GO IN GmbH
Dr. Sigurd Eisenkeil	Allgemeinarzt, Vorsitzender vom ärztlichen Kreisverband Ingolstadt/Eichstätt

Die 45- bis 90-minütigen Interviews wurden im persönlichen Gespräch anhand eines zur Thematik erstellten Leitfadens durchgeführt (vgl. Anhang II). In den Interviews wurden hausarztsspezifische und vor allem Bedingungen der regionalen Gesundheitsversorgung angesprochen. Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an die von Gläser und Laudel beschriebene qualitative Inhaltsanalyse von Interviews nach strategischen Handlungsansätzen (vgl. Gläser; Laudel, 2010). Nach dem ersten Interview als Preview wurde der Leitfaden für die weiteren fünf Interviews strukturell angepasst, da sich herausstellte, dass insbesondere die Thematik der unterstützenden Strukturen mehr und klarere Informationen benötigt.

Im Folgenden werden nun zunächst die Ergebnisse der literaturbasierten Ist-Analyse vorgestellt.