



VERSORGUNGSFORSCHUNG

Anreize für die Niederlassung

Eine Befragung junger Ärztinnen und Ärzte zeigt, dass diese mit finanziellen Anreizen allein nicht zu einer Niederlassung auf dem Land zu bewegen sind.

Owohl die Zahl der Ärzte in den letzten Jahren insgesamt stieg, ist heute bereits eine Unterversorgung insbesondere bei der hausärztlichen Versorgung in strukturschwachen Regionen zu beobachten. Es mangelt an Informationen darüber, welche Anreize in welcher Stärke und in welcher Kombination eine bedarfsgerechte Steuerung der Niederlassung von Ärzten ermöglichen. In einem Forschungsprojekt wurde die Anreizwirkung von monetären und nichtmonetären Praxismerkmalen auf die Niederlassungsentscheidung von Ärzten untersucht. Die Ergebnisse dieser Studie* werden im Folgenden zusammengefasst.

Innovative Befragungsmethode

Für die Konstruktion des Fragebogens wurden zunächst in einer qualitativen Vorstudie semistrukturierte Interviews mit 22 vor einer Niederlassungsentscheidung stehenden Assistenzärztinnen und -ärzten durchgeführt. Auf dieser Grundlage wurden sechs wichtige, die Niederlassung beeinflussende Merkmale und ihre Ausprägungen identifiziert: berufliche Kooperation (mit den Ausprägungen Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Ärztehaus), monatliches Nettoeinkommen (2 500, 5 000, 7 500 oder 10 000 Euro), Arbeitsplatz für den Lebenspartner, Schul-/Betreuungsangebot für die Kinder, Freizeitangebot (jeweils vor Ort beziehungsweise 30 oder 60 Minuten einfache Fahrtzeit) sowie Zahl der Bereitschaftsdienste (zwei, vier, sechs oder acht pro Monat). Aus diesen Merkmalen wurden nach experimentellen Designregeln 24 verschiedene Praxisalternativen beschrieben (zum Beispiel die folgende Praxis: Gemeinschaftspraxis, 7 500 Euro Nettoeinkommen im Monat; 30 Minuten einfache Fahrtzeit zum Arbeitsplatz des Lebenspartners;

30 Minuten einfache Fahrtzeit für die Kinder zur Schule; 60 Minuten einfache Fahrtzeit zu Kino, Theater, Oper; sechs Bereitschaftsdienste pro Monat) und in dem Fragebogen dargestellt.

Der Fragebogen wurde postalisch an eine Stichprobe von insgesamt 14 939 Ärztinnen und Ärzten aus fünf Landesärztekammern (Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Westfalen-Lippe) verschickt, die noch keine Gebietsbezeichnung hatten und deren Alter unter 40 Jahren lag. Die Befragten wurden gebeten, aus jeder der 24 vorgestellten Praxisalternativen jeweils das beste und das schlechteste angebotene Merkmal auszuwählen (Best/Worst Scaling). Aus diesen Auswahlentscheidungen wurde mittels eines „Random-Utility-Modells“ der Nutzen jedes Merkmals in seiner jeweiligen Ausprägung geschätzt. Im Unterschied zu herkömmlichen Befragungen ermöglicht es diese Methodik nicht nur, den Nutzen unterschiedlicher Merkmalsausprägungen abzuschätzen, sondern auch alle Merkmale in Form von sogenannten Substitutionsraten miteinander zu vergleichen. Man erhält also eine Antwort auf die Frage: Wie viel besser muss ein bestimmtes Merkmal ausgeprägt sein, damit der Nutzenverlust aufgrund eines anderen, schlechter ausgeprägten Merkmals ausgeglichen wird?

Gewichtung des Nutzens

5 026 (34 Prozent) der angeschriebenen Ärzte sendeten vollständig ausgefüllte Fragebögen zurück. Ihr Durchschnittsalter betrug 31 Jahre, 60 Prozent waren weiblich, 36 Prozent hatten Kinder, 60 Pro-

zent waren in einer städtischen Umgebung aufgewachsen, 93 Prozent waren ärztlich tätig, 53 Prozent beabsichtigten eine Niederlassung in durchschnittlich sechs Jahren.

Von den Praxismerkmalen hatte in der Gesamtstichprobe das monatliche Nettoeinkommen den größten Einfluss auf eine Niederlassungsentscheidung. So zeigte sich beispielsweise, dass eine Veränderung des monatlichen Nettoeinkommens von 2 500 Euro auf 10 000 Euro als ein größerer Nutzenzuwachs angesehen wird als die Bereitstellung eines Schulangebots vor Ort statt in einer Entfernung von 60 Minuten Fahrtzeit. Die Bereitstellung eines Schulangebots vor Ort war wiederum mit einem größeren Nutzenzuwachs verbunden als eine entsprechende Verringerung der Fahrtzeit zum Arbeitsplatz des Partners oder zu Freizeitaktivitäten. Nur geringe Nutzenunterschiede zeigten sich für unterschiedliche berufliche Kooperationsformen.



Für die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger besonders interessant sind aber die mittels des Modells schätzbaren Substitutionsraten – vor allem jene, die quantifizieren, durch welche Veränderung des Nettoeinkommens eine Veränderung in der Ausprägung eines anderen Merkmals ausgeglichen werden kann. Hier zeigte sich zum Beispiel, dass der von einem zusätzlichen Bereitschaftsdienst ausgehende Nutzenverlust durch ein zusätzliches monatliches Nettoeinkommen von durchschnittlich 892 Euro „kompensiert“ werden könnte. Die entsprechenden Substitutionsraten für eine zusätzliche Minute täglicher ein-

mit dem einer eher typischen Landpraxis (Einzelpraxis, 5 000 Euro Nettoeinkommen im Monat, vier Bereitschaftsdienste im Monat, jeweils 30 Minuten Fahrtzeit zum Arbeitsplatz des Lebenspartners, zur Schule der Kinder und zu Kino/Theater/Oper), so kommt man in der Gesamtstichprobe rein rechnerisch auf durchschnittlich 9 000 Euro Monatsnettoeinkommen, das zusätzlich für die Kompensation des mit der Landpraxis verbundenen Nutzenverlusts aufzubringen wären. Darin zeigt sich ein deutliches Gefälle in der Beliebtheit von Landpraxen im Vergleich zu Stadtpraxen.

Der negative Anreiz, sich auf dem Land niederzulassen, ist so hoch, dass man eine/n durchschnittliche/n Assistenzärztin/arzt, die/der sich nicht auf dem Land niederlassen möchte, auch mit monetären Anreizen nur schwer umstimmen kann.

Es gab allerdings geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Antworten; auch spielte es eine Rolle, ob Kinder vorhanden sind. Ledigen männlichen Assistenzärzten ohne Kinder, die in der Stadt aufgewachsen sind, ist die Höhe des Einkommens besonders wichtig, das heißt, sie reagieren stärker auf monetäre Anreize als andere. Die Befragungsergebnisse zeigen aber auch hier, dass Befragte aus dieser Gruppe kaum durch monetäre Anreize umgestimmt werden können. In der Logik der Modellrechnung entspricht die Stärke der Ablehnung gegenüber einer Niederlassung auf dem Land einem zusätzlichen Nettoeinkommen von rechnerisch circa 7 700 Euro pro Monat.

Hat die Landpraxis verschiedene Vorzüge – zum Beispiel bleibt die Zahl der Bereitschaftsdienste auf zwei pro Monat beschränkt, und das Schul-/Betreuungsangebot für die Kinder befindet sich direkt vor Ort – können sich deutlich mehr Befragte eine Niederlassung auf dem Land vorstellen. Die Stärke der Ablehnung entspricht in der Logik der Modellrechnung rechnerisch nur noch einem zusätzlichen Nettoeinkommen

von etwa 5 000 Euro pro Monat, in der Subgruppe der ledigen männlichen Assistenzärzte ohne Kinder sinkt die Stärke der Ablehnung auf eine rechnerische Entsprechung in Höhe von etwa 4 000 Euro zusätzlichem Nettoeinkommen pro Monat.

Mit der Beeinflussung der Höhe des Einkommens und der zu leistenden Bereitschaftsdienste stehen Entscheidungsträgern grundsätzlich zwei Instrumente zur direkten anreizorientierten Steuerung der Niederlassungsbereitschaft zur Verfügung, mit denen die großen Nutzenunterschiede zwischen einer eher typischen Praxis in der Stadt und auf dem Land deutlich verringert werden könnten. Die Merkmale „Schul-/Betreuungsangebot für die Kinder“ und „Arbeitsplatz des Lebenspartners“ entziehen sich zwar einer direkten Steuerung durch die Entscheidungsträger, doch zeigen die Präferenzen der Gesamtstichprobe, dass vor allem eine Verbesserung der Infrastruktur hinsichtlich des Schul- und Betreuungsangebots einen wesentlichen Einfluss auf die Niederlassungsentscheidung hat.

Begrenzte Wirksamkeit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es angesichts knapper Ressourcen im Gesundheitswesen schwierig werden dürfte, mittels einer ausschließlich anreizbasierten Strategie der Unterversorgung in ländlichen Gebieten entgegenzuwirken. Es ist aber davon auszugehen, dass sich die Präferenzstruktur einzelner Befragten dahingehend unterscheidet, dass die Nutzenunterschiede zwischen Stadt- und Landpraxis auch mit geringeren als den oben modellhaft berechneten Zusatzeinkommen ausgeglichen werden können. ■

Prof. Dr. med. Hans-Helmut König M. P. H.

Dr. rer. med. Oliver H. Günther

Dipl.-Psychologin Beate Kürstein

*Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin
und Gesundheitsökonomie*

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller M. P. H.

Selbstständige Abteilung für Sozialmedizin

Universität Leipzig

*Günther OH, Kürstein B, Riedel-Heller SG, König HH: The role of monetary and non-monetary incentives on the choice of practice establishment: a stated preference study of young physicians in Germany. *Health Serv Res* 2010; 45: 212–29.



Fotos: Fotolia

facher Fahrtzeit zum Arbeitsplatz des Partners oder zum Schul-/Betreuungsangebot für Kinder lagen bei 83 oder 109 Euro zusätzlichem Nettoeinkommen pro Monat. Vergleicht man nach Addition der Einzelergebnisse den Gesamtnutzen einer eher typischen Stadtpraxis (Einzelpraxis, 5 000 Euro monatliches Nettoeinkommen, zwei Bereitschaftsdienste im Monat, Arbeitsplatz des Lebenspartners, Schule für Kinder und Kino/Theater/Oper vor Ort)