

Adam Pilny und Felix Rösel*

Sind Ärzte die besseren Gesundheitsminister?

In der Coronakrise geben vor allem Virologinnen und Virologen den Takt der Maßnahmen vor. Dies dürfte den bisherigen Verlauf der Pandemie maßgeblich beeinflusst haben. Denn wenn Ärztinnen und Ärzte politische Macht bekommen, ändert sich die Gesundheitspolitik spürbar. Dies zeigt eine neue Studie, die die deutschen Landesgesundheitsministerinnen und -minister zwischen 1955 und 2017 unter die Lupe nimmt.

Philipp Rösler und Ursula von der Leyen sind nur zwei Beispiele von studierten Medizinerinnen bzw. Medizinern mit steiler politischer Karriere im Gesundheitsressort von Landes- oder Bundesregierung. Denn wer könnte schließlich besser als Gesundheitsministerin oder Gesundheitsminister geeignet sein als eine Ärztin oder ein Arzt? Diese Logik klingt zunächst plausibel, entpuppt sich bei näherer Betrachtung aber als zweischneidiges Schwert. Medizinerinnen und Mediziner bringen zweifellos fachliche Expertise ins Amt. Allerdings könnte unter ihrer Führung die Politik schnell recht einseitig in Richtung einer speziellen Berufsgruppe bzw. Interessenlage kippen. Schließlich sind Ärzteverbände eine besonders einflussreiche Lobbygruppe, die bei Ihresgleichen auf besonderes Gehör hoffen dürfte.

Was können also die Bürgerinnen und Bürger erwarten, wenn Ärztinnen und Ärzte das Gesundheitsministerium leiten? Eine neue Studie untersucht das Handeln von Gesundheitsministerinnen und -ministern mit Medizinabschluss (Pilny und Rösel 2020). Die Autoren haben hierfür einen neuen Datensatz aller deutschen Landesgesundheitsministerinnen und -minister zwischen 1955 und 2017 zusammengestellt. Insgesamt 12 der 185 untersuchten Landesgesundheitsministerinnen bzw. -minister haben Humanmedizin studiert. Zusammen kommen sie auf beachtliche 51 Amtsjahre. Pilny und Rösel (2020) erforschen in ihrer Studie, ob in dieser Zeit eine andere Gesundheitspolitik gemacht wurde als in den übrigen Jahren. In diesem Beitrag werden die wesentlichen Ergebnisse der Studie präsentiert.¹

KRANKENHAUSPOLITIK IST LANDESPOLITIK

Die Gesundheitsministerinnen und -minister der deutschen Bundesländer sind für eine Untersuchung besonders gut geeignet, auch wenn ihre Macht allzu häufig übersehen wird. Sie haben – anders als etwa der Bundesgesundheitsminister – einen unmittelbaren Einfluss auf die Krankenhausversorgung vor Ort. Die Bundesländer bestimmen Standorte, Abteilungen und Bettenzahlen aller aus öffentlichen Mitteln finanzierten Krankenhäuser in Deutschland – auch die der privaten oder karitativen Träger. Außerdem sind die Länder für die Investitionsausgaben der Krankenhäuser verantwortlich und sollen diese direkt aus dem Landeshaushalt finanzieren (siehe Rösel 2013 und Pilny 2017). Die laufenden Behandlungs-

kosten werden dagegen durch gesetzliche und private Krankenversicherungen gedeckt. Die Gesundheitsministerien der Bundesländer sind also aktive Protagonisten in der deutschen Krankenhauspolitik.

ÜBER MEHR BETTEN ZU MEHR PERSONAL

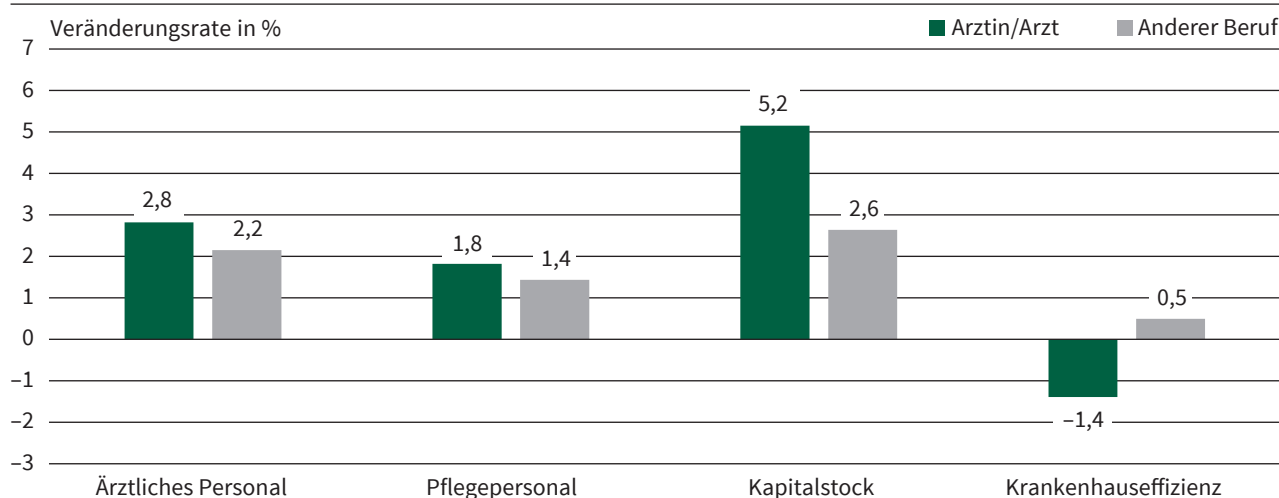
Pilny und Rösel (2020) zeigen in ihrer Studie, dass der berufliche Hintergrund der Gesundheitsministerinnen und -minister die Krankenhauspolitik vor Ort entscheidend beeinflusst. Wenn eine Ärztin oder ein Arzt das Gesundheitsministerium eines Bundeslandes führt, wird mehr ärztliches Personal und Pflegepersonal in den Krankenhäusern angestellt als unter Ministerinnen und Ministern mit einer nicht-medizinischen Ausbildung. Die Zuwachsrate beim ärztlichen und pflegerischen Personal ist 0,4 bis 0,6 Prozentpunkte höher (vgl. Abb. 1). Noch stärker fällt die Politikänderung bei der Kapitalausstattung der Krankenhäuser aus, deren Zuwachsrate sich unter Ministerinnen und Ministern mit Medizinabschluss sogar von 2,6% auf 5,2% verdoppelt. Es werden also deutlich mehr OP-Säle gebaut und neue Großgeräte angeschafft.

Die leicht versetzte zeitliche Reihenfolge von Arbeits- und Kapitalzuwachs verrät den Mechanismus, denn Personalentscheidungen vor Ort sind eigentlich keine Angelegenheit der Ministerinnen und Minister. Pilny und Rösel (2020) zeigen, dass die höheren Investitionen in die Kapitalausstattung direkt mit dem Amtsantritt einer Ärztin oder eines Arztes als Gesundheitsministerin oder Gesundheitsminister einsetzen, die Personalzuwächse folgen dann erst mit einiger Verzögerung. Arbeit und Kapital sind im Krankenhauswesen eng miteinander verknüpft: Betten funktionieren nicht ohne Personal, und Personal nicht ohne Betten. Aufgrund dieser hohen Komplementarität von Arbeit und Kapital im Gesundheitswesen (Jensen und Morrissey 1986, Cawley et al. 2006) können Landesgesundheitsministerinnen und -minister über neue OP-Trakte und höhere Bettenkapazitäten indirekt neue Arbeitsplätze in Krankenhäusern schaffen, obwohl die Personalpolitik formal Sache der Krankenhäuser ist und bleibt.

* Dr. Adam Pilny ist wissenschaftliche Mitarbeiter im Berliner Büro des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V. und Dr. Felix Rösel ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Niederlassung Dresden des ifo Instituts – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München e. V.

Abb. 1

Medizinstudium macht einen Unterschied bei Gesundheitsministerinnen und -ministern



Anmerkung: Die Abbildung zeigt Krankenhauspolitik in den deutschen Bundesländern zwischen 1955 und 2017 in Abhängigkeit vom Beruf der Landesgesundheitsministerin bzw. des -ministers. Dargestellt ist die durchschnittliche Veränderungsrate von Krankenhausressourcen (ärztliches und pflegerisches Personal sowie Kapitalstock wie Gebäude und Großgeräte) und der Krankenhauseffizienz (Veränderungsrate der totalen Faktorproduktivität, die alle eingesetzten Ressourcen ins Verhältnis zu den behandelten Fällen und der Krankenhaussterblichkeit setzt).

Quelle: Berechnungen und Darstellung des ifo Instituts.

© ifo Institut

EFFIZIENZ SINKT

Die Gesundheitsministerien der Länder können zwar die Ausstattung der Krankenhäuser erhöhen, gering ist aber ihr Einfluss auf Fallzahlen oder Behandlungsqualität. Pilny und Rösel (2020) zeigen, dass die bessere Ressourcenausstattung der Krankenhäuser nicht mit höheren Fallzahlen oder einer geringeren Sterberate von Krankenhauspatientinnen und -patienten einhergeht. Auch die Patientenzufriedenheit ändert sich nicht signifikant. Die Gesundheitsoutcomes der Krankenhäuser bleiben also gleich, während die eingesetzten Ressourcen stark ansteigen. Folglich verringert sich die Effizienz des Krankensektors, die Outcomes und Ressourcen ins Verhältnis setzt. Die Effizienz sinkt jährlich um fast 2 Prozentpunkte (von 0,5% auf -1,4%), sobald eine Ärztin oder Arzt das Gesundheitsministerium übernimmt (vgl. Abb. 1). Dieser Rückgang der Effizienz ist über die gesamte Amtszeit hinweg statistisch signifikant; erst nach einem Amtswechsel zu einer Nicht-Medizinerin oder einem Nicht-Mediziner steigt die Effizienz wieder an, weil die Ressourcen der Krankenhäuser dann weniger stark zunehmen.

ÄRZTINNEN UND ÄRZTE WERDEN GLÜCKLICHER

Wer hat denn dann am Ende überhaupt etwas von mehr Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern? Pilny und Rösel (2020) zeigen: hauptsächlich diese selbst. Die Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte steigt mit sinkender Produktivität. Es profitiert also vor allem die eigene Zunft von einer Gesundheitsministerin bzw. einem Gesundheitsminister mit Medizinstudium. Patientinnen und Patienten gehen dagegen leer aus.

FAZIT

Sollten Ärztinnen und Ärzte das Gesundheitsministerium führen? Unsere Antwort: Es kommt auf die Perspektive an. Das Krankenhauspersonal profitiert zweifellos durch eine verbesserte Kapitalausstattung und zusätzliche Stellen, vor allem die Arbeitszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten nimmt zu. Für Patientinnen und Patienten ändert sich dagegen wenig. Weder die Qualität, noch die Anzahl oder die Zufriedenheit mit den Krankenhausbehandlungen steigen messbar. Vielleicht ist der „Nachschlag“ bei der Ressourcenausstattung ein immer noch zu kleiner Tropfen auf dem heißen Stein der personellen Unterausstattung des deutschen Gesundheitswesens – vor allem im Pflegebereich. Diesem Punkt sollte die weitere Forschung verstärkt nachgehen.

LITERATUR

- Cawley, J., Grabowski, D. C. und R. A. Hirth (2006), „Factor Substitution in Nursing Homes“, *Journal of Health Economics* 25 (2), S. 234–247.
- Jensen, G. A. und M. A. Morrisey (1986), „The Role of Physicians in Hospital Production“, *The Review of Economics and Statistics* 68 (3), S. 432–442.
- Pilny, A. (2017), „Explaining Differentials in Subsidy Levels among Hospital Ownership Types in Germany“, *Health Economics* 26 (5), S. 566–581.
- Pilny, A. und F. Rösel (2020), „Are Doctors Better Health Ministers?“, *American Journal of Health Economics* 6 (4), S. 498–532 (zugleich: *Ruhr Economic Papers* 849, ifo Working Paper 328).
- Rösel, F. (2013), „Kränkelnde Krankenhäuser – Ursachen und Auswirkungen des Rückgangs der Krankenhausinvestitionen der Länder“, ifo Dresden berichtet, 20 (5), S. 3–15.

1 Der vorliegende Beitrag ist eine leicht geänderte Fassung eines Blogbeitrags für das Portal „Ökonomenstimme“. Download <https://www.oekonomenstimme.org/artikel/2020/06/sind-aerzte-die-besseren-gesundheitsminister/>