

Heldendämmerung

Seit fast 20 Jahren studieren in Deutschland mehr Frauen Medizin als Männer. Wie hat sich dadurch der Berufsalltag verändert? Antworten gibt die Ärztin und Personalberaterin Anne Wichels-Schnieber.

Interview: Mathias Irle



Anne Wichels-Schnieber, Jahrgang 1978, studierte Medizin an der Charité Berlin, am Karolinska Institut in Stockholm und in Santiago de Chile. Nach ihrem Studium arbeitete sie ein Jahr als internistische Assistenzärztin an einer Klinik, bevor sie zu McKinsey wechselte. Dort kümmerte sie sich um Management- und Führungskräfteentwicklung für Kliniken. Seit fünf Jahren ist sie bei der Personalberatung Russell Reynolds Associates. Dort hilft sie Unternehmen und Organisationen im Gesundheitswesen bei der Auswahl von Führungskräften.

Die Forderung nach Zulassung von Frauen zum Studium der Humanmedizin sorgte im Jahr 1891 für „ungeheure Heiterkeit“. Zu absurd sei die Vorstellung gewesen, so berichtet es Franziska Tiburtiu, die erste in Deutschland akademisch ausgebildete Ärztin, in ihren Lebenserinnerungen. 1909 durften sich Frauen dann doch im ganzen Land zum Medizinstudium anmelden. Es dauerte weitere 90 Jahre, ehe 1999 die Zahl der Medizinstudentinnen die der männlichen Kommilitonen überstieg – um 2379. Der Trend

setzt sich bis heute fort: Noch nie gab es so viele angehende Ärzte in Deutschland wie 2015 (89 998), und der Anteil an Frauen war mit 60,7 Prozent noch nie so hoch. Daher ändert sich von Jahr zu Jahr das Geschlechterverhältnis unter den berufstätigen Mediziner: Laut Bundesärztekammer lag der Anteil der Frauen im Jahr 2016 bei 46,5 Prozent – eine Steigerung um 38,4 Prozent seit dem Jahr 1991.

Als einer der Gründe für die Feminisierung des Arztberufs gilt der hohe Numerus clausus, den eher Frauen erfüllen, da sie häufiger Abitur machen als Männer und im Schnitt mit besseren Noten abschließen. Was aber bedeutet es, wenn in deutschen Praxen und Kliniken zunehmend Frauen die Patienten behandeln? Welche Folgen hat es für Ärzte, die Arbeitgeber und die Patienten?

brand eins: Früher sagte man: Nur wer 40 Stunden am Stück im OP steht und danach noch einen lockeren Spruch macht, ist ein echter Arzt. Gilt das noch immer?

Anne Wichels-Schnieber: Vermutlich wird es noch Orte in Deutschland geben, an denen man ein solches Denken findet. Allerdings mit stark sinkender Tendenz.

Woran liegt das?

In den vergangenen Jahren sind zahlreiche Entwicklungen zusammengekommen, die zu den aktuellen Veränderungen führen, darunter die hohe Frauenquote und die gesetzliche Begrenzung der ärztlichen Arbeitszeiten. Für die Kliniken hat sich daraus ein zentrales Problem entwickelt: ein Mangel an Führungs- und Fachkräften. Einen solchen Mangel kann sich rein ökonomisch kein Krankenhaus lange erlauben. Zumal viele Kliniken ratlos sind, warum niemand zu ihnen kommen will, obwohl sie doch so ein tolles Haus sind. Deshalb ist der Schmerz groß und der Wille zu einer Veränderung vorhanden.

Wie sieht die Lösung aus?

Viele Ärztinnen, aber auch viele Ärzte möchten ihren Beruf mit ihrem Privatleben vereinbaren können, spätestens wenn sie ab Mitte 30 Kinder haben. Um ihnen Führungspositionen schmackhaft zu machen, lernen die Kliniken gerade, die Jobs an die Bedürfnisse ihrer Bewerber anzupassen. Das kann bedeuten, dass ich auf die Oberärztin, die drei Kinder hat und den Kreißsaal leiten soll, eingehen muss, selbst wenn die sagt: „Meine Bedingungen sind eine 20-Stunden-Woche und dass alle Besprechungen vormittags stattfinden.“

Sind solche Modelle überhaupt realisierbar in einem Beruf mit so hoher Verantwortung?

Vor rund 15 Jahren hat mir jemand gesagt: Der Arzt ist der neue Lehrer, denn man kann kaum einen Job so gut in Teilzeit erledigen und sich auch mal lange Auszeiten gönnen. Damals habe ich gedacht: Der spinnt. Heute muss ich sagen: Er hatte recht. In Schweden teilen sich schon seit vielen Jahren mehrere Ärzte eine Chefarztposition. Und auch

hierzulande ist dies bereits möglich, wenn auch bislang selten. Besonders die Disziplinen mit wenigen Notfällen lassen sich hervorragend zeitlich fragmentieren. Natürlich gibt es die großen Operationen, die acht Stunden und länger dauern. Aber auch die kann man auf Tage legen, an denen ein Arzt nicht seinen freien Tag hat. Allerdings ist auch klar, dass die Umsetzung solcher Arbeitszeitmodelle in einem komplexen Umfeld wie einem Krankenhaus viel Geduld und mehr Teamarbeit von allen Beteiligten erfordert. Nicht nur von den Ärzten, sondern auch von den Patienten, die während eines Klinikaufenthalts von mehreren Ärzten behandelt werden. Diese Schwierigkeiten müssen Krankenhäuser überwinden, um für Mitarbeiter attraktiv zu werden und es für Patienten zu bleiben.

Ein befreundeter Oberarzt hat eine Vier-Tage-Woche beantragt. Offiziell hat man sie ihm bewilligt, hinter verschlossener Tür aber hat der Chefarzt ihn gefragt: „Was macht denn Ihre Frau so Wichtiges?“, und ihm dann gesagt: „Dass es mit der Karriere für Sie nun vorbei ist, dürfte Ihnen klar sein.“ Verbessert sich die Lage in den Kliniken nur für das weibliche Geschlecht?

Sie werden heute in Deutschland etliche finden, in denen sowohl weibliche als auch männliche Ärzte ganz unbehelligt auf einer 60- oder 80-Prozent-Stelle arbeiten und weiter ihre Karriere vorantreiben. Es dauert dann halt etwas länger, bis man die Stunden zusammenhat, um Facharzt zu werden. Aber Sie werden genauso viele Chefärzte finden, die weiter mit harter Hand führen und selbst Teilzeitmodelle für Frauen für eine Verirrung halten. Diese traditionellen Chefärzte werden Sie tendenziell eher an den Unikliniken in den Städten finden und dort besonders in den operativen und interventionellen Disziplinen wie der Kardiologie oder der Chirurgie. Dort wird bei der anstehenden Beförderung zur Oberärztin eben noch die Frage gestellt: „Aber kann die nicht noch schwanger werden?“ Doch diese Art zu denken wird den aktuellen Kulturwandel nicht überstehen. Zumal selbst die Chirurgen zunehmend weiblichen Nachwuchs in ihren Reihen finden. Der Arztberuf taugt immer weniger fürs Heldentum.

Wie meinen Sie das?

Die Leistung, die Ärzte und Pfleger in der Krankenversorgung tagtäglich erbringen, ist noch immer heldenhaft. Aber der moderne Held tut sich auf eine andere Weise hervor als eine frühere Generation von Ärzten, die sagten: „Ich, Chef, transplantiere nun das erste Herz. Oder ich erfinde eine neue OP-Methode.“ In Zeiten von Big Data wird erst einmal an Modellen berechnet werden, was genau beim Einsatz von neuen Therapien passiert. Die Risikobereitschaft des Arztes ist dann nur noch für Notfallsituationen relevant. Die Medizin ist heute so komplex, evidenzbasiert und von Leitlinien bestimmt, da kann ein Arzt sich kaum noch selbst verwirklichen. Heutzutage ist derjenige ein Held, der Risiken vermeidet und sicherstellt, dass die aktuell nachweislich beste Therapie zum Einsatz kommt.

Hinzu kommt: 2003 wurden die Fallpauschalen für Krankheitsbehandlungen in den Kliniken eingeführt, die sogenannten DRGs (Diagnostic Related Groups), diagnosebezogene Fallgruppen. Kliniken bekommen pro Diagnose eine ganz bestimmte Vergütung, egal wie

lange die Behandlung dauert. Seit dieser Zeit sind immer mehr große private Klinikketten entstanden, wo es heißt: „Wir wissen, wie man trotz der Pauschale Gewinne macht.“ In der Folge sind die Gehälter der Chefärzte deutlich gefallen, von einst häufig mehr als einer Million Euro auf eher 250 000 bis 350 000 Euro pro Jahr, je nach Größe der Klinik und der Fachrichtung. Was immer noch viel ist, aber es sind nicht mehr die astronomischen Summen von früher. Und in den Kliniken haben die Geschäftsführer einen Großteil der Macht von den Chefärzten übernommen. Heute entscheidet oft nicht mehr der Kardiologe, welcher Schrittmacher eingesetzt wird, sondern ein Controller verhandelt für eine Einkaufsgemeinschaft mit den Medizintechnikherstellern. Es ist noch nicht lange her, da hat eines der großen orthopädischen Zentren in Deutschland für Aufsehen gesorgt: Weil die dortigen Chefärzte – teils angesehene Koryphäen – sich weigerten, die Vorgaben des Einkaufs umzusetzen, wurde ein Großteil der ärztlichen Führungsriege ausgetauscht. Früher wäre das undenkbar gewesen.

Was ist die Folge?

Die Motivationslage der Ärzteschaft hat sich gewandelt. Die heutige Generation ist auf der Suche nach Sinn – daher ist der Arztberuf so attraktiv wie nie, der Numerus clausus liegt bei 1,0. Die eher männlichen Abenteurer studieren nun andere Fächer und wenn doch Medizin, dann suchen sie sich Themen abseits der Patientenbetreuung, zum Beispiel in digitalen Start-ups, weil sie dort vermeintlich mehr verändern können. Wer unternehmerisch denkt, Führung übernehmen möchte und finanziell motiviert ist, sagt sich: „Für 250 000 Euro Chefarztgehalt tue ich mir den Stress nicht an, sondern gehe lieber in die Beratung, in die Pharmaindustrie oder in die Medizintechnik.“ Stattdessen rücken Ärztinnen nach, deren Fähigkeiten besser zum Berufsbild der Zukunft passen. Das bedeutet auch Anpassungsfähigkeit, die enge Arbeit im Team und die Bereitschaft, sich an vorgegebenen Leitlinien zu orientieren. Sukzessiv hat sich so im Laufe der vergangenen 20 Jahre die Art der Leute, die Medizin studieren, gewandelt. Der Beruf verliert dadurch an Unternehmertum, an Risikobereitschaft und an Aura. Auch die Art, wie Medizin den Patienten verkauft wird, hat sich geändert. Es ist etwas anderes, ob der zumeist männliche Held in Weiß die ganze Nacht um das Leben eines Menschen vergeblich gekämpft hat. Oder ob gesagt wird: „Das Risiko für die OP war sehr groß, und es ist so gekommen, wie es die Wahrscheinlichkeit hat befürchten lassen.“

Für den Patienten ist der Wandel grundsätzlich eine gute Nachricht. Denn die neue Art der Medizin ist vielleicht weniger glamourös, dafür aber oft erfolgreicher und sicherer. Dazu leistet auch die Feminisierung einen deutlichen Beitrag. Erst vergangenes Jahr haben Forscher aus Harvard Hinweise darauf gefunden, dass Patienten weniger häufig sterben und nachhaltiger gesunden, wenn sie von Ärztinnen und nicht von ihren männlichen Kollegen behandelt wurden, denn diese sind oft risikoaverser, folgen Leitlinien zuverlässiger und hören besser hin.

...

Doch es gibt nicht nur die Kliniken. Von den 378 607 berufstätigen Medizinern in Deutschland im Jahr 2016 arbeiteten 151 984 Medizinern in ambulanten Praxen, insgesamt rund 40 Prozent. Der Großteil von ihnen – 119 641 – sind selbstständige Freiberufler, oft mit eigenen Praxen. Doch ihre Zahl sinkt von Jahr zu Jahr, während der Anteil an Medizinern, die in ambulanten Praxen angestellt sind, massiv steigt, allein im Jahr 2016 um 10,1 Prozent auf 32 348 – sechsmal so viele wie noch 1993. Bemerkenswert ist, dass der Anteil an weiblichen Ärzten unter diesen Angestellten mit 62,7 Prozent überproportional hoch ist und dass immer mehr von ihnen in Teilzeit arbeiten.

...

Aus welchen Gründen ziehen Ärzte den Angestelltenstatus vor?

Zum einen wollen sie sich nicht mehr festlegen, indem sie in Geräte, einen Kassensitz und eine Praxisausstattung investieren, um vielleicht 20 oder 30 Jahre an Kredite und an einen Standort gebunden zu sein. Vor allem aber gibt es neue Möglichkeiten: In fast allen medizinischen Disziplinen bilden sich riesige Praxisverbände, hinter denen häufig finanzstarke Investoren stehen, die selbst oft gar nicht mehr Ärzte sind. Hier kann ich mich als junge Medizinerin oder als junger Mediziner anstellen lassen und verdiene etwa als Hausarzt 100 000 Euro pro Jahr, ohne unternehmerisches Risiko. Zudem gibt es die Variante, nur in Teilzeit zu arbeiten. Das passt nicht nur zum Bedürfnis vieler Ärztinnen nach Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Auch die Motivationslage bei den Männern, die Ärzte werden, hat sich geändert. Es gibt immer weniger, die unternehmerisch ihre eigene Hausarztpraxis so effizient betreiben können oder wollen, dass sie am Ende 250 000 Euro pro Jahr verdienen. Deswegen wird es in der Zukunft wohl fast nur noch Praxisverbände mit angestellten Ärzten oder feine, kleine Privatpraxen geben.

Es kommen viele Ärzte aus dem Ausland nach Deutschland. Wird dank ihnen der Mediziner-mangel bald Geschichte sein?

Zunächst einmal: Es gab noch nie so viele zugelassene Ärzte in Deutschland wie aktuell. Das wird häufig vergessen. Doch die reine Zahl ist nicht die entscheidende Größe. So arbeiten einige dieser Ärzte in Teilzeit, und andere dürfen nicht mehr so viel arbeiten wie früher, seit im Jahr 2003 per Gesetz Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit anerkannt wurden. Durchschnittlich mehr als 48 Stunden Arbeitszeit pro Woche sind offiziell nicht mehr erlaubt. Gleichzeitig ist angesichts der alternden Gesellschaft ein erhöhter Bedarf nach medizinischen Leistungen entstanden. Insofern gibt es aktuell noch einen Engpass, der auch nicht durch ausländische Mediziner gedeckt wird. Doch dieser Mangel wird aller Voraussicht nach von selbst verschwinden.

Wie das?

Nach wie vor gibt es in Deutschland viel mehr Krankenhausbetten als in vergleichbaren Ländern. Zwar ist die Zahl der Krankenhäuser von 3635 im Jahr 1966 um fast die Hälfte auf

1956 Kliniken im Jahr 2015 gefallen, und auch die Zahl der Krankenhausbetten hat sich im gleichen Zeitraum um rund 140 000 verringert. Es werden aber noch zahlreiche weitere, vor allem kleinere, ineffizientere Kliniken in Zukunft den Betrieb einstellen. Hinzu kommt, dass im Ausland viele Tätigkeiten, die hierzulande ein Arzt macht, vom Pflegepersonal ausgeführt werden, etwa Ultraschallbilder anfertigen oder Blut abnehmen. Und: Zahlreiche technische Entwicklungen werden Arztstellen überflüssig machen. In der Radiologie und der Pathologie gibt es schon heute Software, die oft bessere Diagnosen stellt als die erfahrensten Mediziner. OP-Roboter stehen davor, unter menschlicher Führung präziser zu operieren, als der Arzt es könnte. Und in der sogenannten Precision medicine arbeiten vor allem Genetiker daran, individuelle, auf das Genom des jeweiligen Patienten angepasste Medikamente zu kreieren.

Der Bedarf an Ärzten ist schon heute teilweise eine Gefühlssache – etwa so, wie man noch einen Piloten ins Flugzeug setzt, obwohl es im Grunde ohne ihn fliegen könnte. Die Frage wird daher sein, wofür man Ärzte in der Zukunft noch braucht: als Diagnostiker, als Behandler, als Operateure oder als seelische Begleiter? Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat einen neuen Facharzt ins Spiel gebracht, der Medikamente verschreibt, Zeit zum Reden hat und zur Betreuung. Zwar wurde in der Ärzteschaft über den „Labor-Mediziner“ gewitzelt, aber tatsächlich ist das ein zukunftssträchtiger Vorschlag. Klar ist: Eine konstruktive Diskussion über den Arztberuf der Zukunft muss jetzt geführt werden – auch wenn sie auf den ersten Blick am traditionellen Verständnis des Berufsbildes rüttelt.

Ist die Ära der autoritären Hierarchien in der Medizin endgültig Geschichte?

Die Zukunft der Medizin liegt in der Betreuung von Patienten, dem Umgang mit Technik und Daten sowie der Entscheidung über komplexe Problemstellungen in interdisziplinären Teams – so, wie es heute schon bei der Behandlung von onkologischen oder Schmerzpatienten der Fall ist. Für alle Aufgaben, für die man dann Ärzte braucht, ist Hierarchie und ein autoritärer Führungsstil schlicht ineffizient. Und gute Mitarbeiter, Männer wie Frauen, werden sich auf autoritäre Führungsstrukturen nicht mehr einlassen. Gerade weil es so viele Frauen in die Medizin zieht, kann die Medizin hier eine Vorreiterrolle einnehmen. Was als Erstes da war – der Wandel des Arztberufs oder die steigende Zahl von Ärztinnen –, ist die Frage nach der Henne und dem Ei. Fest steht: Von den vielfältigen Umbrüchen in der Medizin, auch von dem steigenden Anteil von Frauen, werden alle profitieren: Patienten, Kliniken und die ärztlichen Mitarbeiter und ihre Familien.