

Motivationskrise junger Ärztinnen und Ärzte

Das Thema „Motivationskrise junger Ärztinnen und Ärzte“ soll im folgenden fokussiert werden auf die Krise der Motivation junger Ärztinnen und Ärzte in Deutschland kurativ tätig zu werden. In dieser Konstellation stellt sich die Frage, ob junge Ärztinnen und Ärzte womöglich grundsätzlich unmotiviert sind, bereits vor Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit demotiviert werden oder einfach nur auf andere Weise als vorhergehende Generationen motiviert sind. Ersteres ist angesichts des derzeit stetig steigenden Interesses am Studium der Humanmedizin schon auf den ersten Blick nahezu ausgeschlossen – die beiden anderen Optionen verdienen nähere Betrachtung. Hierbei müssen die vorhandenen Ärztinnen und Ärzte und die, der jetzt nachwachsenden Generation vorangegangenen Generationen, aus denen sich die Ärzteschaft genauso rekrutiert wie die Gesamtgesellschaft, ebenso beachtet werden, wie die nachwachsenden Generation selbst.

Seit Jahrzehnten führt der Weg zum Studium der Humanmedizin in aller Regel über gute Zensuren – die Ärzte von heute sind also die guten Schüler von früher. Gute Zensuren aber sind nicht nur Ausfluß von Begabung und Fleiß sondern werden durch gutes Zurechtkommen mit dem System zumindest begünstigt. Wiederum über Jahrzehnte hinweg litt die deutsche Ärzteschaft unter der „Ärztenschwemme“ – jedenfalls gab es vielfach deutlich mehr Bewerber als bezahlte Stellen. Dieser ungesunde Überhang hat nicht nur eine gedeihliche Weiterentwicklung der ärztlichen Arbeitswelt dauerhaft blockiert, er hat – wie schon die Notwendigkeit der guten schulischen Zensur – Generationen von Ärzten nach dem Kriterium des Konformismus selektiert: wer sich besser anpaßt und weniger widerspricht kommt weiter. Das Pflichtbewußtsein und die Überzeugung, richtiges und wichtiges zu tun, und somit die berufliche Motivation in Extremfällen bleibt davon offensichtlich unberührt, wie eine aktuelle Umfrage der Universität Frankfurt zeigt: 87 % der Ärzte aber nur 71 % der Pflegekräfte und gar nur 62 % der Verwaltungsangestellten würden im Falle einer Influenza-Pandemie, wenn sie selbst gesund wären, am Arbeitsplatz erscheinen.

Die älteste berufstätige Generation ist die sogenannte 68-Generation und ihre Altersgenossen. Völlig unabhängig davon, wie in den End-Sechzigerjahren die politische Ausrichtung des einzelnen gewesen sein mag, so sind die Angehörigen dieser Generation – egal ob in der Medizin oder in anderen Bereichen der Gesellschaft – insgesamt relativ politische Menschen. Allerdings verstehen sie in der Regel nicht, daß nachfolgende Generationen ihre Herangehensweise an Problemstellungen, ihre Schwerpunktsetzungen und ihre Motivlage nicht unbedingt teilen. Und – im Alltag von heute besetzt diese Generation vielfach die Führungspositionen, wobei der von Rudi Dutschke postulierte Marsch durch die Institutionen meist weniger zur deren Veränderung als vielmehr zu einer Assimilierung der Marschierer an die zuvor bekämpfte Institution geführt hat.

Der 68-Generation und ihren Altersgenossen folgt die Babyboomer-Generation, zu der in Deutschland die von 1955 bis zum Pillenknick (also etwa 1965 bis 1967) geborenen zählen, und deren Angehörigen sich erstmals mit der Ur-Erfahrung der Masse konfrontiert sahen. Deswegen und aufgrund des erlebten zumindest teilweisen Scheiterns der 68-Generation gelten die Babyboomer als indifferent, desillusioniert und ohne Charisma – daß diese Generation trotzdem die Friedens- und die Umweltbewegung hervorgebracht hat, erstaunt in diesem Zusammenhang schon fast. Jedenfalls ist diese Generation die Problemgeneration des demographischen Wandels, denn alle Generationen nach ihr sind zahlenmäßig weniger stark

und müssen doch die Versorgung (auch und gerade die medizinische!) dieser ab 2020 regulär in den Ruhestand tretenden Generation schultern.

Die heute nachwachsenden Ärztinnen und Ärzte haben direkt vor sich in der Alterspyramide noch die sogenannte Generation X, also die ab dem Pillenknick bis 1979 geborenen. Ihr Namensgeber Douglas Coupland belegt sie unter anderem mit den Attributen der Option Paralysis, also der Neigung sich bei unbegrenzter Auswahl für nichts zu entscheiden, dem Mid-Twenties-Breakdown, d.h. der Unfähigkeit, sich außerhalb eines regulierten Systems, wie es etwa die Universität für die Studierenden darstellt, zurechtzufinden, und dem Now Denial, wo die nur die Vergangenheit lebenswert und nur die Zukunft möglicherweise interessant erscheint. Der typische Vertreter seiner Generation schleppt die Depression immer im aktuellen Jetzt mit sich, ist pessimistisch und trotz allem Idealist. Auch wenn ihm gelegentlich die „freizeitorientierte Schonhaltung“ vorgeworfen wird, arbeitet er leidlich engagiert, verweigert sich aber im übrigen gerne der Gesellschaft respektive dem Gesellschaftssystem. In Deutschland findet er sich dann in der von Florian Illies sogenannten Generation Golf wieder, die materiell sorgenfrei aufgewachsen und vor allem eines ist: apolar, nicht polarisierend – bloß nicht anecken, immer schön unauffällig in der Mitte bleiben. So ist auch die Mitte der amorphen aber akzeptierten Aufenthalt aller Volksparteien geworden.

Wie anders sind nun die jungen Ärztinnen und Ärzte bzw. die Generation der sie entstammen! Die ab 1980 geborenen Millennials oder Digital Natives – auch Generation Y genannt – sind gut ausgebildet und arbeiten gut in Teams – egal ob virtuell oder real – jedenfalls nicht in tiefen Hierarchien, wie sie unseren medizinischen Fakultäten und Kliniken jedoch immer noch üblich sind. Anders als ihre Vorgängergeneration ist die Generation Y optimistisch und selbstbewußt, sie ist zwar nicht politisch aktiv, rebelliert auch nicht gegen die Gesellschaft oder das Gesellschaftssystem, sucht aber durchaus die Veränderung. Einen gesellschaftlichen Antipoden hat sich auch – die Generation Chips, die sich durch Hyperalimentation, überschießenden Medienkonsum und konsekutiv reduzierter gesellschaftlicher Teilhabe auszeichnet. Und – die Generation Y ist opportunistisch. Was man ihr nicht vorwerfen kann, denn im Widerstreit von Kritik am Egoismus und Lob der erfolgreichen Karriere haben wir alle immer der Karriere den Vorzug gegeben. Dieser Opportunismus ist im übrigen lediglich die Reaktion auf den Einzug eines verschärften Darwinismus in die Strategie vieler Unternehmen. Welche Auswirkungen und Facetten das hat, wurde von Prof. Scholz von der Universität des Saarlandes (FB 1.3 – BWL) beschrieben, mit den beiden Verhaltensweisen spannen die Matrix des „Darwiportunismus“ auf. Schließlich haben die Angehörigen der Generation Y – Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich (das sei hier wiederholt) hierin nicht wesentlich von anderen Teilen der Gesellschaft – eine ausgeprägte Erwartungshaltung: „Sie wollen sich um nichts kümmern müssen, erwarten aber, daß alles klappt.“

Wendet man sich nun der Frage zu, warum wer ein Studium der Humanmedizin absolviert, so wirft eine Umfrage von 2005 auf MED-LEARN[®] ein schönes Schlaglicht. Nach dem Interesse am menschlichen Körper (57 %) war die häufigste Antwort, man erwarte eine vielfältige, spannende, herausfordernde, schöne Arbeitswelt (51 %). Der Wunsch, Menschen zu helfen, kommt mit Abstand danach (39 %), die Hoffnung auf hohes Arbeitsentgelt spielt eine ganz untergeordnete Rolle (8 %). Die Angehörigen der Generation Y wollen durch Job-Entertainment bei der Stange gehalten werden. Man mag dies beklagen – wenn man sich nicht darauf einstellt, ist man alsbald beklagenswert, weil die potentiellen Mitarbeiter sich nämlich nach einer anderen Betätigung umgesehen haben werden. Historisch mutet die Attitüde „leben, um zu arbeiten“ an, näher fühlt man sich der These „arbeiten, um zu leben“ – für die Generation Y gilt vielleicht „leben beim arbeiten“. Hiermit ist der letzte Teil der

Eingangsfrage de facto beantwortet: Ja, junge Ärztinnen und Ärzte sind motiviert in Deutschland kurativ tätig zu werden, die Motivlage ist aber anders als die älterer Generationen von Ärztinnen und Ärzten und muß bedient werden.

Bei der Erkundung des „wer?“ sticht schon seit längerem ein Trend ins Auge – die Medizin wird weiblich. Fakt ist, daß die einem Arbeitgeber (!) zu Verfügung stehende Lebensarbeitsleistung von drei Frauen der von zwei Männern entspricht. Das ist gesellschaftlich gewollt und insbesondere keine Kritik. Behauptet wird, daß der steigende Anteil von weiblichen Medizinstudierenden auf die sinkende ökonomische Attraktivität des Arztberufes zurückzuführen sei, männliche Studierende würden sich Fächern mit besseren Karrierechancen zuwenden. Erfreulich ist jedenfalls, daß der Anteil jener, die sich der Medizin ausschließlich um der Karriere oder des erzielbaren Einkommens wegen zuwenden, wohl geringer wird. Bedacht werden muß, daß jene, die das Fach aus reinem Interesse und vor einem bildungsbürgerlich-anthroposophischen Hintergrund wählen, durch Schikanen leichter von der tatsächlichen Berufsausübung abgehalten werden als jene, die um jeden Preis Karriere machen wollen. Wenn weniger als vier von fünf Studierenden der Humanmedizin nach erfolgreich abgeschlossenem Studium kurativ in Deutschland tätig werden, so ist dies ein Alarmsignal erster Ordnung. Bevor also im Angesicht des zunehmenden Ärztemangels die Anzahl der Studienplätze erhöht wird, muß zuvor darüber nachgedacht werden, wie die Arbeitswelt attraktiver gestaltet werden kann.

Teil der Eingangsfrage war auch, ob junge Ärztinnen und Ärzte in Deutschland bereits vor Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit demotiviert werden. Die Antwort findet sich in der von den Studierenden erlebten Arbeitswelt. Diese ist nach der Begriffswelt des „Darwiportunismus“ von Prof. Scholz (siehe oben) geprägt durch „Feudalismus“, der hier so definiert ist, daß die Interessen der Klinik eindeutig die Interessen des einzelnen Arztes überwiegen. Günstigstenfalls führt dies zu einer Effizienzsteigerung, im weniger günstigen Fall aber zum Burn-out-Syndrom – eine Erkrankung, die bei Ärzten (gleich ob im ambulanten oder stationären Bereich) erschreckend häufig vorkommt. Diese von den werdenden und von den jungen Ärztinnen und Ärzten vorgefundene Arbeitswelt ist geprägt von kleinteiliger, meist nicht-medizinischer Bürokratie bei gleichzeitiger Nichtteilhabe an allen relevanten nicht-medizinischen Entscheidungen, von Arbeitsverdichtung als ideenlose Reaktion auf zunehmende Finanzknappheit und von der Frustration der mittel-alten ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die vielleicht gerne etwas geändert hätten, sich aufgrund des soziologischen Zuschnittes ihrer Generation aber nicht getraut haben oder aufgrund der Rahmenbedingungen (Ärztenschwemme!) ohne berufliche Suizidneigung über viele Jahre dazu schlicht nicht in der Lage gewesen sind und nunmehr resigniert haben. Ganz direkt geprägt wird die Arbeitswelt der angehenden Ärztinnen und Ärzte durch die oft geringe Wertschätzung während des Praktischen Jahres. Paradebeispiel ist hier der sogenannte Ehrenkodex der Universität Mainz, der den Lehrkrankenhäusern die Aufwandsentschädigungen für die Studierenden verbieten will. Das Argument, Bezahlung könnte Ausbeutung fördern und Arbeitsleistung an die Stelle von Ausbildung treten lassen klingt aus dem Munde einer Institution, die, wie die meisten Unikliniken, seit Jahrzehnten normgebend beim gezielten Einsatz studentischer Arbeitsleistung für die Aufrechterhaltung des Routinebetriebes ist, zumindest wenig glaubwürdig.

Da nun schon einige Problempunkte identifiziert sind, die junge Ärztinnen und Ärzte bereits vor dem Berufsbeginn demotivieren können, soll der Fokus auf Möglichkeiten zur Problemlösung gerichtet werden. Um hierbei effizient vorzugehen, können bei verschiedenen Punkten aus der Arbeits- und Berufswelt deren Wichtigkeit und die Zufriedenheit mit den sie betreffenden Regelungen gegeneinander aufgetragen werden. So entsteht eine Problemmatrix,

wie sie auch in der aktuellen Studie von Prof. Buxel von der Fachhochschule Münster zu „Motivation, Arbeitsplatzzufriedenheit und Jobwahlverhalten von Assistenzärztinnen und –ärzten sowie Studierenden der Humanmedizin“ verwendet wird. Halten sich Wichtigkeit eines Themas und Zufriedenheit mit dessen Regulierung die Waage, ist der Problemdruck unkritisch, übersteigt die Wichtigkeit die Zufriedenheit besteht dringender Handlungsbedarf. Ist es umgekehrt, so hat man sich ggf. Ressourcen verschwendet. Hieraus könnte ebenfalls Unzufriedenheit resultieren, wenn nämlich die Betroffenen realisieren, daß man sich bei Belangen von geringer Wichtigkeit überschießend viel Mühe gegeben hat während die drängenden Probleme ungelöst geblieben sind. Die zitierte Studie weist aus, daß ein derartiges Overspending im Krankenhausalltag nicht vorkommt, während es zahlreiche Punkte mit erheblichem Verbesserungspotential gibt. In erster Linie stehen dabei Fragen der Work-Life-Balance, wozu neben geregelten, familienfreundlichen Arbeitszeiten auch die adäquate und im übrigen normenkonforme Abgeltung bzw. Bezahlung von Überstunden zählt, sowie alle Fragen von Qualität und Quantität der Weiterbildung und der Fortbildung. Die Studie macht auch erneut klar, daß die Lebensplanung der jungen Ärztinnen und Ärzte anderen Perspektiven folgt, als die vorhergehender Generationen, wenn bei der Möglichkeit zur Mehrfachnennung sich zwar 60 % eine Tätigkeit im ambulanten Sektor, aber auch 40 % der Befragten ein Angestelltendasein in einem Medizinischen Versorgungszentrum vorstellen können. Die Landschaft der medizinischen Versorgung insbesondere der ländlichen Bevölkerung wird sich – nicht nur aufgrund der politischen Vorgaben – verändern und die deutsche Ärzteschaft ist gut beraten, sich darauf aktiv einzustellen. Schließlich ist im Einzelhandel so mancher kleine Laden nicht zuletzt deswegen verschwunden, weil auch jene, die das lautstark beklagen, lieber im großen Supermarkt einkaufen oder arbeiten. Interessant an der Studie von Prof. Buxel ist aber noch etwas: während um eines attraktiveren Arbeitsplatzes willen nun 20 % der Befragten eine grundsätzliche Bereitschaft zur landesweiten Mobilität innerhalb Deutschlands aufbringen konnten, waren gleichzeitig 65 % der Befragten bereit, um des gleichen Vorteils willen ins Ausland zu wechseln. Eigentlich läßt dies nur den Schluß zu, daß das Zutrauen zu von bestimmten ausländischen Arbeitgebern versprochenen besseren Arbeitsbedingungen, höherem Entgelt und stringenterer Weiterbildung höher ist als das zu den Angeboten von deren heimischen Konkurrenz.

Jede Krise birgt bekanntlich neben der Gefahr auch die Chance. Bezogen auf die Krise der Motivation junger Ärztinnen und Ärzte in Deutschland kurativ tätig zu werden – jedenfalls soweit sie durch Demotivation schon vor Beginn der Berufsausübung verursacht sein könnte – liegt die Gefahr im Ergreifen ungeeigneter Maßnahmen. Hierzu gehört der reflexartige Ruf nach mehr Studienplätzen. Es ist zwar richtig, daß dem steigenden Bedarf an ärztlichem Nachwuchs auch dann nicht hinreichend begegnet würde, wenn anders als derzeit alle Studierenden der Humanmedizin sich nach erfolgreichem Studienabschluß einer kurativen Tätigkeit in Deutschland zuwendeten. Bevor dies aber nicht erreicht ist, gleicht die Vergrößerung der Ausbildungskapazität dem hilflosen Versuch, noch mehr Quellen in ein leckes Aquädukt zu leiten: ohne Abdichten der Löcher wird am anderen Ende kaum mehr Wasser zum Vorschein kommen. Niemand sollte dabei auf die Idee kommen, Bemühungen um eine attraktivere Arbeitswelt durch Repressionen gegen Abwanderung zu ersetzen. Die real existierende DDR hat im großen gezeigt, daß derartiges zum Scheitern verurteilt ist und in der kleinen Welt der Medizin das A.i.P.-System. So ähnlich, wie damals die Schweizer das deutsche A.i.P.-System (Gott sei Dank!) untergraben haben, machen wir es derzeit gerade mit dem österreichischen Turnusarztsystem. Berufserlaubnis statt Approbation – so einfach ist das. Auch der vermehrte Einsatz von Honorarärzten ist ein Weg in die Sackgasse; mit dem hierfür nötigen Aufwand lassen sich auch die Bedingungen für festangestellte Ärztinnen und Ärzte verbessern. Der schlimmste aller Irrwege aber ist der immer wieder unternommene Versuch, auf europäischer und auf nationaler Ebene die Schutzwirkung der

Arbeitszeitgesetzgebung zu untergraben. Wie soll das Arztsein attraktiver werden, wenn einerseits die Arbeitsbelastung von vielen als immer noch zu hoch empfunden wird, andererseits aber die Obergrenzen wieder aufgedehnt werden sollen? Diese ungeeigneten Maßnahmen werden das Problem des sich verstärkenden Ärztemangels, das der Motivationskrise folgt, nicht lösen sondern verschlimmern. So man um Gefahren und ungeeignete Maßnahmen weiß, ergibt sich das richtige Verhalten, also die Chance der Krise, nahezu automatisch. Der Krise folgt dann auch keine Katastrophe, ein die Versorgung der Bevölkerung gefährdender Ärztemangel wird ausbleiben. Bei diesem richtigen Handeln ist die Politik gefordert, soweit der ordnungspolitische Rahmen zu gestalten ist, aber auch die Ärzteschaft selbst. Weiterbildung und Fortbildung gehören zu unseren originären und hoheitlichen Aufgaben. Die derzeitige Evaluation der Weiterbildung ist ein kleiner Schritt in die richtige Richtung. Auch in der Medizin muß die Vermittlung von Wissen aus dem mittelalterlichen Ansatz, der Lernende profitiere in erster Linie von der Bildung und habe dementsprechend dankbar und demütig zu sein, in einen neuzeitlichen Ansatz überführt werden. Die gedeihliche Entwicklung der Gesamtheit hängt so sehr von der Bildung ihrer Individuen ab, daß sie alles daran setzen muß, daß diese sich Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung unterziehen. Dies muß sie ihnen schmackhaft machen, die Strukturen der Gesamtheit, in der Medizin also die Kammern, Berufsverbände und die Fachgesellschaft müssen sich nötigenfalls als Amme betätigen ohne Dank dafür zu erwarten. Der Dank des Individuums steckt in der simplen Tatsache, daß nicht nur es selbst sondern die Gemeinschaft von seiner Bildung profitiert.

Abschließend muß noch der sich verschärfende Ärztemangel betrachtet werden. Seine Ausprägung ist sehr unterschiedlich, seine Ursachen sind vielfältig und teilweise bereits angeführt. Im ambulanten Sektor unseres Gesundheitswesens tragen die geringe Attraktivität der Weiterbildung in und der Ausübung von Allgemeinmedizin ebenso wie die veränderten Perspektiven der Lebensplanung junger Ärztinnen und Ärzte insbesondere in strukturschwachen und / oder dünnbesiedelten Regionen zu einem Ärztemangel bei, der vielerorts die flächendendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung gefährdet erscheinen läßt. Im stationären Bereich kommen auf derzeit 2.087 Krankenhäuser mit ca. 136.000 angestellten Ärztinnen und Ärzten offiziell ca. 4.000 offene Stellen. Somit sind ca. 2,9 % der Stellen unbesetzt. Wenn von struktureller Vollbeschäftigung bereits bei einer Arbeitslosenquote von ca. 4 % ausgegangen werden kann, scheint dieser Wert zunächst mehr als tolerabel. Allerdings ist der Mangel ungleichmäßig verteilt. Ursachen für ein Überangebot von Stellen können strukturelle Defizite eines Krankenhauses sein, die von den regionalen Standortvorteilen nicht kompensiert werden und somit die Versorgung der entsprechenden Region langfristig gefährden können. Demgegenüber können auch Standortnachteile derart ausgeprägt sein, daß ein Krankenhaus sie nicht zum kompensieren in der Lage und daher langfristig in seiner Entwicklung gefährdet ist. Ursachen für ein Überangebot von Stellenbewerbern können ebenfalls die Struktur des Krankenhauses oder die Standortvorteile einer Region sein – in letzterem Fall läuft das Krankenhaus stets Gefahr, sich selbst im Vertrauen auf die Attraktivität der Umgebung nicht mehr weiterzuentwickeln.

Es drängt sich hier die These auf, daß ein latenter Ärztemangel – zumindest im stationären Bereich – Motor von Verbesserung ist. Gestützt wird diese These dadurch, daß erst mit Aufkommen des Ärztemangels ein viele Jahre währender Stillstand im Tarifwesen genauso wie in zahlreichen Feldern der Weiterbildung und der Fortbildung überwunden worden ist sowie dadurch, daß insbesondere in attraktiven Regionen mit Strukturvorteilen, die außerhalb der Krankenhäuser ihre Ursachen haben, die erreichten Verbesserungen nicht oder nur sehr viel zögerlicher umgesetzt worden sind. Ein Mönch wird nicht zum frommen Mann durch sein Gewand und der Sportler nicht zum Medaillengewinner durch Anlegen des Trikots –

immer bedarf es der Übung. Mit Krankenhäusern verhält es sich genauso: fehlt der Druck, passiert nichts. Allerdings darf der Druck in Form von Ärztemangel nicht überhandnehmen, sonst treten die Nebenwirkungen in den Vordergrund. Wie bei der Arbeitslosenquote scheinen 4 % ein guter Richtwert. Stimmt die Theorie, daß viele offene Stellen nicht offiziell registriert würden – sei es aus Gründen der Scham, des Wettbewerbes, oder des bloßen nicht wahrhaben Wollens, daß die scheinbar paradiesischen Zeiten des Überangebotes an ärztlichen Stellenbewerbern vorbei sind – dann ist die Schmerzgrenze allerdings jetzt schon überschritten und der Handlungsbedarf, den Ärztemangel einzudämmen, um so größer.

Einer fehlenden Motivation der jungen Ärztinnen und Ärzte, in Deutschland kurativ tätig zu werden, ist das vermehrte Fehlen von Ärztinnen und Ärzten im deutschen Gesundheitswesen jedenfalls nicht geschuldet. Wir – älteren – sind aufgerufen, die Arbeitswelt der geänderten Motivlage der jungen Ärztinnen und Ärzte anzupassen. Es wäre unfair, dies zu unterlassen und den jungen Ärztinnen und Ärzten die Verantwortung für die Konsequenzen zuschieben zu wollen. Und es wäre unklug, dies zu unterlassen, denn die Konsequenzen müßten wir zuerst ausbaden – die Biologie will das so.