

Editorial – Thema der Woche

Dienstag, 17. Mai 2016

Abgesehen von der Besetzung der politischen Posten ist das Gesundheitswesen weitgehend männlich dominiert: Männer in den KV-Vertreterversammlungen, Männer in den Verwaltungsräten der Krankenkassen, Männer auf den medizinischen Lehrstühlen und natürlich auch Männer bei den Chefärzten und in den Krankenhausleitungen. Die Realität bei den Gesundheitsberufen sieht allerdings deutlich anders aus: Überwiegend Frauen in der Pflege, überwiegend Frauen bei den nichtärztlichen Heilberufen und inzwischen auch überwiegend Frauen bei den Ärzten und bei den Medizinstudierenden. Ach so: die meisten Patienten sind übrigens auch Frauen...

In der Versorgungsrealität kommt dieses Missverhältnis zwischen männlicher Systemgestaltung und weiblicher Systemversorgung und -nutzung bislang allerdings kaum an, wie der 4. Bundeskongress Gender-Gesundheit in der letzten Woche zeigte. Zwar wissen wir inzwischen, dass in zahlreichen Versorgungsfeldern weibliche Psyche und Physis sich fundamental von männlicher unterscheiden, aber bis diese Erkenntnisse in die Versorgung träufeln, ist es noch ein langer Weg. Denn auch wenn die Politik die Bedeutung geschlechterspezifischer Versorgungskonzepte inzwischen erkannt hat – deutlichstes Beispiel hierfür der aktuelle grün-schwarze Koalitionsvertrag in Baden-Württemberg – ist es noch ein sehr langer Weg von dieser politischen Absichtserklärung bis zur tatsächlichen Versorgungsrealität. Ein solcher Koalitionsvertrag will nämlich erstmal Gesetz werden, und auch das bringt noch nicht so sehr viel, wenn ein entsprechendes Gesetz sich nicht auch in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, in den Leitlinien der Fachgesellschaften und in den Vergütungskatalogen der ambulanten und der stationären Versorgung abbilden. Also: It's a long way to go.

Wir sollten uns aber allmählich auf diesen Weg machen, denn geschlechterstratifizierte Versorgungskonzepte sind alles andere als entfesselter Emanzipationswahn: Auch bei Männern gibt es deutliche Felder von Unterversorgung (Depression beispielsweise, oder auch Osteoporose) und bei der Berücksichtigung einer geschlechtsspezifischen Versorgung steht am Ende schlicht auch der effizientere Mitteleinsatz der knapper werdenden GKV-Euro im Fokus. Dabei geht es übrigens nicht nur um medizinische Fragen: Warum beispielsweise halten die – wie gesagt – männlich dominierten Vertreterversammlungen der KVen an einem Geschäftsmodell der medizinischen Versorgung in inhabergeführten Einzelpraxen fest, wenn wir doch wissen, dass der zumeist weibliche medizinische Nachwuchs diese Arbeits- und Erwerbsform kaum präferiert, sondern eher ein Netzwerkmodell in angestellter Tätigkeit? Und tun sich vielleicht die zumeist männlichen ärztlichen Standesvertreter deswegen so schwer mit der Delegation ihrer Leistungen, weil eine eher männliche Welt der Ärztefunktionäre dann Verantwortung an eine Welt zumeist weiblicher geprägter Gesundheitsfachberufe abgeben müsste? Das wird man ja zumindest mal fragen dürfen – und müssen. (Ist Ihnen in diesem Zusammenhang übrigens schon mal aufgefallen, dass all die neuen digitalen Assistenzsysteme weibliche Namen tragen: Agnes, Verah, Moni usw.? Ich warte diesbezüglich auf „Robert“. Das scheint aber zu dauern...).

Also: Eine geschlechtsspezifisch gedachte Versorgungswelt ist keine Vision von mir als wildgewordenem *Emanz* (Geschlechtergerechtigkeit bitte auch hier!), sondern sie ist schlicht Notwendigkeit, wenn wir unser Gesundheits- und Versorgungssystem zielgenau und effizient an die Herausforderungen und Bedürfnisse des 21. Jahrhunderts anpassen wollen. Die erste Dekade ist übrigens schon vorbei... Aber wahrscheinlich denken wir gerade im deutschen Gesundheitssystem noch immer in den Kategorien „herrlich“ und „dämlich“. Mal sehen, wie lange wir uns das noch leisten wollen – und können.