

Die Aufgabe einer genderbewussten Gesundheitspolitik

Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Wenn ich als Gesundheitsministerin unterwegs bin, bin ich oft die einzige Frau unter vielen Männern. Trotz der allgegenwärtigen Diskussion über die „Feminisierung“ der Medizin stellt sich auch heute noch die Frage: Wo sind eigentlich die Frauen in den verantwortlichen Strukturen des Gesundheitssystems? Auf Veranstaltungen in der Vergangenheit habe ich immer wieder erlebt, dass Männern der Begriff „Quote“ nicht über die Lippen kam. Heute jedoch – angesichts der großen Zahl weiblicher Hochschulabsolventinnen – fordern genau diese Männer die Quote für Männer – also das, was sie bisher bei Frauen abgelehnt haben.

Deshalb habe ich mir die Frage gestellt: Woher kommt eigentlich die Diskussion über die "Feminisierung", und wer profitiert davon? Wenn ich das Gesundheitssystem und die gesundheits- und gesellschaftspolitischen Herausforderungen betrachte – die steigenden Bedarfe, die Alterung der Gesellschaft, das schrumpfende Erwerbspersonenpotenzial und das Weniger an finanzieller Ressource –, dann weiß ich: Wenn wir dieses Gesundheitssystem von heute einfach nur fortschreiben, wird es vor die Wand fahren.

Ein Stück weit ist die Diskussion über die Feminisierung der Medizin deshalb auch eine Diskussion über die Verantwortung für die aktuellen und zukünftigen strukturellen Defizite. Diejenigen, die in den Gremien in der Verantwortung sind, sind immer schon überwiegend Männer gewesen. Sie sind es, die wir fragen müssen: Warum haben wir zu wenige Medizinstudienplätze? Es waren die männlich dominierten Verbände, die vor Jahren gesagt haben: Baut die Studienplätze ab, sonst bilden wir zu viele Medizinerinnen und Mediziner aus, sonst haben wir eine „Medizinerschwemme“, und wir verdienen weniger. Es besteht also seitens dieser Verbände und Gremien eine strukturelle Verantwortung für den Mangel an Ärztinnen und Ärzten, der uns heute vor immer größere Probleme stellt und der sich nicht damit erklären lässt, dass Ärztinnen heute familienfreundliche Arbeitszeiten wünschen. Es ist nämlich nicht so, wie von den meist männerdominierten Gremien im Gesundheitswesen behauptet wird, dass Frauen nicht Vollzeit arbeiten *wollen*. Das

Gegenteil ist richtig. Viele Frauen würden gern Vollzeit arbeiten, wenn die Rahmenbedingungen passen würden, zum Beispiel ausreichend Möglichkeiten bestehen, um Familie, Beruf und / oder die Pflege von Angehörigen zu vereinbaren.

Anders ausgedrückt: Die Herausforderung, das Versorgungssystem angesichts steigender Versorgungsbedarfe zukunftsfest zu gestalten, wurde nicht wahrgenommen, obwohl seit langem schon absehbar ist, dass sie in einer alternden Gesellschaft auf uns zukommt. Wir brauchen in Zukunft deutlich mehr Fachkräfte im Gesundheitswesen! Der Pflegebedarf wird sich bis 2050 verdoppeln, wir werden allein in NRW rund 1,5 Millionen pflegebedürftige Frauen und Männer zu versorgen haben. In manchen Kliniken beträgt der Anteil an Patientinnen und Patienten mit Demenz heute schon bis zu 50 Prozent, im Schnitt sind es rund 12 Prozent. Auch die Zahl der aktuell ca. 2,2 Millionen multimorbiden Menschen wird voraussichtlich stark steigen. Gleichzeitig sinkt die Zahl der Erwerbspersonen um rund ein Viertel auf nur noch 6,6 Millionen im Jahr 2050. Fest steht: Unser Gesundheitssystem ist in seiner jetzigen Verfassung den neuen Herausforderungen bei weitem nicht gewachsen.

Über die Verantwortung seitens männlich dominierter Strukturen sollten wir uns jedenfalls im Klaren sein, wenn wir heute über die „Feminisierung“ der Medizin reden. Nicht um irgendjemand Vorwürfe zu machen, sondern um Klarheit darüber zu gewinnen, was aus welchen Gründen schief gelaufen ist und wie wir Fehler in Zukunft vermeiden können.

Dringend notwendig ist es zudem, genau zu analysieren, welche Bedarfe seitens der Patientinnen und Patienten vorliegen und welche Versorgungsstrukturen wir künftig brauchen. Die Patientinnen und Patienten werden immer älter und damit auch häufiger multimorbid oder dement. Zugleich haben wir es immer häufiger mit Personalengpässen zu tun, ebenso mit veränderten Ansprüchen seitens der im Gesundheits- und Pflegewesen Beschäftigten. So ist eine ausgeglichene work-life-balance gerade für jüngere Beschäftigte ein wichtiges Kriterium für Zufriedenheit am Arbeitsplatz und damit für hohe Leistungsbereitschaft. Wir haben es also mit Veränderungen auf vielen Ebenen zu tun, die in Übereinstimmung gebracht werden müssen.

Leider jedoch werden diese Bedingungen und Bedarfe – aus Sicht der Patientinnen und Patienten ebenso wie aus Sicht der Beschäftigten – in unserem heutigen System gar nicht oder nur unzureichend berücksichtigt. Blicken wir auf den Klinikbereich. Er hat sich von einer ehemals eher ganzheitlichen, „weiblichen“ Betrachtung zu einer fragmentierten DRG-lastigen Betrachtung der Patientinnen und Patienten entwickelt. Krankheit wird in abrechenbare Teile und einzelne Symptomkomponenten zerlegt und so „entpersonalisiert“. In der Folge beobachten wir eine zunehmende Trennung von ärztlicher und pflegerischer Leistung, zwischen rein medizinischer Leistung einerseits und der Fürsorge und Zuwendung für die erkrankten Menschen andererseits. So ist das Personal im Bereich Pflege vor dem Hintergrund des Kostendrucks im Vergleich zum ärztlichen Bereich immer weiter abgebaut worden.

Wir brauchen uns darum auch nicht darüber zu wundern, dass die Ergebnis-Qualität unserer Kliniken im internationalen Vergleich insgesamt nicht gut abschneidet, auch wenn wir in High-Tech-gestützten Einzelleistungen höchstes Niveau erreichen. Statt die Bedarfe der Menschen ganzheitlich und sektorenübergreifend in den Blick zu nehmen, haben die meist männlichen Akteure in (Bundes-)Politik und Verbandswesen ein rein ökonomisches Wettbewerbssystem in den Vordergrund gerückt. Wenn wir z. B. über Optimierung in den Prozessen sprechen, denken wir zuerst immer an die größtmögliche Auslastung der Strukturen, an die Frage etwa, wo können wir noch ein paar Minuten sparen, um die Abläufe effizienter zu machen. Es geht nur selten darum, wie wir Behandlungserfolge oder die Zufriedenheit der Beschäftigten verbessern, deren Einsatz und Motivation für eine wirklich gute Versorgung von entscheidender Bedeutung ist. Wir betreiben Systemoptimierung unter einem rein fiskalischen und kurzfristigen Aspekt. Das, was die Patientinnen und Patienten wirklich wollen und brauchen, wird viel zu wenig berücksichtigt.

Dies bestätigt sich auch in der beruflichen Erwartungshaltung der Beschäftigten. Wenn wir uns z. B. die Faktoren für Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften ansehen, dann steht dort die Vereinbarkeit mit der Familie nicht an erster Stelle, auch nicht die Höhe des Einkommens. Oberste Priorität hat für sehr viele in der Pflege Beschäftigte etwas ganz anderes, nämlich dass die Anforderungen der Arbeit mit dem eigenen Anspruch an den Beruf in Übereinstimmung stehen! Dieser Anspruch besteht vor allem darin, den Menschen

Zuwendung zu geben. Aber dazu fehlt oft die Zeit. Das höre ich auch sehr häufig, wenn ich mit jungen Ärztinnen spreche: Dass sie Zeit haben wollen für Zuwendung und Kommunikation – im Sinne einer „sprechenden Medizin“-, dass sie multiprofessionell arbeiten wollen. Doch in der Praxis ist das kaum möglich!

Für mich ist klar: Unter der zweifellos vor allem von Männern vorangetriebenen Ökonomisierung des Systems ist der für gute Versorgung eigentlich notwendige ganzheitliche Ansatz in der Versorgung aus dem Blick geraten. An den Personen, aber auch an den Abläufen zeigt sich, dass die Klinikstrukturen nach wie vor „männlich“ geprägt sind, während ganzheitliches Denken vielfach eher von Frauen vertreten wird, die nicht ohne Grund häufig komplementärmedizinische Angebote bevorzugen. Es gilt, den Gegensatz zwischen Ökonomisierung und ganzheitlichem Denken aufzuheben, zumal er eigentlich gar nicht bestehen müsste.

Im Übrigen halte ich es für eine Mär, dass Frauen nicht das gesamte Spektrum möglicher Arbeitszeiten wahrnehmen wollen oder können. Es geht um Verbindlichkeit und Planbarkeit. Ich bin als Ministerin auch alleinerziehende Mutter, zwischendurch musste ich mich außerdem um meine pflegebedürftige Mutter kümmern. Uns Frauen fehlen in den Betreuungssituationen einerseits Ressourcen, die uns Sicherheit geben und bei Bedarf verlässlich zur Verfügung stehen. Andererseits ist die Planbarkeit von Arbeitszeit und Strukturen von größter Bedeutung. Wenn diese beiden Voraussetzungen nicht gegeben sind, muss die beste Organisation scheitern. Frauen brauchen ein Rettungssystem über die standardisierte Regelversorgung hinaus: Was mache ich, wenn etwas schief läuft? Was ist, wenn der Kindergarten, die Schule anruft und mitteilt: Ihr Kind muss abgeholt werden – während die Ärztin vielleicht gerade in den OP muss? Die zur Lösung erforderlichen Strukturen sind nicht nur im Bereich der Kinderversorgung wichtig, sondern müssen sich zunehmend auch auf die Pflege der Eltern oder Angehörigen erstrecken.

Die dafür erforderlichen Angebote – zum Beispiel bei Pflegehotlines – werden inzwischen auch von immer mehr Männern genutzt. Allein dies führt zu weiterführenden Diskussionen in den Unternehmen. Einige Unternehmen erkennen inzwischen den wachsenden Bedarf für solche „Rettungsnetze“. Dabei geht es nicht mehr allein um die Frage, was für Frauen allein,

sondern was für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter insgesamt getan werden kann. Der vom drohenden Fachkräftemangel ausgehende Druck beschleunigt diese Debatten zusätzlich.

Aber noch einmal: Natürlich ist es für viele Frauen wichtig, den Beruf besser zu organisieren, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu gewährleisten. Doch im Sinne der Systemverantwortung müssen wir es wieder viel stärker ermöglichen, dass die Beschäftigung im Gesundheitswesen nicht nur Beruf ist, sondern eine *Berufung* mit vielfältigen sozial-emotionalen Kompetenzen sein kann. Wir dürfen nicht die Gründe dafür außer Acht lassen, warum sich Frauen – und manchmal auch Männer - bewusst für diese Tätigkeit entschieden haben.

Dazu brauchen wir multiprofessionelle Strukturen, eine stärkere Vernetzung mit anderen Professionen, eine übergreifende gemeinsame Sichtweise und Verantwortung. Meistens sind es Frauen, die Vernetzung initiieren und nutzen wie etwa in Fallkonferenzen. Frauen fordern auch eher die Möglichkeit der Ersetzbarkeit, d. h. die Chance, ihre Arbeit von Fall zu Fall durch andere erledigen zu lassen – anders als viele Männer, die immer und dauernd demonstrieren, wie unverzichtbar sie sind. Das ist im Gesundheitswesen genau so wie in der Politik. Frauen wünschen sich viel häufiger als Männer, dass die Last nicht allein auf ihren Schultern liegt. Sie wollen aussteigen können, wenn es um Erziehungs- oder andere Fragen geht und brauchen dafür gut organisierte Strukturen, um nicht immer präsent sein zu müssen. Männer hingegen glauben sehr oft, nicht ersetzbar zu sein, und halten darum den von ihnen geführten Bereich bewusst in einer Abhängigkeit von ihrer eigenen Person. Das verhindert flexiblere und damit effizientere Strukturen – und leider auch neue Formen der Kooperation.

Nur in einer multiprofessionellen Zusammenarbeit bestehen die Möglichkeiten anderer Hierarchien und der Delegation medizinischer Leistungen auf andere Heilberufe. Wir diskutieren das Thema schon seit langem. Vor dem Hintergrund der Bedarfe, die wir zu bewältigen haben, wird es m. E. ohne Delegation keine Lösungen geben. Es werden nämlich nicht genügend Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen. Das zeigt sich heute bereits im ländlichen Raum. Leider stehen wir bei der oft zwingend erforderlichen Neu- und

Umverteilung der Aufgaben immer noch am Anfang. Aus anderen Ländern und bestehenden Modellprojekten können wir allerdings lernen, wie positive Veränderungen realisiert werden können. Die Versorgungspraxis zeigt auch hier, dass das „Teilen“, das Abgeben von Verantwortung, Frauen oft leichter fällt als Männern.

Noch ein Wort zum ambulanten Bereich: Hier werden wir Probleme durch die so genannte doppelte „Facharzt-Schiene“ bekommen, die wir uns in Deutschland als einzigem Land in dieser Form leisten. Alles, was wir im stationären Bereich anbieten, finden wir auch im ambulanten Sektor. Das ist gut mit Blick auf das Versorgungsangebot, aber wir werden diese Struktur bald nicht mehr überall aufrechterhalten können, weil es an qualifiziertem Personal mangelt. Wir müssen neue Modelle diskutieren, zum Beispiel die Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich. Auch hier brauchen wir Strukturen, die multiprofessionell und sektorenübergreifend sind, und, ich wage die Prognose, wir werden nur dann erfolgreich sein, wenn Frauen an der Entwicklung beteiligt sind. Denn es geht nicht um Konkurrenzen nach dem Motto „mein Schrebergarten, dein Schrebergarten“, sondern um belastbare Strukturen, die unsere medizinische und pflegerische Versorgung auf Dauer sicherstellen.

Eine letzte Frage stellt sich für den ambulanten Bereich: Warum haben Frauen oft Schwierigkeiten, sich mit einer Praxis niederzulassen? Studien zeigen auch für den medizinischen Bereich, dass Frauen eine Existenz sehr oft anders gründen als Männer, dass sie finanzielle Risiken eher scheuen und deshalb davor zurückschrecken zu investieren. Darum müssen wir Frauen angepasste Modelle der Niederlassung anbieten, die ihren Bedürfnissen entsprechen – als einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum und in sozial problematischen Stadtteilen. Fazit: Die Feminisierung der Medizin ist unverzichtbar auf dem Weg, unser Gesundheitswesen dauerhaft zukunftsfest zu machen.