

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 16/7364 –

Geschlechtsspezifische Auswertungen und Strategien von Disease Management Programmen

Vorbemerkung der Fragesteller

Disease Management Programme (strukturierte Behandlungsprogramme) sollen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Behandlung chronisch kranker Frauen und Männer verbessern. Laut einer Studie der Universität Bremen (Ellen Kuhlmann „Gender Mainstreaming in den Disease Management Programmen – Das Beispiel Koronare Herzerkrankung“, Bremen 2003) sind Disease Management Programme bislang nicht geschlechtersensibel ausgerichtet. Es besteht entsprechender Handlungsbedarf, um die Behandlung chronischer Erkrankungen frauen- und männergerecht zu gestalten. Die Berücksichtigung der Geschlechterperspektive ist eine Strategie, um die Ziele von Disease Management Programmen umzusetzen sowie ein Kriterium zur Bewertung der erfolgreichen Umsetzung der Programme.

Seit dem Amsterdamer Vertrag stellt das Gender Mainstreaming eine verbindliche Handlungsgrundlage für die Mitgliedstaaten der Europäischen Union dar. Die Mitgliedstaaten haben sich verpflichtet, eine geschlechterbezogene Handlungs- und Sichtweise in allen politischen Konzepten, auf allen Ebenen und in allen Phasen politischer Prozesse umzusetzen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) beinhalten – sowohl für Frauen als auch für Männer – eine koordinierte, evidenzbasierte, qualitätsgesicherte Behandlung über alle Versorgungssektoren hinweg und unter aktiver Beteiligung der Versicherten. Kernelemente der DMP sind u. a. eine an evidenzbasierten Leitlinien (bzw. der besten verfügbaren Evidenz) ausgerichtete Behandlung, die verbesserte Zusammenarbeit und Abstimmung der Leistungserbringer, eine individuelle Behandlung nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und dem jeweiligen Krankheitszustand, die aktive Mitwirkung der Patientinnen und Patienten sowie die regelmäßige Dokumentation und Quali-

tätssicherung. Dies bietet Möglichkeiten zur Verbesserung der Therapie chronischer Krankheiten, die eine besonders gut aufeinander abgestimmte kontinuierliche Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten erfordert.

Grundgedanke der DMP ist die Ausrichtung der Behandlung auf jede einzelne Patientin bzw. jeden einzelnen Patienten. Die Aussage, dass die Programme bislang nicht geschlechtersensibel ausgerichtet seien, trifft in dieser Form daher nicht zu. Bei den DMP stehen insbesondere die Versicherten im Mittelpunkt, ihre Behandlung wird passgenau auf die Bedürfnisse und den Krankheitszustand der Patientin oder des Patienten zugeschnitten.

Als Kernelement der DMP ist explizit – für Frauen und Männer – eine differenzierte Therapieplanung festgeschrieben. Für beide Geschlechter gilt gleichermaßen, dass die Patientin oder der Patient gemeinsam mit ihrer/seiner Ärztin oder ihrem/seinem Arzt den Verlauf der Behandlung und die Therapieziele abstimmt und regelmäßige Folgetermine und bei Bedarf Schulungen vereinbart. Grundlage der Behandlung ist ein differenzierter Therapieplan auf der Basis einer individuellen Bewertung des Krankheitszustandes und des individuellen Risikos. Die Patientin oder der Patient wird regelmäßig untersucht und die medizinischen Befunde werden systematisch dokumentiert. Die Einhaltung dieser Zielvereinbarungen wird dabei regelmäßig überprüft. Eine ständige ärztliche Begleitung und Betreuung ist für chronisch kranke Patientinnen und Patienten äußerst wichtig, um eine Verschlechterung der Krankheit und Folgeerkrankungen rechtzeitig zu erkennen und ihr frühzeitig begegnen zu können. Sollten Komplikationen auftreten, ist im DMP durch Vorgabe von Überweisungsregeln die Weiterleitung an besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte oder Einrichtungen vorgesehen.

Die Berücksichtigung genderspezifischer Aspekte ist Bestandteil des individualisierten Ansatzes im DMP. Es liegt in der Verantwortung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes gemeinsam mit der Patientin und dem Patienten die jeweils im Einzelfall am besten geeignete Therapie in Kenntnis des individuellen Krankheitsgeschehens zu vereinbaren und einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen. Insoweit ist die Behandlung im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme ausgerichtet am individuellen Bedarf und erfolgt zielgruppenorientiert. Somit ist auch gewährleistet, dass in die Behandlung geschlechtsspezifische Aspekte integriert sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) überprüft regelmäßig die Inhalte der DMP, wobei auch die zur Verfügung stehende Evidenz auf genderspezifische Aspekte geprüft wird. Durch diese Überprüfung und die daraus resultierende regelmäßige Aktualisierung ist gewährleistet, dass aussagefähige Studienergebnisse zu Genderaspekten Eingang in die Behandlungsprogramme finden können.

1. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, ob der Gender Mainstreaming-Ansatz in Disease Management Programmen zur Anwendung kommt (falls ja, bitte entsprechende Beispiele benennen)?

Falls nein, welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen beziehungsweise plant sie zu ergreifen, um eine Berücksichtigung des Gender Mainstreaming zu forcieren?

Nach Auffassung der Bundesregierung kommt der Gender Mainstreamingansatz bei der Behandlung der teilnehmenden Versicherten in strukturierten Behandlungsprogrammen bereits zur Anwendung. Bei den DMP wird die Behandlung passgenau auf die Bedürfnisse und den Krankheitszustand der Patientin oder des Patienten zugeschnitten. Als Kernelement der DMP ist explizit – für Frauen und Männer – eine differenzierte Therapieplanung festgeschrieben (Beispiele: DMP Typ 2-Diabetes: siehe Ziffer 1.3.2 der Anlage 1 der Risikostruktur-

Ausgleichsverordnung – RSAV –, DMP Typ 1-Diabetes: siehe Ziffer 1.3.2 der Anlage 7 der RSAV, DMP Koronare Herzkrankheit: siehe Ziffer 1.4 der Anlage 5 der RSAV, DMP Asthma bronchiale: siehe Ziffer 1.4 der Anlage 9 der RSAV, DMP chronisch obstruktive Lungenerkrankungen: siehe Ziffer 1.4 der Anlage 11 der RSAV). Die Patientin oder der Patient stimmt gemeinsam mit seiner Ärztin/seinem Arzt den Verlauf der Behandlung und die Therapieziele ab und vereinbart regelmäßige Folgetermine und bei Bedarf Schulungen. Grundlage der Behandlung ist ein differenzierter Therapieplan auf der Basis einer individuellen Bewertung des Krankheitszustandes und des individuellen Risikos. Hierbei fließen insbesondere auch geschlechtsspezifische Aspekte ein.

Insbesondere durch diese Festlegungen ist bei der Behandlung im DMP, die sich an der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz orientiert, auch die Sensibilität für Geschlechterfragen eingeschlossen.

2. Liegen der Bundesregierung Daten über die Inanspruchnahme von Disease Management Programmen durch Frauen und Männer vor (falls ja, bitte die Inanspruchnahme auf die folgenden Krankheitsbilder aufschlüsseln: Diabetes mellitus [Typ I und Typ II], chronische Atemwegserkrankungen, koronare Herzkrankheit)?

Falls nein, welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um die Aufschlüsselung der Daten entsprechend der Prävalenz der Erkrankungen bei Frauen und Männern zu verbessern?

Daten zur Inanspruchnahme von DMP durch Frauen und Männer liegen in den ersten Abschlussberichten zur gesetzlichen Evaluation vor. Gemäß § 137f Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) haben die Krankenkassen eine externe Evaluation der Disease Management Programme durchzuführen. Diese erfolgt unter anderem im Rahmen eines Evaluationsabschlussberichtes, der einen Erhebungszeitraum der Daten von bisher mindestens drei Jahren eines zugelassenen DMP beinhaltet. Aktuell liegen die ersten Abschlussberichte der einzelnen Krankenkassen für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 vor. Die Berichte enthalten Daten über die Geschlechterverteilung der teilnehmenden Versicherten am Programm. Darüber hinaus finden sich in den Berichten Informationen über die Geschlechterverteilung der teilnehmenden Versicherten, die an bestimmten in Untergruppen zusammengefassten diabetestypischen Begleiterkrankungen leiden. Die Abschlussberichte werden von den einzelnen am Programm teilnehmenden Krankenkassen erstellt und müssen von diesen veröffentlicht werden.

Beispielsweise hat eine bundesweite Auswertung des AOK-Bundesverbandes zu den Disease Management Programmen der AOK für Typ 2-Diabetiker folgende Ergebnisse gezeigt: Die Einschreibequote von Frauen zu Männern ist nicht konstant, sondern zeigt abhängig vom Beitrittsjahr ein Verhältnis von Männern zu Frauen von 1 : 1,16 bis 1 : 1,29 (zum Vergleich: das Verhältnis der versicherten Männer zu den versicherten Frauen in der AOK beträgt 1 : 1,11 für alle Versicherten bzw. 1 : 1,13 für Versicherte über 45 Jahre). Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch die geschlechtsspezifische Prävalenz der Erkrankung, die in den Altersgruppen bis etwa 70 Jahren bei Männern höher ist als bei Frauen, sich in höheren Altersgruppen hingegen in Richtung einer höheren Prävalenz bei Frauen verschiebt.

Aussagen zu den anderen genannten Indikationen sind zurzeit noch nicht möglich, da die entsprechenden Evaluationsberichte noch nicht vorliegen. Abschlussberichte liegen jeweils erst zum Ende des Zulassungszeitraums vor, so dass z. B. für die erst seit Anfang 2006 laufenden Programme für chronische Atemwegserkrankungen in absehbarer Zeit noch nicht mit Ergebnissen zu rechnen ist.

Die indikationsbezogenen DMP-Teilnehmerzahlen lassen sich außerdem geschlechtsspezifisch aus den dem Bundesversicherungsamt von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung für die Berechnung des Risikostrukturausgleiches (RSA) übermittelten Daten erschließen. Daraus ergeben sich folgende gerundete Teilnahmeverteilungen:

	Frauen	Männer
Diabetes mellitus Typ 2	52 %	48 %
Brustkrebs	100 %	0 %
Koronare Herzkrankheit	37 %	63 %
Diabetes mellitus Typ 1	47 %	53 %
Asthma	58 %	42 %
COPD	47 %	53 %
Summe	50 %	50 %

3. Wie beurteilt die Bundesregierung die bestehenden Disease Management Programme hinsichtlich der Über-, Unter- und Fehlversorgung von Frauen beziehungsweise Männern?

Vor Einführung der DMP hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2000/2001 zur medizinischen Über-, Unter- und Fehlversorgung festgestellt, dass insbesondere die Versorgung der besonders behandlungs- und kostenintensiven chronischen Volkskrankheiten gravierende Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefizite aufwies. Beispielsweise hat die Analyse der Diabetesversorgung gezeigt, dass sich die tatsächliche Versorgungssituation der Diabetiker in den letzten 10 Jahren nicht entscheidend verbessert hatte. Medizinische Fortschritte für chronisch Kranke blieben Inselösungen. Daher war es eine Hauptaufgabe aller Akteure im Gesundheitswesen, wissenschaftlich gesicherte Versorgungsstandards und Versorgungskonzepte zügig und flächendeckend umzusetzen. Hierfür wurde die Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme empfohlen, die 2002 mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt wurden, um Über-, Unter und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen abzubauen.

Die DMP bedienen sich in ihrem populationsbezogenen, sektorenübergreifenden und patientenzentrierten Konzept evidenzbasierter Leitlinien und der besten verfügbaren Evidenz zur Verbesserung der Versorgungsqualität chronisch Kranker. Dieser systematische Ansatz führt im Vergleich zur Regelversorgung zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung, von dem in Programme eingeschriebene Frauen wie Männer gleichermaßen profitieren.

Erste Ergebnisse der Evaluation der Programme für Typ 2-Diabetiker geben Hinweise darauf, dass sich die Versorgung der chronisch kranken Patientinnen und Patienten durch die DMP verbessert hat (siehe z. B. auch www.aok-gesundheitspartner.de, Rubrik: DMP; Ullrich et al.: Versorgungsmerkmale des Diabetes mellitus in Disease-Management-Programmen. Diabetes, Stoffwechsel und Herz 6/2007, S. 407 ff.).

Anhand von Daten des Risikostrukturausgleichs über die geschlechtsspezifische Verteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den DMP lässt sich feststellen, dass Frauen in ähnlicher Anzahl in die Programme eingeschrieben sind wie Männer (siehe Antwort zu Frage 2). Hier nutzen also Frauen in gleicher Weise wie Männer die Möglichkeit, durch strukturierte Behandlungsprogramme eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erhalten. Sofern also Defizite hinsichtlich Unter- und Fehlversorgung bei der Behandlung von Frauen bestanden (z. B.

bei Koronarer Herzkrankheit: seltener leitliniengerechte Behandlung bei Frauen und erhebliche Qualitätsdefizite – wie in der angesprochenen Expertise Kuhlmann 2003 konstatiert wurde), ist durch die evidenzbasierte Behandlung im DMP unter Ausrichtung auf den Einzelfall und unter Berücksichtigung des individuellen Risikoprofils davon auszugehen, dass diesen Versorgungsdefiziten insbesondere bei Frauen wirksam begegnet wird und Frauen somit besonders profitieren können.

4. Wie beurteilt die Bundesregierung den Vorschlag, evidenzbasierte Leitlinien und Standards für Disease Management Programme zu entwickeln, die geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigen sowie einen Bewertungsrahmen für geschlechtsspezifische Über-, Unter- und Fehlversorgung bieten (siehe Ellen Kuhlmann 2003: 102)?

Die DMP basieren auf der vorliegenden besten verfügbaren Evidenz und den verfügbaren evidenzbasierten Leitlinien. Zudem ist anzumerken, dass es sich bei den in der RSAV festgelegten Anforderungen an die medizinischen Inhalte strukturierter Behandlungsprogramme weder um detaillierte Leitlinien noch um Richtlinien handelt. Die Anforderungen an die medizinischen Inhalte beschränken sich vor diesem Hintergrund auf grundlegende Aussagen, für die eine hochwertige wissenschaftliche Evidenz zur Verfügung steht und die für die Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme durch das Bundesversicherungsamt verbindlich sind. Daher können diese Anforderungen an die DMP nicht den Umfang von Leit- oder Richtlinien haben.

Allerdings genügt die bisher zur Verfügung stehende Evidenz in der Regel nicht, um genderspezifische evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen in evidenzbasierte Leitlinien aufzunehmen, welche die Grundlage der medizinischen Anforderungen der DMP darstellen. Voraussetzung für die Aufnahme von Empfehlungen in Leitlinien sind entsprechende Studien mit ausreichender methodischer Qualität zur Ermittlung der notwendigen Daten. Dort, wo Evidenz bei für DMP relevanten Fragen vorliegt, wird sie berücksichtigt – zum Beispiel bei den geschlechtsspezifischen Einschreibekriterien für das DMP Koronare Herzkrankheit.

Im Rahmen der regelmäßigen Überprüfung der Inhalte der DMP durch den G-BA prüft dieser dann die zur Verfügung stehende Evidenz auch auf geschlechtsspezifische Aspekte. Durch diese Überprüfung und die daraus resultierende regelmäßige Aktualisierung ist gewährleistet, dass aussagefähige Studienergebnisse zu Genderaspekten – sofern diese zur Verfügung stehen – Eingang in die Behandlungsprogramme finden können.

5. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, ob der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Formulierung der Anforderungen an Disease Management Programmen den Gender Mainstreaming-Ansatz berücksichtigt?

Falls ja, wie sieht diese Berücksichtigung aus?

Falls nein, warum verfügt die Bundesregierung bislang über keine entsprechenden Informationen?

Der G-BA hat in seiner Verfahrensordnung – als verbindliche Grundlage seiner Arbeit (siehe Internetseite des G-BA www.g-ba.de, Rubrik „Die Institution“) – explizit festgelegt, dass „transparente und rechtssichere Entscheidungen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dessen Hinweisen zu Qualität, Versorgungsaspekten von Alter, biologischem und sozialem Geschlecht sowie lebenslagenspezifischen Besonderheiten entsprechen, die berechtigten Interessen der Betroffenen angemessen berücksichtigen und

das Gebot der Wirtschaftlichkeit im Sinne des § 12 Abs. 1 SGB V beachten“, bezweckt werden (vgl. § 1 Abs. 1 der Verfassungsordnung des G-BA).

Es gibt keine Hinweise, dass der G-BA den Gender Mainstreaming-Ansatz bei der Formulierung der Anforderungen für die Disease Management Programme nicht berücksichtigt hätte, soweit Erkenntnisse mit ausreichend hoher wissenschaftlicher Evidenz vorliegen.

Darüber hinaus hat sich der G-BA beispielsweise mit Beschluss vom 19. Dezember 2006 dazu verpflichtet, bei der Formulierung von künftigen Richtlinien-texten und Änderungen von Richtlinien auch sprachlich den Grundsatz der Gleichbehandlung von Frauen und Männern zu beachten.

6. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, ob bei der Konzeption und Umsetzung von Disease Management Programmen, insbesondere bei den durchgeführten Schulungen von Patientinnen und Patienten, Unterschiede in den sozialen Lebenslagen von Frauen und Männern Berücksichtigung finden müssten?

Falls ja, um welche Erkenntnisse handelt es sich?

Falls nein, warum liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor, und was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um entsprechende Informationen in Erfahrung zu bringen?

Um zu gewährleisten, dass die im Rahmen der Disease Management Programme eingesetzten Schulungsprogramme wirksam und effektiv sind, kommen nur Schulungen zum Einsatz, für die in Evaluationsstudien eine Wirksamkeit hinsichtlich der Ziele der DMP nachgewiesen und wissenschaftlich publiziert wurde. So ist beispielsweise explizit gefordert, dass jede Patientin und jeder Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten soll. Patientenschulungen dienen der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Hierbei ist der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V herzustellen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen. Dies schließt u. a. auch die Berücksichtigung genderspezifischer und lebenslagenspezifischer Aspekte bei der Entscheidung über im individuellen Fall durchzuführende Schulungen mit ein.

Sofern in Deutschland Schulungen für die in DMP eingeschlossenen Zielgruppen, in denen die Unterschiede in den sozialen Lebenslagen von Frauen und Männern Berücksichtigung finden, wissenschaftlich evaluiert und publiziert sind, wird der G-BA diese im Rahmen seiner regelmäßigen Überprüfung der inhaltlichen Anforderungen der DMP berücksichtigen.

7. Verfolgen die bestehenden Disease Management Programme auch das Ziel, gesundheitliche Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern herzustellen?

Falls ja, in welcher Form soll dies geschehen (konkrete Beispiele)?

Falls nein, welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um eine Verankerung der gesundheitlichen Chancengleichheit in den Programmen zu forcieren?

Die gesamte Gesundheitspolitik der Bundesregierung (einschließlich der DMP) verfolgt auch das Ziel, gesundheitliche Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern herzustellen. Die im Jahr 2002 gesetzlich eingeführten DMP setzen

insbesondere an den seinerzeit identifizierten Defiziten hinsichtlich Über-, Unter und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen an, um diese gezielt abzubauen. Von diesem systematischen evidenzbasierten Versorgungsansatz der DMP profitieren Frauen und Männer gleichermaßen, insbesondere von dem koordinierten Zusammenwirken der Leistungserbringer, einer abgestimmten, qualitativ hochwertigen Behandlung auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand, und vor allem auch von ihrer aktiven Beteiligung im DMP. Die Patientinnen und Patienten vereinbaren im DMP mit ihrer behandelnden Ärztin oder ihrem behandelnden Arzt individuelle Therapieziele, wobei hierbei auch geschlechtsspezifische Aspekte einfließen. Die Patientinnen und Patienten werden informiert und geschult, so dass sie kompetent und erfolgreich an der Behandlung mitwirken und das Fortschreiten der Erkrankung durch positive Verhaltensänderung beeinflussen helfen.

8. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, wie hoch die Abbrecherquote bei Disease Management Programmen, aufgeschlüsselt nach Frauen und Männern, ist?

Falls ja, aus welchen Gründen brechen Frauen und Männer die Programme vorzeitig ab?

Falls nein, was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um entsprechende Erkenntnisse zu erlangen?

Zur Anzahl der ausgeschriebenen Patientinnen und Patienten liegen erste Ergebnisse aus den Abschlussberichten der gesetzlichen Evaluation der Disease Management Programme für Typ 2-Diabetiker und Patientinnen mit Brustkrebs vor. Nach der bundesweiten Auswertung des AOK-Bundesverbandes zu den Disease Management Programmen für Typ 2-Diabetiker zeigen sich keine relevanten Unterschiede bezüglich des Geschlechts. Die Gesamtabbrecherquote verringert sich im betrachteten Zeitverlauf deutlich. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass insbesondere in der Anfangszeit der DMP oft ungewollte Ausschreibungen und Wiedereinschreibungen vorkamen, meist aus formalen Gründen aufgrund von Problemen in den Datenstellen (die z. B. zur Verfristung und damit zur Ungültigkeit von Dokumentationen führten). Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurden diesbezügliche Vereinfachungsmaßnahmen umgesetzt, um die Gefahr ungewollter Ausschreibungen zu verringern.

Nicht verkannt werden darf aber, dass die strukturierten Behandlungsprogramme ein freiwilliges Versorgungsangebot in der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Versicherte, die die medizinischen Einschreibekriterien erfüllen, können sich freiwillig in ein DMP einschreiben. Die Versicherten können auch jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – ihre Teilnahme wieder beenden. Wegen der Freiwilligkeit der Programmteilnahme werden die Gründe für die Beendigung eines DMP seitens der Patientin oder des Patienten grundsätzlich nicht für die Auswertung des DMP erhoben und dokumentiert, somit auch nicht geschlechtsspezifisch. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte haben jedoch selbstverständlich die Möglichkeit, ihre Patientin oder ihren Patienten nach dem individuellen Abbruchgrund zu fragen und diesen ggf. mit ihm zu besprechen.

9. Wie beurteilt die Bundesregierung die Instrumente Gender Impact Assessment und Gender Based Analysis und deren Einsatz für die Weiterentwicklung geschlechtergerechter Disease Management Programme?

Wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklung der DMP werden die Ergebnisse der gesetzlichen Evaluation dieses Versorgungsmodells sein. Die Evalua-

tion ist primär darauf ausgerichtet, die Programme verschiedener Krankenkassen diagnosebezogen zu vergleichen, da auf deren Grundlage die Verlängerung der Zulassung eines Programms erfolgt. Im Übrigen sind DMP nicht als Instrumente einer Versorgungsforschung konzipiert.

Zur Evaluation der DMP hat das Bundesversicherungsamt gemeinsam mit seinem wissenschaftlichen Beirat methodische Kriterien vorgegeben und auf seiner Internetseite veröffentlicht (www.bundesversicherungsamt.de, Stichwort „Fachinformationen – Disease Management Programme“). Die Kriterien sind aufgliedert in die Evaluation der medizinischen Inhalte, der ökonomischen Inhalte und der Veränderungen der subjektiven Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. Bei der Evaluation werden beispielsweise mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede im Rahmen der so genannten Risikoadjustierung berücksichtigt. Hierbei werden alle erfassten Werte daraufhin statistisch untersucht, ob sie einen Einfluss auf die Evaluationsergebnisse haben. Ist das der Fall, werden sie im Rahmen der Berechnung der risikoadjustierten Werte berücksichtigt. Dazu gehört selbstverständlich das Geschlecht der Patientinnen und Patienten. Um einen Vergleich der DMP untereinander zu ermöglichen, werden die Evaluationsergebnisse anhand der errechneten Einflussgrößen standardisiert und die Einflussgrößen gehen in sog. regressionsanalytische Verfahren ein. Der Einfluss von geschlechterspezifischen Aspekten wird also berücksichtigt werden, da sie im Rahmen der statistischen Analyse Einfluss auf das Ergebnis der Risikoadjustierung nehmen.

Aufbauend auf den Ergebnissen dieser ersten abschließenden (derzeit noch laufenden) Evaluationen wird auch (vom zuständigen Bundesversicherungsamt und seinem hierfür einberufenen wissenschaftlichen Beirat) zu prüfen sein, wie zukünftig die Evaluationskriterien für die DMP weiterentwickelt werden können.