

Gesundheitsökonomische Evaluationen in der Geburtshilfe: Ressourcenallokation zwischen Bedarf und Bedürfnis der Gebärenden

Nina Knappe, Manfred Haubrock

Stiftung Fachhochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Verbund Hebammenforschung im Pflegeforschungsverbund NRW, Projekt B9

hebammenforschung@fh-osnabrueck.de

Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Förderkennzeichen 01 GT 0616

Hintergrund und Ziele

Hebammenkreißsäle stellen in Deutschland seit 2003 ein ergänzendes Angebot für die klinische Geburtshilfe dar. Dieses Kreißsaalmodell wird von erfahrenen Hebammen eigenverantwortlich geleitet und ermöglicht Low-Risk Gebärenden von einer Hebamme während der Geburt im klinischen Setting begleitet zu werden. In der internationalen Forschung weisen randomisierte Studien niedrige Interventionsraten bei gleichzeitig gutem Outcome für Mutter und Kind für dieses Versorgungskonzept aus [7, 10]. In diesem Forschungsprojekt wird erstmals die Effizienz der Versorgungsmodelle „übliches Kreißsaalmodell“ und „Hebammenkreißsaal“ in Deutschland evaluiert. Die Studie erfolgt in enger Kooperation mit dem Forschungsprojekt *Multicenter-Studie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal*.

Forschungsfragen

Wie effizient arbeitet eine geburtshilfliche Abteilung mit einem üblichen Kreißsaal und einem Hebammenkreißsaal?

- Unterscheidet sich die Betreuungsqualität in den Modellen bei annähernd identischen Kosten?
- Sinken die Kosten bei gleich bleibender Versorgungsqualität?
- Bedeutet ein Absenken der Interventionsraten auch ein Absenken der Kosten?
- Wie bewerten die Gebärenden die beiden Versorgungsmodelle monetär?
- Verändern sich die Kosten in den Kreißsälen aufgrund des Erfahrungszuwachses der Akteure im Beobachtungszeitraum?
- Wie stellt sich die Effizienz der Versorgungsangebote aus unterschiedlichen Perspektiven (der Nutzerinnen/ der Kostenträger/ der Leistungserbringer) dar?

Forschungsdesign

- Prospektive kontrollierte multizentrische Interventionsstudie
- Ethische Kriterien:
 - Geprüft und bewilligt durch die Ethikkommissionen der Ärztekammern Bremen und Hamburg sowie der Landesärztekammer Baden-Württemberg
- Einhaltung der GCP-Richtlinien und der Deklaration von Helsinki
- Piggy-back designed
- Kosten/Nutzen- und Kosten/Wirksamkeitsanalyse
- **Erhebungszeitraum**
 - September 2007 bis August 2009
- **Stichprobengröße:**
 - 750 Low-Risk-Frauen (jeweils 375 Frauen in der Interventions- sowie in der Kontrollgruppe)
- **Erhebungsinstrumente:**
 - t1 Fragebogen in der Schwangerschaft „Wahlmöglichkeiten in der klinischen Geburtshilfe“ (Eigenentwicklung in Anlehnung an Donaldson et al. [3])
 - t2 Zeiterfassungsbogen (Eigenentwicklung)
 - t3 Korrespondierende Auswertung der Geburtsdokumentation der Multicenter-Studie
 - t4,5 Postalische Befragung der Frauen acht Wochen und sechs Monate nach der Geburt (Entwicklung in Kooperation mit der Multicenter-Studie)
- **Auswertungsstrategie:**
 - Intention-to-Treat

LITERATUR:
BRAZIER, J.; USHERWOOD, T.; HARPER, R.; GANDEK, B.: Deriving a preference-based single index from the UK SF-36 Health Survey. In: Journal of Clinical Epidemiology, 1998, 51, 11, S.1115-1128. [1]
DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT: Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten. Version 3.0. 2007. o.O. [2]
DONALDSON, Cam; HUNDLEY, Vanora; MAPP, Tracy: Willingness to pay: A method for measuring Preferences for maternity care? In: BIRTH, 1998, 25. Jg., H. 3, S. 32-39. [3]
DRUMMOND, Michael F.; SCULPHER, Mark J.; TORRANCE, George W.: Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Third Edition. New York (Oxford University Press) 2005. (= Oxford Medical Publications) [4]
EUROQOL-GROUP: www.euroqol.org [5]
GREINER, Wolfgang: Die Berechnung von Kosten und Nutzen. Aus: Schöffski, Oliver; Schulenburg, J.-Matthias von der (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 3., überarbeitete Auflage. Berlin (Springer) 2007. S. 49-64. [6]
HATEM, M.; HODNETT, ED.; DEVANE, D.: Midwifery-led versus other models of care delivery for childbearing women. Protocol for a Cochrane Review. 2003. [7]
HAUBROCK, Manfred; WAHN, U.; FARTASCH, M.: Modellvorhaben zur besseren Vorsorge und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit atopischen Ekzemen (Neurodermitis). Ein nationales, prospektives Multicenterprojekt zur Entwicklung und Erprobung eines standardisierten Patientenschulungsprogramms. Abschlussbericht Band 1. Berlin. 2003. [8]
HENDERSON, J.; MCCANDLISH, R.; KUMIEGA, L.: Systematic review of economic aspects of alternative models of delivery. In: BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2001, H. 108, S. 149-157. [9]
HUNDLEY, Vanora A.; DONALDSON, Cam; LANG, Gordon D.: Costs of intrapartum care in a midwife-managed delivery unit and a consultant-led labour ward. In: Midwifery, 1995, H. 11, S. 103-109. [10]
RYAN, Mandy; RATCLIFFE, Julie; TUCKER, Janet: Using Willingness To Pay to value alternative models of antenatal care. In: Social Science Medical, 1997, H. 3, S. 371-380. [11]
SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ausführliche Zusammenfassung. Gutachten 2000/2001 o.O. 2001. [12]
WHO TECHNICAL WORKING GROUP: Safe Motherhood. Care in normal birth: a practical guide. Geneva 1996. [13]

Methodenberatung:
Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld,
Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

Operationalisierung der Kosten, Nutzen und Wirksamkeiten

Operationalisierung der Kosten

- Standardisierbaren Teilprozessen werden die entsprechenden Personal- und Sachkosten zugeordnet.
- Nicht standardisierbare Teilprozesse erhalten eine Personalkostenzuordnung über eine Zeiterfassung der beteiligten Berufsgruppen sowie eine detaillierte Zuordnung von Sachkosten nach erfolgter ABC-Analyse.

Operationalisierung des Nutzens:

- Der Nutzen setzt sich aus dem Einsparpotential der Versorgungsalternativen und dem subjektiven Nutzen der Gebärenden zusammen, welcher über die Contingent Valuation-Methode monetär zum Ausdruck gebracht wird.
- Kosten als auch Nutzen lassen sich somit in Euro-Beträgen formulieren und berechnen.

Operationalisierung der Wirksamkeit:

- Medizinische maternale und kindliche Outcome-Parameter
- Einschätzung der physischen und psychischen Gesundheit durch die Frauen
- Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit einem generischen Indexinstrument (SF-6D oder EQ-5D) [1,5]
- Die Darstellung der Wirksamkeit erfolgt einerseits im speziellen geburtshilflichen Versorgungskontext als auch krankheits- bzw. gesundheitsübergreifend

Studienziele

Gesundheitsökonomische Evaluationen bieten das Potential, den objektiven Bedarf in der geburtshilflichen Versorgung als auch den gesellschaftlichen Bedarf und die subjektiven Bedürfnisse festzustellen.

Diese Analyse erfolgt in optimaler Weise aus der Perspektive der Gesellschaft, der Leistungserbringer und der Kostenträger. Die Unterstützung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Ressourcenallokation in der Geburtshilfe soll durch diese Studie gestützt werden.

Teilnehmende Kliniken

1. Asklepios Klinik Barmbek

Chefarzt Prof. Dr. med. B.-J. Hackelöer
Leit. Hebammen Frau C. Tullius und Frau J. Ubben

2. Asklepios Klinik Harburg

Chefarzt Dr. med. V. Maaßen
Leit. Hebammen Frau R. Meyer und Frau A. Kriesch

3. Klinikum Bremerhaven Reinkenheide

Chefarzt Prof. Dr. med. W. Friedmann
Leit. Hebammen Frau A. Chamiec und Frau A. Benecke

4. Klinikum Stuttgart

Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. U. Karck
Leit. Hebammen Frau A. Bosch und Frau E. Lochstampfer