

# Gesundheitsökonomische Evaluationen in der Präventionsforschung: Kosten/Nutzen- und Kosten/Wirksamkeitsanalysen alternativer geburtshilflicher Versorgungsformen

Knape Nina, Haubrock Manfred

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 ausschließlich von einer Hebamme während der Geburt im klinischen Setting betreut 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 gleichbleibender Versorgungsqualität?
- Bedeutet ein Absenken der Interventionsraten auch ein Absenken der Kosten?
- Wie bewerten die Gebärenden die beiden Versorgungsmodelle?
- 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?

## Ethische Maßstäbe

- 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

## 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

## Diskussion

Die Perspektive der Gebärenden wird in diesem Forschungsprojekt über die Methoden der Contingent Valuation und die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität fokussiert.

Die Evaluation der Kosten-Wirksamkeit über den kurzfristigen Versorgungshorizont der Geburt hinaus bis zum sechsten Monat p.p., ermöglicht die Berücksichtigung präventiver Aspekte der Versorgungsmodelle.

Methodenberatung:

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

## Forschungsdesign

- Prospektive kontrollierte multizentrische Interventionsstudie
- 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:**
  - t<sub>1</sub> Fragebogen in der Schwangerschaft „Wahlmöglichkeiten in der klinischen Geburtshilfe“ (Eigenentwicklung in Anlehnung an Donaldson et al. [3])
  - t<sub>2</sub> Zeiterfassungsbogen (Eigenentwicklung)
  - t<sub>3</sub> Korrespondierende Auswertung der Geburtsdokumentation der Multicenter-Studie
  - t<sub>4,5</sub> Postalische Befragung der Frauen acht Wochen und sechs Monate nach der Geburt (Entwicklung in Kooperation mit der Multicenter-Studie)

## Operationalisierung der Kosten, Nutzen und Wirksamkeiten

### Operationalisierung der Kosten

- Nach erfolgter Prozessanalyse werden die Möglichkeiten der Standardisierung von Teilprozessen geprüft. Diesen Teilprozessen werden die Personal- und Sachkosten entsprechend zugeordnet. Nicht standardisierbare Teilprozesse erhalten eine Personalkostenzuordnung über eine Zeiterfassung der beteiligten Berufsgruppen sowie eine detaillierte Zuordnung von Sachkosten nach erfolgter ABC-Analyse.

### Operationalisierung der Nutzen:

- Der Nutzen setzt sich aus dem Einsparpotential der Versorgungsalternativen zusammen und dem subjektiven Nutzen der Gebärenden, 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 Wirksamkeiten:

- Medizinische maternale und kindliche Outcome-Parameter
- Einschätzung der physischen und psychischen Gesundheit durch die Frauen
- Stilldauer
- Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit einem generischen Indexinstrument (SF-6D oder EQ-5D) [1,5]

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 KRANKENHAUSEGELLESCHAFT: 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]  
EURODOL-GROUP: www.eurodol.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 Versorgung 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]