

»Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«

Tagung vom 26.–28. März 2009 in Halle (Saale)

**Methodische Überlegungen zur  
gesundheitsökonomischen Evaluation verschiedener  
Betreuungskonzepte in der Geburtshilfe**

*Nina Knape, Manfred Haubrock und Friederike zu Sayn-Wittgenstein*

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER & MARIA GIRBIG

8. JAHRGANG

ISSN 1610-7268

**22**

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L<sup>A</sup>T<sub>E</sub>X 2<sub>ε</sub> in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 2. Juli 2009p

#### IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens  
Redaktion & Gestaltung: Dr. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft · German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4454 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail [gero.langer@medizin.uni-halle.de](mailto:gero.langer@medizin.uni-halle.de)

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610-7268

Alle Rechte vorbehalten.p

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

## Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	7
2	Studienziele	7
3	Methodisches Vorgehen	7
3.1	Methodik der Kostenermittlung . . . . .	8
3.2	Methodik der Nutzenermittlung . . . . .	8
3.3	Methodik der Wirksamkeitsermittlung . . . . .	9
3.4	Methodik der Nutzwertermittlung . . . . .	10
4	Schlussfolgerung	10
5	Ethische Kriterien und Förderung	10
	Literatur	11

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Vor dem Hintergrund der deutschen Sozialgesetzgebung und der Installation von Institutionen wie dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), steigt der Bedarf an gesundheitsökonomischen Evaluationen. Versorgungsformen im Gesundheitswesen sollen vergleichend bewertet werden können, um die Effektivität und Effizienz der Angebote darstellen zu können (SVR 2000/2001). Gesundheitsökonomische Evaluationen bieten die Möglichkeit, den Nutzen sowie die Qualität von Versorgungsangeboten mit den entstehenden Kosten ins Verhältnis zu setzen. Diese Effekte werden aus den Perspektiven der Gesellschaft, der Nutzer, der Kostenträger und der Leistungserbringer gemessen.

Die steigenden Interventionsraten in der bundesdeutschen Geburtshilfe, wie beispielsweise der Anstieg der Sectiorate von 18 Prozent im Jahre 1995 auf nahezu 30% im Jahre 2006 (destatis 2007) sowie die hohe Arbeitsverdichtung in den Kreißsälen führten zu einer Diskussion über das alternative Betreuungskonzept Hebammenkreißaal. International weist dieses Betreuungskonzept eine Geburtshilfe mit hoher Betreuungskontinuität und signifikant weniger medizinische Interventionen auf (Hatem et al. 2008).

14 Jahre nach Gründung der ersten europäischen Hebammenkreißsäle wurde das Versorgungskonzept Hebammenkreißaal als ergänzendes Betreuungsangebot in Deutschland im Jahre 2003 erstmalig umgesetzt. Mittlerweile sind fünf Hebammenkreißsäle in Deutschland implementiert und weitere in der konkreten Umsetzung oder Planung. Die gesundheitsökonomische Evaluation dieses Konzeptes wurde 2007 begonnen und wird 2009 ihren Abschluss finden. Erste Ergebnisse der Studie werden 2010 veröffentlicht.

**Studienziele:** Die Studie setzt die qualitativen Aspekte der Versorgungsangebote, übliches Kreißaalmodell und Hebammenkreißaal, zu den entstehenden Kosten ins Verhältnis. Es wird evaluiert, ob mit dem Betreuungskonzept Hebammenkreißaal eine

erhöhte Betreuungskontinuität, ein Absenken der Interventionsrate sowie ein Absenken der Kosten in Deutschland erzielt werden kann.

**Methodisches Vorgehen:** Das Studiendesign ist prospektiv kontrolliert und multizentrisch angelegt. Die Studienteilnehmerinnen werden über einen Kriterienkatalog als Low-Risk-Schwangere identifiziert. Danach entscheiden sie sich für das übliche Kreißsaalmodell oder den Hebammenkreißsaal (n=750). Die Auswertungsmethode ist Intention-To-Treat. Die Kosten der beiden Kreißsaalmodelle werden im Rahmen einer Prozesskostenrechnung ermittelt. Die Personalbindung der beteiligten Berufsgruppen wird mit einem Zeiterfassungsbogen dokumentiert, während die Ressourcenverbräuche über eine selbstentwickelte Geburtsdokumentation identifiziert werden.

Die Präferenzen der Frauen werden mittels eines Willingness-to-pay Fragebogens (Donaldson et al. 1998) in der Schwangerschaft und nach der Geburt (8 Wochen und 6 Monate post partum) ermittelt. Die Effektivität der Betreuung wird in einer Geburtsdokumentation, welche Variablen des mütterlichen und kindlichen Outcomes berücksichtigt, evaluiert. Die Fragebögen acht Wochen und sechs Monate nach der Geburt erheben die gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Mit den Erhebungsinstrumenten SF-36 (Brazier 1998) und EQ-5D (EuroQol 1990) wird die Realisierung einer Nutzwertanalyse ermöglicht. Die methodischen Überlegungen werden in dem Vortrag/Poster detailliert dargestellt.

**Schlussfolgerung:** Die Verwendung des Willingness-to-pay Fragebogens, der Geburtsdokumentation und des SF-36 sowie EQ-5D ermöglicht die Auswertung nach drei unterschiedlichen gesundheitsökonomischen Evaluationsmethoden. So kann mit diesen Daten sowohl eine Kosten-/Nutzenanalyse, eine Kosten-/Wirksamkeitsanalyse als auch eine Kosten-/Nutzwertanalyse durchgeführt werden. Dies ermöglicht die Einnahme unterschiedlicher Blickwinkel, der Nutzerinnenperspektive, der Kostenträgerperspektive und der Perspektive der Leistungserbringer.

**Ethische Kriterien:** Die Studie wurde von den Ethikkommissionen der Länder der Studienstandorte Hamburg-Harburg, Hamburg-Barmbek, Bremerhaven-Reinkenheide und Stuttgart/Bad Cannstatt bewilligt. Sie entspricht den Vorgaben von »Good Clinical Practice«.

**Förderung durch:** Bundesministerium für Bildung und Forschung

---

---

## Methodological aspects of health economic evaluation in childbirth

### Abstract

**Background:** Arising costs in the social security system financed through contributions as well as a lack of evidence based practice are obvious in the German health system. Therefore the legal framework requires health economic studies.

Regarding maternal health, the caesarean rate is increasing rapidly in Germany from 18% in 1995 to 30% in 2006 (destatis 2007). Apart from detrimental health effects for women and children, rising medical intervention rates cause growing costs. The concept

of midwife-led care is discussed as an option to decrease these rates and to cause more continuity of care (Hatem 2008). The first German midwife-led unit was opened 2003.

**Aims and Objectives:** The study includes a cost-benefit, cost-effectiveness and cost-utility analysis. The study compares midwife-led care with consultant-led care. Costs will be related to quality of care. Evaluation will show if midwife-led units are an option to lower costs and/or to decrease intervention rates and support continuity of care.

**Methods:** The study is piggy-back designed and is accompanied by a multicentre trial, which is designed as a prospectively controlled study (n=750) comparing low-risk women receiving consultant-led care and midwife-led care.

Costs were derived from activity-based-costing in the labour room. A time registration was designed to analyze how long professionals were involved in the process of labour.

Birth documentation was developed to register intervention and outcome parameter and to evaluate the expenditures on material.

Preferences are measured by Contingent Valuation, in detail with a closed-ended Willingness-to-pay questionnaire (WTP) in pregnancy (t1). The expression of individual preferences by childbearing women and the consideration of savings are defined as benefit. Eight weeks (t2) and six months postpartum (t3) women were asked once more about potentially changing WTP and about their health related quality of life with SF-36 and EQ-5D. Moreover, they were asked about the individual health effects to measure effectiveness.

**Start and end date of study:** February 2007-January 2010

**Ethical issues:** The study strictly adhered to »Good Clinical Practice«.

**Funding source:** Federal Ministry of Education and Research

---

---

## Schlagworte

- Gesundheitsökonomische Evaluationen
- Health economic evaluation
- Kosten-Nutzen-Analyse
- cost benefit analysis
- Contingent Valuation
- Contingent Valuation
- Willingness-to-pay
- Willingness-to-pay
- gesundheitsbezogene Lebensqualität
- health related quality of life (HRQoL)

---

---

## Über die Autoren

Nina Knappe, Hebamme und Dipl.-Kauffrau (FH) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Verbund Hebammenforschung an der Fachhochschule Osnabrück, Forschungsprojekt

Kosten-Nutzen-, Kosten-Wirksamkeitsanalysen verschiedener Versorgungsangebote in der Geburtshilfe.

Prof. Dr. Manfred Haubrock ist Professor für Allgemeine Betriebswirtschaft, Gesundheits- und Sozialmanagement sowie Gesundheitsökonomie. Beauftragter für den Studiengang Gesundheits- und Sozialmanagement und den Studiengang MBA »Gesundheitsmanagement/Health Management« an der Fachhochschule Osnabrück. Forschungsschwerpunkte sind ökonomische Evaluationen, Integrierte Versorgung sowie der Bereich des Pflege- und Gesundheitsmanagements.

Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein ist Professorin für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt familien- und frauenorientierte Gesundheitsversorgung an der Fachhochschule Osnabrück, wissenschaftliche Leitung des Verbund Hebammenforschung. Forschungsschwerpunkt sind die Entwicklung von Instrumenten und Versorgungskonzepten in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit



## 1 Hintergrund

Vor dem Hintergrund der deutschen Sozialgesetzgebung und der Installation von Institutionen wie dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), steigt der Bedarf an gesundheitsökonomischen Evaluationen. Versorgungsformen im Gesundheitswesen sollen vergleichend bewertet werden können, um die Effektivität und Effizienz der Angebote darstellen zu können (SVR 2000/2001). Gesundheitsökonomische Evaluationen bieten die Möglichkeit, den Nutzen sowie die Qualität von Versorgungsangeboten mit den entstehenden Kosten ins Verhältnis zu setzen.

Diese Effekte werden aus den Perspektiven der Gesellschaft, der Nutzer, der Kostenträger und der Leistungserbringer gemessen.

Die steigenden Interventionsraten in der bundesdeutschen Geburtshilfe, wie beispielsweise der Anstieg der Sectiorate von 18 Prozent im Jahre 1995 auf nahezu 30% im Jahre 2006 (destatis 2007) sowie die hohe Arbeitsverdichtung in den Kreißsälen führten zu einer Diskussion über das alternative Betreuungskonzept Hebammenkreißaal. International weist dieses Betreuungskonzept eine Geburtshilfe mit hoher Betreuungskontinuität und signifikant weniger medizinische Interventionen auf (Hatem et al. 2008).

14 Jahre nach Gründung der ersten europäischen Hebammenkreißsäle wurde das Versorgungskonzept Hebammenkreißaal als ergänzendes Betreuungsangebot in Deutschland im Jahre 2003 erstmalig umgesetzt. Mittlerweile sind sechs Hebammenkreißsäle in Deutschland implementiert und weitere in der konkreten Umsetzung oder Planung.

Die gesundheitsökonomische Evaluation dieses Konzeptes wurde 2007 begonnen und wird 2009 ihren Abschluss finden. Erste Ergebnisse der Studie werden 2010 veröffentlicht.

## 2 Studienziele

Die Studie setzt die qualitativen Aspekte der Versorgungsangebote, übliches Kreißaalmodell und Hebammenkreißaal, zu den entstehenden Kosten ins Verhältnis.

Es wird evaluiert, ob mit dem Betreuungskonzept Hebammenkreißaal eine erhöhte Betreuungsintensität, ein Absenken der Interventionsrate sowie ein Absenken der Kosten in Deutschland erzielt werden kann.

## 3 Methodisches Vorgehen

Das Studiendesign ist prospektiv kontrolliert und multizentrisch angelegt. Die Studienteilnehmerinnen werden über einen Kriterienkatalog als Low-Risk-Schwangere identifiziert. Danach entscheiden sie sich für das übliche Kreißaalmodell oder den Hebammenkreißaal (n=750).

Die Auswertungsmethode erfolgt nach Intention-To-Treat.

### 3.1 Methodik der Kostenermittlung

Während unterschiedliche internationale Studien (z. B. Tracy & Tracy 2003) die Kostenentwicklung auf Seiten der Kostenträger für Low-Risk-Gebärende untersucht haben und die DRG-Kosten einer großen Kohorte abbilden können, mangelt es aktuell an einer Kostenermittlung, die den tatsächlichen Aufwand der Leistungserbringer im deutschen Gesundheitssystem abbilden kann.

Für das Forschungsprojekt werden daher die Kosten der beiden Kreißsaalmodelle im Rahmen einer Prozesskostenrechnung ermittelt. Die Personalbindung der beteiligten Berufsgruppen wird mit einem Zeiterfassungsbogen dokumentiert, während die Ressourcenverbräuche über eine selbstentwickelte Geburtsdokumentation (in Anlehnung an Sayn-Wittgenstein et al. 2005) identifiziert werden. Dieser Aufwand in der Datenerhebung hat zum Ziel, die Perspektive der Leistungserbringer hinsichtlich der Kostensituation einnehmen zu können. Die Aussagekraft der Kostendaten ist jedoch begrenzt, da auf die Ist-Daten der Kliniken zurückgegriffen wird. Ein Soll hinsichtlich gewisser Strukturmerkmale – wie beispielsweise dem Personalstand – wurde nicht vorgegeben oder berechnet. Die Daten können perspektivisch die Diskussion bereichern, wie sich Interventionen oder die konsequente Umsetzung der Betreuungskontinuität auf die Kostenentwicklung im Krankenhaus auswirken.

### 3.2 Methodik der Nutzenermittlung

Die Präferenzen der Frauen werden mittels eines Willingness-to-pay Fragebogens (in Anlehnung an Donaldson et al. 1998) in der Schwangerschaft und zu zwei Zeitpunkten nach der Geburt (8 Wochen und 6 Monate post partum) ermittelt. Dieses Instrument – welches der Methodik der Contingent Valuation zugeordnet wird – erhebt die Zahlungsbereitschaft der Frauen für das Modell ihrer Wahl. Es ist eine von wenigen Methoden, um eine Kosten-Nutzen-Betrachtung vervollständigen zu können, da der Nutzen der Gebärenden hier in monetären Einheiten über die Zahlungsbereitschaft abgefragt wird. Contingent Valuation wird seit über 40 Jahren eingesetzt. Seit der Jahrtausendwende existieren mehr als 2000 Veröffentlichungen zu diesem Thema (Carson 2000), insbesondere für das Transportwesen und den Umweltschutz – für den Gesundheitssektor jedoch weitaus weniger (Donaldson 1998). Die Anzahl der internationalen Veröffentlichungen in der Gesundheitsökonomie zu der Thematik Contingent Valuation ist zunehmend (Diener et al 1998, Olsen & Smith 2001) doch die Nutzung ist für eine Kosten-Nutzen-Analyse bislang, insbesondere in Deutschland, kaum verbreitet.

Bei dieser Methode wird vorausgesetzt, dass in vielen Entscheidungsprozessen eine implizite Bewertung von Effekten hinsichtlich der Lebensqualität durch die Nutzerinnen der Versorgungskonzepte vorgenommen wird, ohne dass diese sich dieser Tatsache bewusst sind. Die Aufdeckung dieser unbewussten Präferenzen ermöglicht die Komplettierung der Kosten-Nutzen-Analyse, deren eindimensionales Zielsystem einfordert, jegliche Kosten und Nutzen in einen monetären Ausdruck zu bringen. Der individuelle Nutzen einer Maßnahme wird über das Aufdecken der persönlichen Präferenzen ermöglicht.



Der subjektive Nutzen einer Sache muss nicht stets objektivierbar sein oder einem definierten Konzept oder Konstrukt entsprechen. In den USA wird der subjektive Nutzen als Passiv-use value oder intrinsischer Wert bezeichnet (Drummond 2005).

Schottische Autoren beschreiben darüber hinaus die mögliche Bewertung der „Process utility“ (Currie et al. 2002) und implizieren in der Befragung die Bewertung des Versorgungsprozesses. Dies ist eine weitere Begründung für die Auswahl dieser Methode für die Beantwortung der Forschungsfragen ebenso wie das implizite Messen von Attributen wie Sicherheit und Informiertheit, die beste Entscheidung für das Ungeborene und sich zu treffen sowie Betreuungskontinuität (Ryan et al. 1997). Die Fragestellung impliziert demnach die o.g. komplexen Konstrukte, ohne diese konkret zu befragen oder zu erklären. Dies ist auch nicht die Absicht dieses Ansatzes. Die Nutzen-Bewertung über den Willingness-to-Pay Ansatz ist monetärer und subjektiver Art und bedarf keiner expliziten Differenzierung nach theoretischen Konstrukten.

Die Contingent Valuation sind in Deutschland bislang noch nicht im geburtshilflichen Bereich eingesetzt worden und die drei Befragungszeitpunkte für eine identische Stichprobe (vier Wochen vor und acht Wochen sowie sechs Monate nach der Geburt) sind auch international nicht beschrieben worden. Eine zweite Befragung von Frauen zu ihrer subjektiven Zahlungsbereitschaft acht Wochen nach der Geburt ist international einmalig beschrieben worden (Van Duong et al 2005), in einem nicht vergleichbaren Setting und mit einem nicht vergleichbaren Studienkollektiv (ländliches Vietnam). Auch wurden in dieser Studie drei unterschiedliche Sample befragt und nicht das gleiche Sample vor und nach der Geburt.

Daher bieten die drei Befragungen in der aktuellen Studie ein erhebliches Potential, die Präferenzen von Frauen in der westeuropäischen Hemisphäre differenziert vor und nach der Geburtserfahrung in einem der Betreuungsmodelle darzustellen.

Der Gewinn dieser Methode ist die monetäre Erfassung des Nutzens und damit die Durchführbarkeit einer vollständigen Kosten-Nutzen-Analyse.

### **3.3 Methodik der Wirksamkeitsermittlung**

Für die Kosten-Wirksamkeits-Analyse werden Wirksamkeits-Parameter definiert

Die Effektivität der Betreuung wird in einer Geburtsdokumentation, welche Variablen des mütterlichen und kindlichen Outcomes berücksichtigt, evaluiert. Damit wird die Wirksamkeit des Betreuungskonzeptes anhand von Parametern analysiert, die das physische und psychische Wohlbefinden der Mutter abbilden. Aus geeigneten, verbreiteten und validierten Scores, wie dem APGAR-Score sowie anerkannten Outcomeparametern werden Endpunkte für die statistische Auswertung gebildet, um die Wirksamkeiten in der Interventionsgruppe und in der Kontrollgruppe zu bewerten.

Im Unterschied zur Kosten-Nutzwert-Analyse ist diese Evaluationsform geeignet geburtshilflich spezifische Instrumente wie beispielsweise den Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox et al. 1987) einzusetzen. Es handelt sich hierbei um ein Screeninginstrument, welches die betreuenden Akteure sensibilisiert, frühe Hilfen bei einer möglichen Wochenbettdepression einzuleiten.

Allerdings ist mit der Kosten-Wirksamkeits-Analyse eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Gesundheitsbereiche nicht möglich, da sie nur direkt vergleichend innerhalb der Studie verwendet werden können.

### **3.4 Methodik der Nutzwertermittlung**

Die Kosten-Nutzwert-Analyse hingegen hat die Zielsetzung, gebietsübergreifend die Effizienz vergleichen zu können. Dementsprechend werden – um Nutzwerte generieren zu können – generische Instrumente eingesetzt, welche die Lebensqualität vergleichend bewerten können.

Die Fragebögen acht Wochen und sechs Monate nach der Geburt erheben die gesundheitsbezogen Lebensqualität (HRQoL). Mit den Erhebungsinstrumenten SF-36 (Short Form 36 Questionnaire) und EQ-5D (EuroQol 1990) wird die Realisierung einer Nutzwertanalyse ermöglicht. Diese beiden Instrumente zeichnen sich durch einen vielfältigen Einsatz im nationalen und internationalen Bereich aus. So wurde mittels des Bundes-Gesundheitssurvey 1989 der Einsatz des SF-36 in Deutschland erprobt und eine Normstichprobe für die erwachsene Bevölkerung in Deutschland erhoben. Der SF-36 wird für die gesundheitsökonomische Verwendung in den SF-6D umgewandelt. Der SF-6D (Brazier 1998) ist ebenso wie der EQ-5D ein Index-Instrument. Dies bedeutet, dass jedem Gesundheitszustand ein Referenzwert hinterlegt wird. Mit diesen Referenzwerten und den Kosten werden sog. QALYS, also ein Quotient aus Kosten und Indexwert der Lebensqualität (Konzept der qualitätskorrigierten Lebensjahre), realisiert. Eine Kosten-Nutzwertanalyse kann durchgeführt werden, insofern sich diese generischen Instrumente als sensitiv genug für die Geburtshilfe erweisen.

## **4 Schlussfolgerung**

Die Verwendung des Willingness-to-pay Fragebogens, der Geburtsdokumentation und des SF-36 sowie EQ-5D realisiert die Auswertung nach drei unterschiedlichen gesundheitsökonomischen Evaluationsmethoden. So kann mit diesen Daten sowohl eine Kosten-/Nutzenanalyse, eine Kosten-/Wirksamkeitsanalyse als auch eine Kosten-/Nutzwertanalyse durchgeführt werden. Dies ermöglicht die Einnahme unterschiedlicher Blickwinkel, der Nutzerinnenperspektive, der Kostenträgerperspektive und der Perspektive der Leistungserbringer.

## **5 Ethische Kriterien und Förderung**

Die Studie wurde von den Ethikkommissionen der Länder der Studienstandorte Hamburg-Harburg, Hamburg-Barmbek, Bremerhaven-Reinkenheide und Stuttgart/Bad Cannstatt begutachtet. Sie entspricht den Vorgaben von »Good Clinical Practice«.

Förderung durch Bundesministerium für Bildung und Forschung.

## Literatur

- BRAZIER, J., USHERWOOD, T., HARPER, R., THOMAS, K.: Deriving a Preference-Based Single Index from the UK SF-36 Health Survey', *Journal of clinical Epidemiology*, vol. 51, no. 11, pp. 1115- 1128, 1998
- CARSON, R.: Contingent Valuation: A User's Guide. *Environ Sci. Technol.* Band 34 (8): 1413-1418, 2000
- COX, J., HOLDEN, J., SAGOVSKY, R.: Detection of postnatal depression. Development of the 10- Item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry.* Band 150: 782-786, 1987
- CURRIE, G. R., DONALDSON, C., O'BRIEN, B. J., STODDART, G. L., TORRANCE, G. W., DRUMMOND, M. F.: Willingness to pay for what? A note on alternative definitions of health care program benefits for contingent valuation studies. *Medical Decision Making.* Band 22 : 493-497, 2002
- DIENER, A., O'BRIEN, B., GAFNI, A.: Health care contingent valuation studies: a review and classification of the literature. *Health Economics.* Band 7 : 313-326, 1998
- DONALDSON, C., HUNDLEY, V., MAPP, T.: Willingness to pay: A method for measuring preferences for maternity care? In: *Birth* 25:3, S.32-39, 1998
- DRUMMOND, M. F.; SCULPHER, M. J.; TORRANCE, G. W.: *Methods for the economic evaluation of health care programmes.* Third Edition. New York (Oxford University Press) 2005 (= Oxford Medical Publications)
- GÜNTHER, O.K.H.: Decision makers' and scientists' opinion about contingent valuation and choice experiments for measuring willingness to pay in health care: Results from a survey in Germany. In: *International Journal of Technology in Health Care*, 22, 351-361, 2006
- GREINER, W., SCHÖFFSKI, O., SCHULENBURG, J.-M. Graf v. d.: Die Übertragbarkeit internationaler Ergebnisse auf nationale Fragestellungen. In Schöffski, O., Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (Hrsg.). *Gesundheitsökonomische Evaluationen.* (pp. 491-508). 3. überarbeitete Auflage. Berlin: Springer Verlag, 2007
- GREINER, W., SCHÖFFSKI, O.: Grundprinzipien einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung. In Schöffski, O., Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (Hrsg.). *Gesundheitsökonomische Evaluationen.* (pp. 167-194). 3. überarbeitete Auflage. Berlin: Springer Verlag, 2007
- HANNOVERANER KONSENS GRUPPE: Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation – Revidierte Fassung des Hannoveraner Konsens -. *Medizinische Klinik* 95, 1, 52-55, 2000
- HATEM, M., SANDALL, J., DEVANE, D., SOLTANI, H., GATES, S.: Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Review.* In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2008

- OLSEN, J. A., SMITH, R. D.: Theory versus practice: a review of "willingness to pay" in health and health care. Health Economics. Band 10: 39-52, 2001
- RYAN, M.: Testing the external validity of Contingent Valuation: A Field Experiment. Copenhagen: Vortrag auf dem Exploration in Health Economics iHEA 6th World Congress (8.-12.07.2007)
- RYAN, M., RATCLIFFE, J., TUCKER, J.: Using Willingness to pay to value alternative models of antenatal care. In: Social Science Medical, H. 3, S. 371-380, 1997
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ausführliche Zusammenfassung. Gutachten 2000/2001 o.O. 2001
- SAYN-WITTGENSTEIN, F. zu, BAUER, N., SCHÄFERS, R.: Dokumentationsbogen, 2005
- TRACY, S., TRACY, M.: Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. BJOG. Volume 110: 717-724, 2003
- VAN DUONG, D., LEE, A. H., BINNS, C.: Measuring Preferences for delivery services in rural Vietnam. Birth. Band 32 (3): 194-202, 2005
- WHO TECHNICAL WORKING GROUP: Safe Motherhood. Care in normal birth: a practical guide. Geneva 1996

<http://www.destatis.de>

[www.euroqol.org](http://www.euroqol.org)