

# Präferenzen von Nutzerinnen bei der Versorgung von frühen Schwangerschaftsverlusten: Systematic Review und Analytic Hierarchy Process (AHP)

Mirjam Peters<sup>1,2</sup>, Dr. Charalabos-Markos Dintios<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Heinrich Heine Universität, Düsseldorf  
<sup>2</sup>Department für angewandte Gesundheitswissenschaften, Hochschule für Gesundheit, Bochum

## Hintergrund und Fragestellung

Zehn bis zwanzig Prozent aller Schwangerschaften enden im ersten Trimenon in einem frühen Schwangerschaftsverlust (FSV, auch Fehlgeburt genannt), dieser somatisch meist unkomplizierte Vorgang geht für viele Frauen mit einer erhöhten psychischen Belastung einher. In Deutschland wird zur Versorgung des FSVs vermutlich überwiegend ausschließlich eine operative Behandlung angeboten (vergl. Hosang, 2013; Vitzthum et al., 2006), während eine Auswahl zwischen einem abwartendem, einem medikamentösem oder einem operativen Vorgehen möglich wäre (vergl. ACOG 2015). Über die Versorgungspräferenzen betroffener Frauen ist bisher wenig bekannt. Dieser Beitrag stellt die Präferenzen der Nutzerinnen bei der Versorgung von FSVen in Deutschland anhand einer Stichprobe dar und zeigt auf welche Leistungsaspekte der Versorgungsoptionen für die Nutzerinnen relevant sind.

**Dieser Beitrag ist die erste quantitative Präferenzhebung zur Versorgung von FSVen unter Einbeziehung psychologischer Leistungskriterien. Die Ergebnisse könnten für die Einbeziehung von Präferenzen auf allen Ebenen des Gesundheitssystems genutzt werden.**

## Methodik

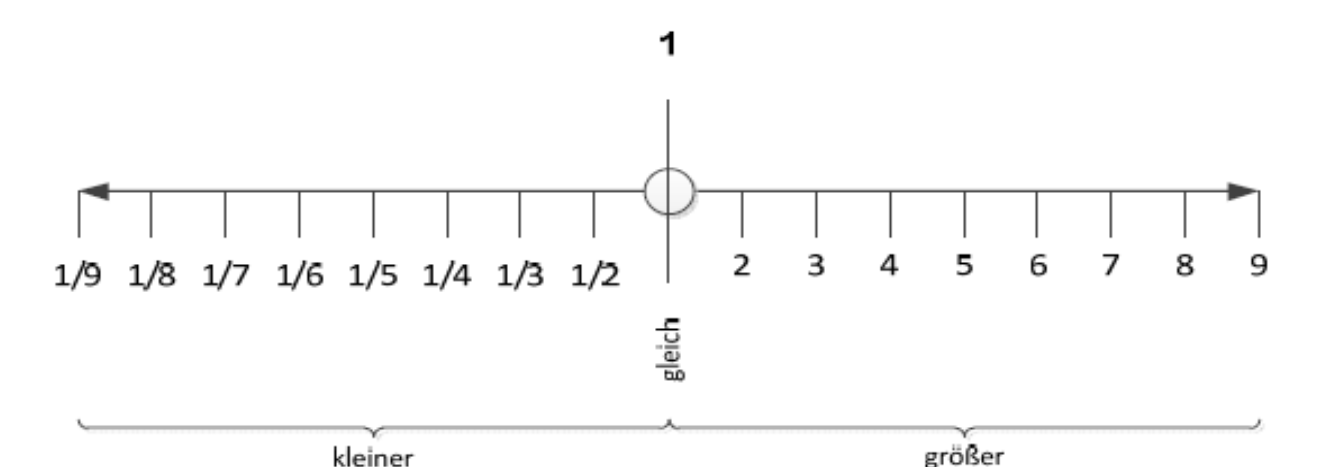
1) Zunächst wurde eine systematische Literaturrecherche mit Metaanalyse auf Grundlage dreier Cochrane Reviews zu Nutzen und Schaden der drei Versorgungsoptionen durchgeführt.

2) Zur Ermittlung möglicherweise relevanter Leistungskriterien wurde eine systematische Literaturrecherche zu vorhandenen qualitativen und quantitativen Präferenzhebungen bei FSVen durchgeführt.

3) Durch ein Fokusgruppeninterview wurden die aus der Literatur ermittelten Leistungskriterien in Ihrer Übertragbarkeit auf Deutschland getestet.

4) Mit Hilfe des AHPs wurde anhand der Präferenzaussagen von N=37 Teilnehmerinnen eine Gewichtung und Rangreihung der Leistungskriterien vorgenommen.

Eingeschlossen wurden Frauen die mindestens eine Missed abortion oder einen Abortus incompletus vor der 14 SSW und eine Versorgung dieser erlebt hatten. Die Teilnehmerinnen mussten zudem über 18 Jahre alt sein, ausreichende Deutschkenntnisse und ausreichende kognitive Fähigkeiten für die Teilnahme an der Befragung haben. Eine Gelegenheitsstichprobe von mindestens 25 Frauen wurde angestrebt, um eine für den AHP aussagekräftige Stichprobe zu erreichen. Die Ethikkommission der HHU stimmte dem Verfahren im Projekt zu. Innerhalb der telefonischen AHP-Befragung bewerteten die Frauen die ermittelten Leistungskriterien paarweise auf einer grafisch-numerischen 9-Punkte-Skala gegeneinander. Mittels der Software Super Decisions 2.8.0<sup>®</sup> wurden die lokalen Gewichte der Leistungskriterien und die Consistency Ratios (CR) ermittelt. Um die Ursachen für vorhandene Inkonsistenzen zu untersuchen wurden mittels SPSS 25<sup>®</sup> explorative binäre logistische Regressionsmodelle mit dem CR als abhängiger Variable durchgeführt.



Beispiel einer AHP-Skala: Darstellung einer AHP-Skala, (aus Meixner und Haas, 2015, S. 202).

## Ergebnisse

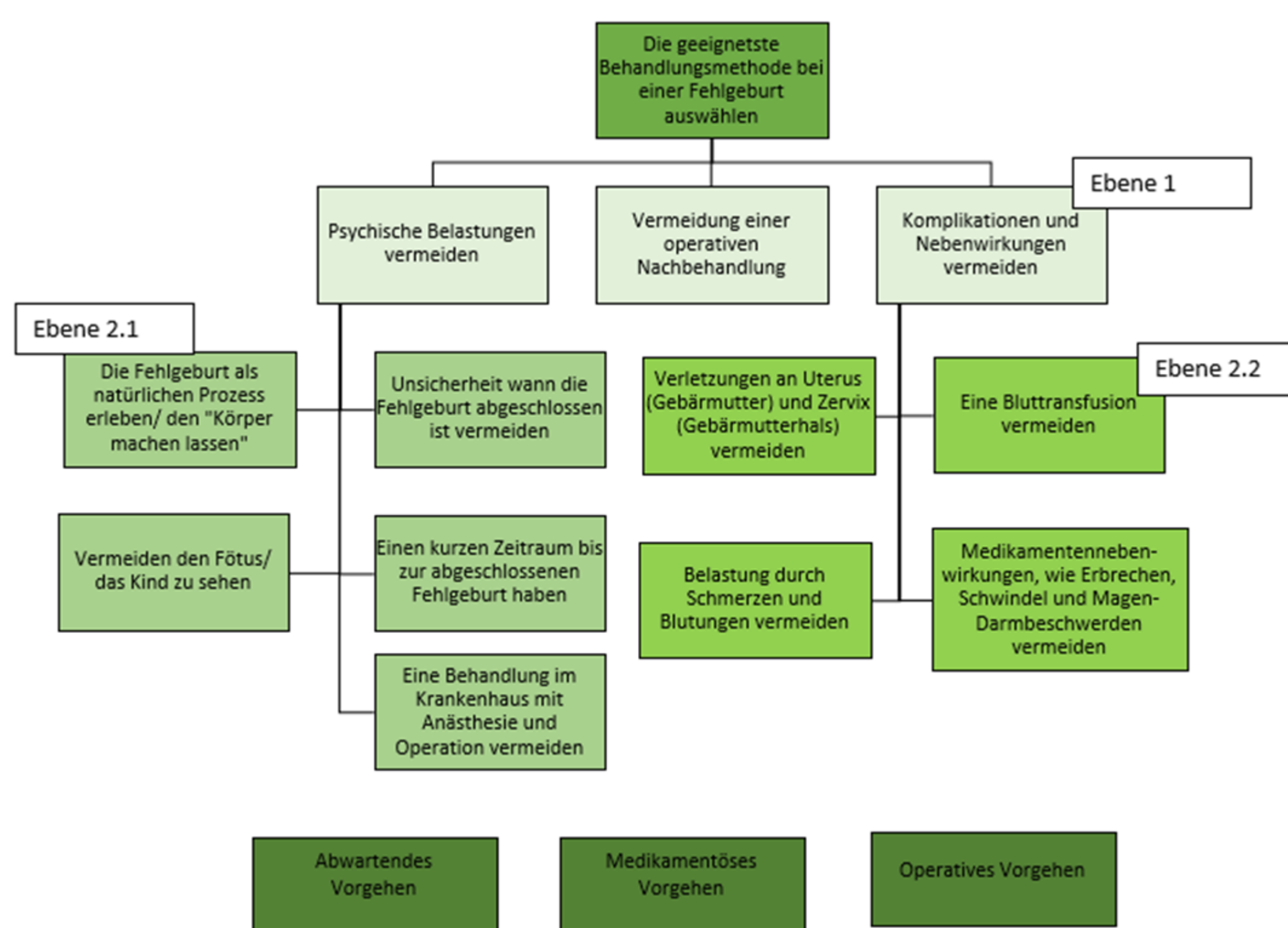
1) Auf Grundlage der aktuellen Metanalyse (n=8) kann keiner der drei Versorgungsoptionen in Hinblick auf Nutzen oder Schaden ein Vorzug geben werden. Dies stützt größtenteils die Ergebnisse dreier älterer Cochrane Reviews zu diesem Thema.

2) Es sind drei quantitative Präferenzmessungen vorhanden. Innerhalb dieser werden nur biomedizinische Leistungskriterien verwendet. Es wurden 6 qualitative Studien ermittelt, die weitere möglicherweise relevante Leistungskriterien enthielten.

3) Das Fokusgruppeninterview bestätigte fast vollständig die aus der Literatur ermittelten Leistungskriterien. Es wurden geringe sprachliche Anpassungen vorgenommen, sowie das zuvor ermittelte Leistungskriterium „Medizinisches Vorgehen gleicht dem einer Abtreibung“ entfernt.

4) Mit Hilfe des AHP wurden 12 Leistungskriterien gewichtet. Einen CR ≤ 3 der bei emotionalen Themen als angemessen diskutiert wird, wurde durch 16 der 37 Teilnehmerinnen erreicht. Der Ausschluss von Teilnehmerinnen mit einem CR > 3 zeigte kaum Veränderungen der Ergebnisse.

N= 41 Frauen gaben ihr Einverständnis, N= 37 Frauen nahmen an der Befragung im Juni 2016 teil. Die Frauen waren im Mittel 34 Jahre alt. Die Bildung der Teilnehmerinnen war überdurchschnittlich. Die meisten Teilnehmerinnen hatten einen (n = 12) oder zwei (n = 13) FSVe. Sieben Frauen hatten drei, vier Frauen vier und eine Frau sechs FSVe erlebt. Im Mittel war der letzte FSV 14 Monate her, mit einer Spannweite von einem bis sechzig Monaten. Nur fünf der Teilnehmerinnen waren vom medizinischen Fachpersonal über alle drei möglichen Behandlungsoptionen aufgeklärt worden. Die Regressionsanalyse konnte keinen eindeutigen Faktor als ursächlich für CR > 3 identifizieren. Die 12 Kriterien wurden in der folgenden absteigenden Reihenfolge bewertet: Psychische Belastungen vermeiden, vermeiden einer operativen Nachbehandlung, die Fehlgeburt als natürlichen Prozess erleben, Komplikationen und Nebenwirkungen vermeiden, Verletzungen an Uterus/Zervix vermeiden, einen kurzen Zeitraum bis zur abgeschlossenen Fehlgeburt haben, eine Bluttransfusion vermeiden, Medikamentennebenwirkungen vermeiden, Vermeiden den Fötus zu sehen, Eine Behandlung im Krankenhaus mit Anästhesie und Operation vermeiden, Belastungen durch Schmerzen/Blutungen vermeiden, Eine Bluttransfusion vermeiden.



Das AHP - Modell für Auswahl der geeigneten Behandlungsmethode bei einer Fehlgeburt

Kriterien	abwartend		medikamentös		operativ	
	wlokal	Rang	wlokal	Rang	wlokal	Rang
Ebene 1	0,408	1	0,175	2	0,380	2
	0,321	2	0,668	1	0,437	1
	0,271	3	0,157	3	0,183	3
Ebene 2: Psychische	0,384	1	0,252	2	0,090	4
	0,355	2	0,425	1	0,060	5
	0,104	3	0,124	4	0,286	2
	0,096	4	0,148	3	0,389	1
	0,062	5	0,052	5	0,174	3
Ebene 2: Komplikationen	0,642	1	0,737	1	0,668	1
	0,181	2	0,140	2	0,169	2
	0,102	3	0,061	4	0,097	3
	0,075	4	0,062	3	0,066	4
Anzahl der Teilnehmerinnen	24		6		7	

Tabell: Darstellung der lokalen Gewichte und Ränge bei der Stratifizierung nach Wunschversorgungsoption

## Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, welche Kriterien für betroffene Frauen besonders bedeutsam oder wenig bedeutsam sind. Sie suggerieren, dass die Entscheidung für eine Versorgungsmethode bei betroffenen Frauen vor allem abhängig von subjektiv bewerteten psychologischen Belastungen der jeweiligen Methode ist. Unter Einbeziehung von psychologischen Leistungskriterien in die Präferenzmessung zeigt sich eine andere Rangreihung der Leistungskriterien, als bei vorhandenen Präferenzmessungen mit ausschließlich somatischen Kriterien. Zum Teil wurden in der vorliegenden Studie die unterschiedlichen aus der Literatur bekannten CR-Grenzwerte überschritten. Es kam jedoch nur zu einem sehr geringen Tausch der Ränge in der Stratifizierung nach CR-Grenzen. Die Ränge der Kriterien waren damit insgesamt stabil. Möglicherweise wurde von den Teilnehmerinnen die axiomatische Voraussetzung verletzt, dass ein Hierarchieelement niemals als unendlich viel besser als ein andere bewertet wird. Bei der Stichprobe handelt es sich um eine nicht repräsentative Gelegenheitsstichprobe. Der Stichprobenumfang ist ausreichend für stabile Ergebnisse des AHP, jedoch nur eingeschränkt aussagekräftig in Hinblick auf weitere Analysen.

**Es liegen keine validen Daten zum Versorgungsangebot von frühen Schwangerschaftsverlusten in Deutschland vor. Auf Grund dem großen Wunsch der Teilnehmerinnen über alle Versorgungsoptionen informiert zu werden und eine informierte individuelle Entscheidung treffen zu können, erscheint eine Rangreihung der vorliegenden Versorgungsoptionen nicht sinnvoll. Im Gegensatz zu England und den USA gibt es in Deutschland keine Leitlinie zum FSV und auch keine Nutzerinneninformation zu den Versorgungsoptionen. Als bedeutsam identifizierte Leistungskriterien könnten bei deren Erstellung berücksichtigt werden. Besonders bedeutsam erscheinen dabei subjektiv bewertete psychologische Belastungen.**

ACOG. (2015). The American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin no. 150. Early pregnancy loss. *Obstetrics and gynecology*, 125(5), 1258–1267. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000465191.27155.25>.  
Hosang. (2013). Abort – Verlaufsformen. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 73, 213–218.  
Nanda, K., Lopez, L. M., Grimes, D. A., Peggia, A. and Nanda, G. (2012) 'Expectant care versus surgical treatment for miscarriage', *The Cochrane database of systematic reviews*, vol. 3, pp. CD003518.  
Neilson, J. P., Gyte, G. M. L., Hickey, M., Vazquez, J. C. and Dou, L. (2013) 'Medical treatments for incomplete miscarriage', *The Cochrane database of systematic reviews*, vol. 3, pp. CD007223.  
Neilson, J. P., Hickey, M. and Vazquez, J. C. (2006 [2006]) 'Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks)'.  
Vitzthum, V. J., Spielvogel, H., Thornburg, J. and West, B. (2006) 'A prospective study of early pregnancy loss in humans', *Fertility and sterility*, vol. 86, no. 2, pp. 373–379.