

Empirische Gesundheitsökonomik und Evaluation

Masterseminar SoSe 2020

Universität Hamburg, Lehrstuhl für Health Care Management

Prof. Dr. Tom Stargardt,

Clara Pott, M.Sc., Fabian Grünwald, M.Sc.

Organisatorischer Ablauf

1. Themenvergabe/Kickoff (Anwesenheitspflicht)

- 24.01.2020, 16:00 Uhr s.t.
- Esplanade 36, Raum ESP 4030/31

2. Betreuung

- Die Besprechung der Gliederung und die Klärung inhaltlicher/methodischer Fragen erfolgt beim jeweiligen Betreuer der Arbeit. Termine müssen mit dem Betreuer abgestimmt werden und bei den Besprechungen sollten alle Gruppenmitglieder anwesend sein.

3. Hilfe bei der Datenanalyse & Modellierung

- Bitte individuell mit dem/der BetreuerIn vereinbaren.
- Sie können Fragen zu Ihren bereits fortgeschrittenen empirischen Modellen und der Implementierung (z.B. in STATA, R oder Excel) stellen. Bringen Sie hierzu ihren privaten Computer mit oder arbeiten an einem unserer Instituts-PCs (begrenzte Anzahl, STINE-Kennung notwendig).

4. Präsentation der Ergebnisse (Anwesenheitspflicht an beiden Tagen)

- 19.06.2020, 09:00-18:00 Uhr.
- 20.06.2020, 09:00-18:00 Uhr
- Esplanade 36, Raum ESP 4030/31 (Raumänderung vorbehalten)

5. Abgabe

- Donnerstag, 06.08.2020 bis spätestens 12:00 Uhr im Sekretariat des Lehrstuhls Health Care Management (Esplanade 36, 5. OG, Raum 5021)

Übersicht Themen

Nr. Thema

Gesundheitsökonomische Evaluation

- 1 Maßnahmen zur Alkoholprävention bei jungen Erwachsenen in Deutschland
- 2 Maßnahmen zur Notfallkontrazeption in Deutschland
- 3 Immuncheckpoint-Inhibitoren am Beispiel von Pembrolizumab und malignen Melanomen

Empirische Gesundheitsökonomik

- 4 Der Einfluss von Adipositas auf indirekte Kosten und die Anzahl von Krankheitstagen
 - 5 Vergleich von Entscheidungen des NICE und des G-BA im Therapiegebiet der onkologischen Erkrankungen
 - 6 Der Einfluss von Pensionierungen auf die mentale Gesundheit
 - 7 Individuelles Gesundheitsverhalten und formale Bildung
 - 8 Junge Mütter, gesündere Kinder? Der Zusammenhang zwischen dem Alter der Mutter und der Gesundheit der Kinder
 - 9 Patientenzufriedenheit mit Gesundheitsanbietern vor dem Hintergrund ethnischer Diversität
-

Allgemeine Hinweise

Alle genannten Themen sollen empirisch, d. h. durch die systematische Auswertung von Daten, bearbeitet werden. Hierfür ist – je nach Thema – eine solide Kenntnis statistischer Kausalanalyse (Regressions- bzw. Varianzanalyse, etc.) bzw. gesundheitsökonomischer Evaluationsmethoden (Modellierung, Kosteneffektivitätsanalyse) unabdingbar. Idealerweise habe Sie auch erste Erfahrungen mit Ökonometrie-Software (bspw. STATA, SPSS, SAS, R, GRETL, EViews) gesammelt und können gut mit MS-Excel umgehen.

Die notwendigen theoretischen Kenntnisse können Sie im Rahmen unserer Veranstaltungen „Pharmabetriebslehre“, „Methoden der empirischen Sozialforschung“ und „Gesundheitsökonomische Evaluation“ erwerben.

Da empirisches Forschen mit einer Vielzahl von Herausforderungen behaftet ist (Datensammlung, Wahl des Forschungsdesigns, Datenanalyse, etc.) werden die Themen in Gruppen von 2–3 Personen bearbeitet. Nichtsdestotrotz erfolgt die Bewertung Ihrer Leistung individuell. Dies bedeutet, dass jedes Gruppenmitglied eine selbstverfasste Arbeit einreicht, auch wenn Daten, Methoden oder Ergebnisse das Produkt von Gruppenarbeit sind.

Das strukturelle Format der Seminararbeit soll dem einer Originalarbeit zur Veröffentlichung in der Fachzeitschrift *Medical Decision Making* entsprechen. Eine detaillierte Beschreibung der Anforderungen finden Sie unter <http://mdm.uic.edu/manuscript-requirements/>. Außerdem muss ihre Arbeit einen strukturierten *Abstract* enthalten. Alle weiteren (formalen) Anforderungen entnehmen Sie bitte unserem Leitfaden zum Anfertigen wissenschaftlicher Seminar- und Abschlussarbeiten (auf unserer Webseite). Die Arbeiten können wahlweise in deutscher oder englischer Sprache verfasst werden.

Hinweise bezüglich gesundheitsökonomischer Evaluationen

Bei der Durchführung Ihrer Evaluation sind Sie grundsätzlich frei in der Wahl des Studiendesigns. Es sollte allerdings der Forschungsfrage und Datenlage angemessen sein. Wir erwarten von Ihnen weder die Anwendung einer bestimmten Methodik noch die Nutzung bestimmter Software. Beides kann und sollte aber unter Berücksichtigung des gewählten Themas mit dem Betreuer abgestimmt werden.

Eine gesundheitsökonomische Evaluation enthält üblicherweise die weiter unten aufgeführten Elemente. Sie sollte auf Daten aus bereits bestehenden und veröffentlichten Quellen bestehen. Falls einzelne, für Ihre Analyse notwendige Parameter nicht verfügbar

sind, dürfen Sie diese auch „begründet schätzen“. Sollte für das gewählte Thema bereits eine Evaluation existieren sein (egal ob veröffentlicht oder unveröffentlicht), ist es nicht erlaubt, die Analysen und Ergebnisse dieser Arbeiten lediglich zu replizieren oder mit marginalen Änderungen als eigenen Beitrag auszugeben. Ihre Analyse muss eine substantielle Eigenleistung aufweisen und diese auch deutlich herausstellen bzw. diskutieren.

Elemente der Evaluation:

1. Eine Kostenanalyse, basierend auf einer umfassenden Beschreibung und Klassifikation der verwendeten Kostenkomponenten und die Schätzung deren Höhe. Kosten können z. B. aus Kalkulationen von Leistungserbringern, Preis- oder Erstattungslisten von Krankenversicherungen, Informationen des Statistischen Bundesamts, veröffentlichten Fachartikeln, etc. entnommen werden.
2. Analyse von Ergebnisparametern (Outcomes), basierend auf klinischen, epidemiologischen oder ähnlichen Messwerten, die konsistent mit dem gewählten Studiendesign sind. Ergebnisparameter finden Sie üblicherweise in randomisierten klinischen Studien, Observations-, Kohorten-, Quer- oder Längsschnittstudien. Alternativ können Sie auch eigene Daten (z. B. zur Lebensqualität) erheben. Dies würde ggf. die Entwicklung eines Fragebogens und die Befragung einer kleinen Stichprobe notwendig machen.
3. Eine Sensitivitätsanalyse sollte durchgeführt werden, um die Stabilität Ihrer Ergebnisse zu untersuchen. Hierfür können Sie Subgruppen analysieren (z. B. verschiedene Altersgruppen) oder für kritische Parameter obere und untere Maximalwerte in ihr Modell einsetzen.
4. Die Kalkulation eines (oder ggf. mehrerer) inkrementellen Kosteneffektivitätsverhältnisses (ICER) sollte das Ziel jeder Evaluation sein.

Zusätzlich zu den genannten Elementen muss stets (a) ein Überblick über die bestehende Evidenzlage, (b) eine Begründung für die Wahl der Evaluationsstrategie und -perspektive, (c) eine Begründung für die Wahl der zu vergleichenden Alternativen (sind bereits mit dem Thema vorgegeben, müssen aber dennoch begründet werden) gegeben werden.

Basisliteratur für den Themenblock „Gesundheitsökonomische Evaluation“:

- Schöffski, O. & von der Schulenburg, J.M., 2008. Gesundheitsökonomische Evaluationen 3rd ed., Springer.
- Briggs, A. & Sculpher, M., 1998. An introduction to Markov modelling for economic evaluation. *Pharmacoeconomics*, 13(4), pp.397–409.

- Briggs, A., Sculpher, M. & Claxton, K., 2006. Decision Modelling for Health Economic Evaluation, Oxford University Press.

Hinweise zur Bearbeitung von Fragestellungen auf Basis von empirischen Daten

Bei der Durchführung Ihrer Analyse sind Sie grundsätzlich frei in der Wahl der empirischen Untersuchungsstrategie. Es sollte allerdings der Forschungsfrage und Datenlage angemessen sein. Wir erwarten von Ihnen weder die Anwendung einer bestimmten Methodik noch die Nutzung bestimmter Software. Beides kann und sollte aber unter Berücksichtigung des gewählten Themas mit dem Betreuer abgestimmt werden.

Eine empirische Untersuchung zu Fragestellungen in Pharmamärkten oder im Bereich Versorgungsforschung enthält üblicherweise die unten angegebenen Elemente. Dazu können Sie die seitens des Lehrstuhls zur Verfügung gestellten Daten verwenden. Es steht Ihnen frei, selbständig ergänzend Daten zu erheben, jedoch muss die Quelle und ggf. die Methodik der Erhebung nachvollziehbar sein.

Elemente der Arbeit:

1. Darstellung der zugrundeliegenden Theorie sowie Bezug zum Pharmamarkt bzw. zum Thema Versorgungsforschung
2. Formulierung einer präzisen Forschungsfrage einschließlich Hypothesenbildung
3. Beschreibung der verwendeten Daten und herangezogenen Auswertungsmethodik
4. Empirische Ergebnisse
5. Kritische Diskussion der Ergebnisse hinsichtlich der formulierten Hypothesen und Fragestellung

Zusätzlich zu den genannten Elementen muss stets (a) ein Überblick über die bestehende Studienlage und (b) eine Begründung für die Wahl der empirischen Auswertungsstrategie gegeben werden.

Als Anhaltspunkt für den Aufbau der Seminararbeit und der Darstellung von Ergebnissen kann folgender Artikel dienen:

- Fischer, KE.; Stollenwerk, B; Rogowski, WH. (2013): „Link between Process and Appraisal in Coverage Decisions an Analysis with Structural Equation Modeling“. In: Medical Decision Making. 33 (8), S.1009–1025.

Basisliteratur Pharmamärkte:

- Fischer, Dagmar (2013): Die Pharmaindustrie: Einblick Durchblick Perspektiven. Springer DE. (über UHH als E-Book verfügbar)
- Schöffski, Oliver; Fricke, Frank-Ulrich; Guminski, Werner (Hrsg.) (2008): Pharmabetriebslehre. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. — ISBN: 978-3-540-79550-6, 978-3-540-79551-3 (über UHH als E-Book verfügbar)

Basisliteratur Versorgungsforschung:

- Mackenbach J, Bakker, M (2002): Reducing Inequalities in Health – A European Perspective. Routledge. ISBN: 0-415-25984-3.
- Buss TF, Van de Water PN (2014): Expanding Access to Health Care – A Management Approach. Routledge ISBN: 0765623331

Ökonometrie

- STATA - Syntax: Kohler, U., Kreuter, F. (2008): Datenanalyse mit STATA: allgemeine Konzepte der Datenanalyse und ihre praktische Anwendung. 3. Aufl. München: Oldenbourg. — ISBN: 3-486-58456-1, 978-3-486-58456-1 (über UHH als E-Book verfügbar)

insbesondere:

- Kapitel 7: Die Beschreibung von Verteilungen
- Kapitel 8: Einführung in die Regressionstechnik
- Kapitel 9: Regressionsmodelle für kategoriale abhängige Variablen
- Umfangreiche Einführung in die Ökonometrie mit Anwendungsbeispielen: Wooldridge, J.M. (2013): Introductory econometrics: a modern approach. 5. Aufl. [Mason, Ohio] [u.a.]: South-Western Cengage Learning. — ISBN: 1-11-153439-X, 978-1-11-53439-4

insbesondere:

- Chapter 1: The Nature of Econometrics and Economic Data
- Part 1: Regression Analysis with Cross-Sectional Data
- Chapter 19: Carrying out an Empirical Project

Themenbeschreibung Masterseminar „Gesundheitsökonomische Evaluation und Pharmamärkte“

Gesundheitsökonomische Evaluation

1. Maßnahmen zur Alkoholprävention bei jungen Erwachsenen in Deutschland

Alkohol ist, nach Tabakkonsum, in Deutschland einer der wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen, Unfälle, bösartige Neubildungen und neuropsychiatrische Erkrankungen. Die zielgerichtete Suchtprävention bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen soll einen Beitrag dazu leisten, die Bevölkerungsgesundheit langfristig zu steigern, die gesellschaftlichen Kosten zu senken und die Lebensqualität zu erhöhen. Allerdings sind derartige Maßnahmen teuer und die damit verbundenen potentiellen Einsparungen (etwa durch vermiedene Notfallbehandlungen) weitgehend unklar.

Ziel der Arbeit ist es daher, anhand einer Kosten-Nutzwert-Analyse ein selbstgewähltes Alkohol-Präventionsprogramm in Deutschland zu untersuchen.

- Marcus, J., & Siedler, T. (2015). Reducing binge drinking? The effect of a ban on late-night off-premise alcohol sales on alcohol-related hospital stays in Germany. *Journal of Public Economics*, 123, 55–77.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9682), 2223–2233.
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 373(9682), 2234–2246.

2. Maßnahmen zur Notfallkontrazeption in Deutschland

Im Jahr 2015 wurden Notfallkontrazeptiva mit den Wirkstoffen Levonogestrel bzw. Ulipristalacetat, besser bekannt als „Pille danach“, in Deutschland von der Rezeptpflicht befreit. Dies soll bei Bedarf schnellen Zugang zu diesen Arzneimitteln in Apotheken ermöglichen, ohne Umwege über eine ärztliche Verordnung gehen zu müssen.

Neben oben genannten Mitteln besteht auch die Option einer kupferhaltigen Intrauterin pessare, welche jedoch als Medizinprodukt weiterhin der Rezeptpflicht untersteht. Diese ist mit deutlich höheren anfänglichen Kosten verbunden, stellt gleichzeitig jedoch die sicherste Methode der kurzfristigen Notfallverhütung dar.

Ziel dieser Seminararbeit ist daher, mittels Modellierung eine gesundheitsökonomische Evaluation für orale Notfallkontrazeptiva im Vergleich zur Kupferspirale aus Sicht der Leistungszahler in Deutschland auf Basis bester empirischer Evidenz zu erstellen.

- Cleland, K., Zhu, H., Goldstuck, N., Cheng, L., & Trussell, J. (2012). The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Human Reproduction*, 27(7), 1994–2000.
- Goldstuck, N. D., & Cheung, T. S. (2019). The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception and beyond: A systematic review update. *International Journal of Women's Health*, 11, 471–479.
- Bellows, B. K., Tak, C. R., Sanders, J. N., Turok, D. K., & Schwarz, E. B. (2018). Cost-effectiveness of emergency contraception options over 1 year. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(5), 508.e1-508.e9.

3. Immuncheckpoint-Inhibitoren am Beispiel von Pembrolizumab und malignen Melanomen (schwarzer Hautkrebs)

Eine der bedeutendsten Neuentwicklungen der modernen Onkologie ist die Therapie mithilfe von sogenannten Immuncheckpoint-Inhibitoren. Hierbei soll mithilfe bestimmter Antikörper verhindert werden, dass sich Tumorzellen dieser Checkpoints bedienen und sich infolgedessen der Erkennung durch das Immunsystem entziehen. Der Wirkmechanismus dieser Behandlung beschränkt sich dabei nicht auf ätiologisch identische Tumore, so dass eine Anwendung auf verschiedene Tumorentitäten möglich ist.

Insbesondere bereits fortgeschrittene, nicht resezierbare und/oder metastasierte maligne Melanome (schwarzer Hautkrebs), welche zuvor mit sehr geringen Therapiechancen assoziiert wurden, profitieren hiervon erheblich. Jedoch stellen individuell aufwendige onkologische Immuntherapien eine erhebliche finanzielle Herausforderung für Gesundheitssysteme dar. Am Beispiel dieser Melanome soll mittels Modellierung eine Kosten-Effektivitäts-Analyse oder Kosten-Nutzwert-Analyse für den PD-1-Antikörper Pembrolizumab im Vergleich zur Standardtherapie aus Sicht der Leistungszahler in Deutschland auf Basis bester empirischer Evidenz erstellt werden.

- Luke, J. J. (2019). Comprehensive Clinical Trial Data Summation for BRAF-MEK Inhibition and Checkpoint Immunotherapy in Metastatic Melanoma. *The Oncologist*, 24(11), 1197-1211.

- Rogiers, A., Boekhout, A., Schwarze, J. K., Awada, G., Blank, C. U., & Neyns, B. (2019). Long-Term Survival, Quality of Life, and Psychosocial Outcomes in Advanced Melanoma Patients Treated with Immune Checkpoint Inhibitors. *Journal of Oncology*, 2019(1), 1–17.

Empirische Gesundheitsökonomik

4. Der Einfluss von Adipositas auf die Anzahl von Krankheitstagen und die indirekten Kosten

Adipositas (body mass index (BMI) $\geq 30\text{kg/m}^2$) ist eine chronische Krankheit, die einen ernstzunehmenden Risikofaktor für gesundheitliche Folgeerkrankungen darstellt. Rund ein Viertel der Erwachsenen (23% der Männer und 24% der Frauen) in Deutschland leiden unter Adipositas. Die direkten Kosten von Adipositas in Deutschland werden auf bis zu 11 Milliarden Euro geschätzt. Zusätzlich zu den direkten medizinischen Kosten, die durch Fettleibigkeit verursacht werden, gibt es Evidenz, dass Menschen mit Übergewicht häufiger arbeitsunfähig sind und deutlich mehr Krankheitstage aufweisen als Normalgewichtige Personen. Dies führt zu zusätzlichen indirekten Kosten.

Ziel dieser Arbeit ist es, die durch Adipositas verursachten indirekten Kosten und Krankentage anhand von Daten des Sozioökonomischen Panels und des Statistischen Bundesamtes zu schätzen.

Daten: Frei verfügbare Daten vom Statistischen Bundesamt. Sozioökonomisches Panel. Die Bearbeitung des zur Verfügung gestellten Datensatzes ist ausschließlich am HCHE möglich. Die Zeiten für die Bearbeitung werden mit Hilfe eines Google-Spreadsheet koordiniert.

- Lehnert T, Stuhldreher N, Streltchenia P, Riedel-Heller SG, König HH (2014). Sick leave days and costs associated with overweight and obesity in Germany. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 56(1), S. 20-27.
- Trogon JG, Finkelstein EA, Hylands T, Dellea PS, Kamal-Bahl SJ (2008). Indirect costs of obesity: a review of the literature. *Obesity Reviews* 9(5), S.489-500.

5. Vergleich von Entscheidungen des NICE und des G-BA im Therapiegebiet der onkologischen Erkrankungen

In Reaktion auf die stetig steigenden Ausgaben für Arzneimittel haben die meisten Industrieländer sogenannte „Vierte-Hürde“ Prozesse eingeführt. Nachdem Hersteller im

Rahmen der Arzneimittelzulassung die Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität ihrer Arzneimittel nachweisen müssen, geht es in der vierten Hürde um den Nachweis der Kosteneffektivität. Dabei werden der zusätzliche Nutzen und die zusätzlichen Kosten einer Arzneimittelinnovation im Vergleich zum Therapiestandard untersucht. In einigen Ländern erfolgt dies im Rahmen gesundheitsökonomischer Evaluationen (z.B. UK) und in anderen Ländern im Rahmen eines zweistufigen Prozesses, in dem auf Arzneimittelnutzenbewertungen Preisverhandlungen folgen (z.B. Deutschland).

Ziel dieser Arbeit ist es, die Vierte-Hürde-Entscheidungen des NICE (UK) und des G-BA (Deutschland) für das Therapiegebiet der onkologischen Erkrankungen systematisch vergleichend zu analysieren. Als Basis dient hierfür das unten aufgeführte Forschungspapier von Drummond et al. (2014).

Daten: Für bis Ende 2015 abgeschlossene Nutzenbewertungsverfahren des G-BA kann auf eine Datenbank des Lehrstuhls zurückgegriffen werden. Für die Zeit ab 2016 bzw. die Entscheidungen des NICE sollen selbstständig Erhebungen durchgeführt werden. Die Bearbeitung des zur Verfügung gestellten Datensatzes ist ausschließlich am HCHE möglich. Die Zeiten für die Bearbeitung werden mit Hilfe eines Google-Spreadsheet koordiniert.

- Drummond, M, de Pouvourville, G, Jones, E, Haig, J, Saba, G, Cawston, H (2014). A comparative analysis of two contrasting European approaches for rewarding the value added by drugs for cancer: England versus France. *Pharmacoeconomics*, 32(5): 509-20.
- Nicod, E, Kanavos, P (2016). Developing an evidence-based methodological framework to systematically compare HTA coverage decisions: A mixed methods study. *Health Policy*, 120:35-45.
- Fischer, KE, Heisser, T, Stargardt, T (2016). Health Benefit Assessment of Pharmaceuticals: An international comparison of decisions from Germany, England,

6. Der Einfluss von Pensionierungen auf die mentale Gesundheit

Die demografische Alterung der Gesellschaft und die Notwendigkeit, sich an diese Entwicklung anzupassen, machen es notwendig, Einblicke in die Art und Weise zu gewinnen, welcher Zusammenhang zwischen dem Ruhestand und Gesundheit besteht und welche Faktoren diese Beziehung beeinflussen.

Ergebnisse von Studien, die sich mit den direkten Auswirkungen des Ruhestands auf die Gesundheit beschäftigen, sind widersprüchlich. Während einige darauf hindeuten, dass

der Eintritt in den Ruhestand zu einem Anstieg von Morbidität, Mortalität und psychischen Störungen führt, finden andere keine Auswirkungen auf die mentale Gesundheit oder sogar einen protektiven Effekt.

Ziel dieser Arbeit soll es sein, den Einfluss des Eintritts in den Ruhestand auf die mentale Gesundheit für verschiedene Arbeitnehmer und Altersgruppen anhand geeigneter empirischer Methoden mit Hilfe des SHARE-Datensatzes zu analysieren.

- Kolodziej, Ingo WK, and Pilar García-Gómez. "Saved by retirement: Beyond the mean effect on mental health." *Social Science & Medicine* 225 (2019): 85-97.
- Drentea, Patricia. "Retirement and mental health." *Journal of aging and health* 14.2 (2002): 167-194.
- Butterworth, Peter, et al. "Retirement and mental health: analysis of the Australian national survey of mental health and well-being." *Social science & medicine* 62.5 (2006): 1179-1191.
- Eibich, Peter. "Understanding the effect of retirement on health: Mechanisms and heterogeneity." *Journal of health economics* 43 (2015): 1-12.

7. Individuelles Gesundheitsverhalten und formale Bildung

Das individuelle Gesundheitsverhalten, z.B. Rauch- und Trinkgewohnheiten, determiniert substantiell die Gesundheit jedes Einzelnen. Bildung kann dazu beitragen das individuelle Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen und damit sowohl die körperliche als auch psychische Gesundheit zu erhalten und die individuelle Lebensqualität zu erhöhen.

Ziel der Arbeit soll es sein, den Einfluss formaler Bildung auf das individuelle Gesundheitsverhalten anhand geeigneter empirischer Methoden mit Hilfe des SHARE Datensatzes zu analysieren.

- Brunello, G., Fabbri, D., Fort, M., 2013. The Causal Effect of Education on Body Mass: Evidence from Europe. *J. Labor Econ.* 31, 195–223.
- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of health economics*, 29(1), 1-28.

8. Junge Mütter, gesündere Kinder? Der Zusammenhang zwischen dem Alter der Mutter und der Gesundheit der Kinder

Viele Studien zeigen einen negativen Zusammenhang zwischen dem Alter der Mutter bei der Geburt und der Gesundheit ihres Kindes im Erwachsenenalter. Diese negative Assoziation wird häufig damit erklärt, dass die physiologische Gesundheit der Mutter,

die mit dem Alter abnimmt, entscheidend für die Gesundheit des Kindes ist. Neuere Evidenz weist jedoch darauf hin, dass es einen positiven Effekt haben könnte, an einem späteren Zeitpunkt geboren zu sein, da wichtige Umwelteinflüsse wie die Gesundheitsversorgung und die Bildungsmöglichkeiten stetig im Zeitverlauf verbessert werden.

Ziel dieser Arbeit ist es, die gegenläufigen Effekte einer älteren Mutter und somit einer späteren Geburt auf den Gesundheitszustand des Kindes anhand von Daten des Sozioökonomischen Panels empirisch zu untersuchen.

Daten: Sozioökonomisches Panel. Die Bearbeitung des zur Verfügung gestellten Datensatzes ist ausschließlich am HCHE möglich. Die Zeiten für die Bearbeitung werden mit Hilfe eines Google-Spreadsheet koordiniert.

- Barclay K, Myrskylä M (2015). Advanced maternal age and offspring outcomes: causal effects and countervailing period trends. MPIDR Working Paper WP-2015-009.
- Myrskylä M, Fenelon A (2012). Maternal Age and Offspring Adult Health: Evidence From the Health and Retirement Study. *Demography* 49(4), S. 1231-1257.
- Myrskylä M, Silventoinen K, Tynelius P, Rasmussen F (2013). Is Later Better or Worse? Association of Advanced Parental Age with Offspring Cognitive Ability Among Half a Million Young Swedish Men. *American Journal of Epidemiology* 177(7), S. 649-655.

9. Patientenzufriedenheit mit Gesundheitsanbietern vor dem Hintergrund ethnischer Diversität

Laut einem Bericht zur Qualität und Ungleichheit im Gesundheitswesen bestehen weiterhin große Unterschiede in der Gesundheitsversorgung in den Vereinigten Staaten. Eine Reihe von Studien hat festgestellt, dass die Qualität der Versorgung mit der ethnischen Herkunft der Patienten variiert.

Ziel dieser Arbeit ist es, im Rahmen einer Paneldatenanalyse anhand des Medical Expenditure Panel Survey die Auswirkungen der ethnischen Herkunft auf die Zufriedenheit der Patienten mit Gesundheitsleistungen über die Zeit in den USA zu analysieren.

Daten: Medical Expenditure Panel Survey

- Johnson RL et al. (2004): Racial and Ethnic Differences in Patient Perceptions of Bias and Cultural Competence in Health Care. In: *Journal of General Internal Medicine* 19 (2), S. 101-110

- Saha S et al. (2003): Patient–Physician Relationships and Racial Disparities in the Quality of Health Care. In: American Journal of Public Health 93 (10), S. 1713-1719.