

# Patientenpräferenzen in der Dermatologie

## Patient Preferences in Dermatology

### Autoren

M. L. Schaarschmidt<sup>1,2</sup>, M. Gutknecht<sup>1</sup>, M. Augustin<sup>1</sup>

### Institute

<sup>1</sup> Kompetenzzentrum Versorgungsforschung in der Dermatologie (CVderm), Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg  
<sup>2</sup> Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Medizinischen Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Heidelberg

### Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1392780>  
 Akt Dermatol 2015; 41: 346–348  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 0340-2541

### Korrespondenzadresse

**Dr. Marthe-Lisa Schaarschmidt**  
 Klinik für Dermatologie,  
 Venerologie und Allergologie der  
 Medizinischen Fakultät Mannheim  
 Universität Heidelberg  
 Theodor-Kutzer-Ufer 1-3  
 68135 Mannheim  
 marthe-lisa.schaarschmidt@  
 umm.de

### Zusammenfassung

Es wird immer häufiger gefordert, individuelle Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten verstärkt in die therapeutische Entscheidungsfindung einzubeziehen. Hauterkrankungen, besonders wenn sie chronisch verlaufen, beeinflussen das physische, psychische, berufliche und soziale Wohlbefinden der Patienten. Dabei ist nicht nur die Erkrankung selbst, sondern auch die gewählte Therapie ausschlaggebend. Entstehen zwischen den Präferenzen der Patienten und der vom Arzt

gewählten Therapie Diskordanzen, kann dies zu einer Unzufriedenheit mit der Therapie führen und eine geminderte Compliance/Adhärenz verursachen. Es wurde gezeigt, dass dermatologische Patienten definierte Präferenzen aufweisen und eine Adressierung dieser Präferenzen zu einer höheren Therapiezufriedenheit führt. Übergeordnetes Ziel ist es, im Zuge des „shared decision makings“ eine größere Patientenzufriedenheit, eine verbesserte Compliance/Adhärenz und somit ein verbessertes Therapieergebnis und eine optimierte Versorgung von Patienten zu erzielen.

### Hintergrund

Die patientenorientierte Medizin gewinnt immer mehr an Bedeutung. So fordern auch dermatologische Leitlinien, den Patienten vermehrt in die Therapieentscheidungsfindung einzubeziehen [1,2]. Vor allem bei chronischen Erkrankungen ist dies eine wichtige Komponente der Patientenversorgung. In der Dermatologie gilt dies besonders für chronisch-entzündliche Dermatosen wie die Psoriasis, atopische Dermatitis oder Akne vulgaris. Die Compliance/Adhärenz mit der verordneten Therapie ist hier wesentlich für den Erfolg der Behandlung [3]. Die Adhärenz sowie die Patientenzufriedenheit sind zudem bedeutende Indikatoren für die Qualität der medizinischen Versorgung [4,5]. Die Berücksichtigung der Patientenpräferenzen optimiert im Idealfall die Patientenzufriedenheit und Compliance/Adhärenz, was zu einer höheren Effektivität und möglicherweise auch zu geringeren Kosten führt [6–8].

Hauterkrankungen beeinflussen häufig nicht nur das körperliche Wohlbefinden der Patienten, sondern können auch zur psychischen, sozialen und beruflichen Belastung werden [9,10]. Dabei ist nicht nur die Erkrankung selbst, sondern auch die gewählte Therapie ausschlaggebend [11,12]. Studien konnten darlegen, dass die Präferenzen von

Ärzten und Patienten häufig divergieren [13,14]. Ärzte neigen dazu, eine Therapie anhand ihrer Effektivität und des Nebenwirkungsprofils bei vertretbaren Kosten auszuwählen; dabei scheint jedoch der Behandlungsablauf für die Patienten ebenfalls eine erhebliche Rolle zu spielen [11,15]. Entstehen so zwischen den Vorlieben und privaten sowie beruflichen Bedürfnissen des Einzelnen und der gewählten Therapie Diskordanzen, kann dies zu einer Unzufriedenheit mit der Therapie führen und eine geminderte Compliance/Adhärenz verursachen. Betrachtet man beispielweise die Behandlung der Psoriasis, so standen noch nie so viele Therapien zur Verfügung wie heute, aber dennoch sind die Patienten häufig unzufrieden und die Raten an geringer Compliance hoch [16,17]. Dies macht deutlich, dass es notwendig ist, die Patienten bewusst in die therapeutische Entscheidungsfindung einzubeziehen, um das Risiko von Non-Compliance zu minimieren und den Patienten durch die aktive Beteiligung in der Eigenverantwortung für die Therapie ihrer Erkrankung zu stärken.

Ein erster Schritt hierfür ist, die Präferenzen der Patienten zu erforschen, um Wünsche und Bedürfnisse genauer definieren zu können.

## Definition von Präferenzen

Ursprünglich stammt das Konzept von Präferenzen aus der Marktforschung, es wurde jedoch in den letzten Jahren zunehmend auch im Bereich der Medizin angewandt [18]. Es gibt keine einheitliche Definition von Präferenzen [6]. Man kann diese als eindimensionale Indikatoren für die subjektive Vorziehwürdigkeit einer Alternative gegenüber Produktalternativen zu einem bestimmten Zeitpunkt beschreiben, wobei jedem Produkt dabei eine subjektive Nutzenerwartung zugeordnet wird [19]. Da dieser Prozess rein gedanklich entsteht, wird ein Messinstrument benötigt. Je nach Fragestellung und Zielsetzung stehen hierfür diverse Methoden zur Verfügung, darunter Time-trade-off-Verfahren, Willingness-to-pay-Analysen [20–22], visuelle Analogskalen [22–24], Standard-Gamble-Interviews [22–24], die Likert-Skala [25,26] und jüngst auch die Conjoint-Analyse [15,27–29] sowie der Analytische Hierarchieprozess [30]. Dabei stehen zum einen Präferenzen zu Gesundheitszuständen und zum anderen Präferenzen zu Therapieattributen oder Therapiealternativen im Fokus. Die Bedürfnisse eines Patienten in Bezug auf die Behandlung werden auch mit dem „Patient Needs Questionnaire“ als Teil des Patient Benefit Index (PBI) anhand von Likert-Skalen erhoben; der „Patient Benefit Questionnaire“ als zweiter Teil des PBI bildet zusätzlich den Nutzen als Ausmaß der Zielerreichung ab [26]. Jedoch muss der Patient hier nicht seine Bedürfnisse gegeneinander abwägen, sondern kann auch mehrere Ziele als gleich wichtig einschätzen.

## Präferenzhebung am Beispiel der Dermatologie

Präferenzen wurden in der Dermatologie bereits für diverse Indikationen und mit multiplen Messinstrumenten erhoben. Einerseits konnte für chronische, aber nicht lebensbedrohliche Erkrankungen wie die Akne vulgaris [27,31], die atopische Dermatitis [31] und die Psoriasis [15,20,22–24,27,29,31–33] gezeigt werden, dass Patienten definierte Präferenzen aufweisen. Andererseits wurden Präferenzen auch für maligne und semimaligne Erkrankungen wie das maligne Melanom [21] oder das Basalzellkarzinom [28] erhoben. Ein wichtiger Aspekt ist dabei, dass die Präferenzen durchaus zwischen Patienten variieren und stark durch soziodemografische (z.B. Geschlecht oder Alter) und krankheitsbezogene Merkmale (z.B. Therapieerfahrung oder Komorbiditäten) beeinflusst werden können [28,34,35]. Studien zu diversen nicht dermatologischen Patientenkollektiven zeigten, dass Patienten mit ihrer Therapie zufriedener waren, wenn ihre Präferenzen adressiert wurden [36–38], ein Ergebnis, das jüngst auch an Patienten mit Psoriasis bestätigt wurde [39]. Dabei erfolgte die Erhebung der Patientenpräferenzen für die Therapie der Psoriasis mittels einer Conjoint-Analyse sowie die Evaluation der Therapiezufriedenheit mittels des Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM) zu Beobachtungsbeginn. Im Anschluss wurde ohne Kenntnis des Ergebnisses eine Therapie verordnet, die an den S3-Leitlinien zur Therapie der Psoriasis [2] orientiert war. Als Maß für die Übereinstimmung zwischen der vom Patienten bevorzugten und der vom Arzt verordneten Therapie wurde der „Preference Matching Index“ (PMI) etabliert [39]. Drei Monate nach der ersten Visite fand eine Folgevisite statt, bei der die Therapiezufriedenheit mittels des TSQM erneut bestimmt und mit dem PMI korreliert wurde. Dabei zeigte sich, dass sich durch eine bessere Übereinstimmung der vom Patienten gewünschten und der vom Arzt

verordneten Therapie eine höhere Therapiezufriedenheit erzielen lässt [39].

Es muss beachtet werden, dass es auch Patienten gibt, die nicht in die Therapieentscheidung einbezogen werden wollen [40]. Gründe hierfür können beispielweise die Sorge, mangelnde Fachkenntnisse zu besitzen, oder Ängste, die falsche Entscheidung zu treffen, sein [41]. Dennoch sollten auch diese Patienten ermutigt werden, ihre Präferenzen zu äußern, denn die Therapieempfehlung kann, auch wenn sie überwiegend vom Arzt getroffen wird, so für den Einzelnen optimiert werden. Ein ebenfalls zu beachtender Faktor ist das Vertrauen, das sich zwischen Arzt und Patient entwickelt. So fällt die gemeinsame Entscheidungsfindung dem Arzt bei einem ihm gut bekannten Patienten leichter. Die Herausforderung besteht jedoch darin, auch zu Patienten, die sich erstmalig oder auch nur einmalig bei einem Arzt vorstellen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und damit die Therapieentscheidung leichter gemeinsam treffen zu können [41]. Weiter sollte berücksichtigt werden, dass sich Präferenzen und der Wunsch nach aktiver Beteiligung an der Therapieentscheidung im Verlauf einer Erkrankung ändern können [40,41]. Eine regelmäßige Re-Evaluation scheint deshalb wichtig.

## Fazit

Es lässt sich zusammenfassen, dass im Zuge des „shared decision makings“ die Einbeziehung der Patientenpräferenzen in den gemeinsamen Entscheidungsprozess eine große Chance bietet, die Zufriedenheit sowie Compliance/Adhärenz der Patienten zu verbessern und daraus resultierend den Therapieerfolg zu optimieren und möglicherweise auch Kosten zu senken. Studien zur Präferenzhebung in der Dermatologie sind vereinzelt vorhanden. Die Herausforderung ist nun, diese Erkenntnisse in den klinischen Alltag zu integrieren.

Besonders der Vergleich zwischen den Präferenzen von Ärzten und Patienten und die Quantifizierung, zu welchem Nutzen die Adressierung der Patientenpräferenzen führt, sind von Interesse. Weitere Untersuchungen zu diesem Thema sind notwendig.

## Interessenkonflikt

M. L. Schaarschmidt führte klinische Studien durch für AbbVie, Eli Lilly, Merck, Novartis und UCB Pharma, außerdem erhielt sie Honorare von Janssen-Cilag und finanzielle Unterstützung für die Teilnahme an Konferenzen von AbbVie, ALK-Abello, Biogen Inc., Janssen-Cilag und MSD.

M. Augustin hat honorierte Beratungen vorgenommen und/oder Vorträge gehalten für 3M, Bayer Healthcare, Beiersdorf, Birken, Bode, B. Braun, BSN, BVmed, Coloplast, DAK, Diabet concept, Gerromed, GlaxoSmithKline, Johnson & Johnson, Lohmann & Rauscher, Medi, Medovent, Mölnlycke, Sanofi-Aventis, Smith & Nephew, Spirig, Schülke & Mayr, Söring, Sorbion, Systagenix, Urgo. M. Gutknecht gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Abstract

### Patient Preferences in Dermatology

There is a growing advocacy to incorporate patients' individual needs and preferences in treatment decision making. Skin diseases, especially when chronic, can strongly affect the physical,

emotional, professional and social well-being of patients. Thereby the determining factor is not only the disease, but also its management. Discordance between a recommended treatment and patients' preferences can cause dissatisfaction with as well as less compliance/adherence to treatments. It was shown that dermatological patients have defined preferences and an incorporation of these preferences improves treatment satisfaction. The superior goal within the process of "shared decision makings" is to increase treatment satisfaction, facilitate compliance/adherence and thereby improve outcome and optimize medical care.

## Literatur

- 1 Pflugfelder A, Kochs C, Blum A et al. S3-guideline "diagnosis, therapy and follow-up of melanoma" – short version. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013; 11: 563–602
- 2 Nast A, Boehncke WH, Mrowietz U et al. S3-Guidelines on the treatment of psoriasis vulgaris (English version). Update. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013; 10 (Suppl. 02): 1–95
- 3 Carroll CL, Feldman SR, Camacho FT et al. Better medication adherence results in greater improvement in severity of psoriasis. *Br J Dermatol* 2004; 151: 895–897
- 4 Herberger K, Heyer AK, Blome C et al. Development and Use of Guideline-Derived Quality Indicators for Community Lymphoedema. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2013; 27: 227–234
- 5 Augustin M, Rustenbach SJ, Debus S et al. Quality of Care in Chronic Leg Ulcer in the Community: Introduction of Quality Indicators and a Scoring System. *Dermatology* 2011; 222: 321–329
- 6 Brennan PF, Strombom I. Improving health care by understanding patient preferences: the role of computer technology. *J Am Med Inform Assoc* 1998; 5: 257–262
- 7 Koehler AM, Maibach HI. Electronic monitoring in medication adherence measurement. Implications for dermatology. *Am J Clin Dermatol* 2001; 2: 7–12
- 8 Barbosa CD, Balp MM, Kulich K et al. A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient preference and adherence* 2012; 6: 39–48
- 9 Augustin M, Kruger K, Radtke MA et al. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany. *Dermatology* 2008; 216: 366–372
- 10 Dowlatshahi EA, Wakkee M, Arends LR et al. The Prevalence and Odds of Depressive Symptoms and Clinical Depression in Psoriasis Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Invest Dermatol* 2008; 134: 1542–1551
- 11 Blome C, Simianer S, Purwins S et al. Time needed for treatment is the major predictor of quality of life in psoriasis. *Dermatology* 2010; 221: 154–159
- 12 Dubertret L, Mrowietz U, Ranki A et al. European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUOPSO patient membership survey. *Br J Dermatol* 2006; 155: 729–736
- 13 Muhlbacher AC. Der Analytic Hierarchy Process (AHP): Eine Methode zur Entscheidungsunterstützung im Gesundheitswesen. *PharmacoEconomics* 2014; DOI: 10.1007/s40275-014-0011-8
- 14 Zschocke I, Hammelmann U, Augustin M. Therapeutischer Nutzen in der dermatologischen Behandlung – Bewertung von Therapieerfolg aus Arzt- und Patientenperspektive bei Psoriasis und atopischer Dermatitis. *Hautarzt* 2005; 56: 839–846
- 15 Schaarschmidt ML, Schmieder A, Umar N et al. Patient preferences for psoriasis treatments: process characteristics can outweigh outcome attributes. *Arch Dermatol* 2011; 147: 1285–1294
- 16 Augustin M, Holland B, Dartsch D et al. Adherence in the treatment of psoriasis: a systematic review. *Dermatology* 2011; 222: 363–374
- 17 van Cranenburgh OD, de Korte J, Sprangers MA et al. Satisfaction with treatment among patients with psoriasis: a web-based survey study. *Br J Dermatol* 2013; 169: 398–405
- 18 Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. *Med Care* 1993; 31: 1138–1149
- 19 Helm R, Steiner M. Präferenzmessung: Methodengestützte Entwicklung zielgruppenspezifischer Produktinnovationen. Stuttgart: Kohlhammer; 2008
- 20 Delfino M Jr, Holt EW, Taylor CR et al. Willingness-to-pay stated preferences for 8 health-related quality-of-life domains in psoriasis: a pilot study. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59: 439–447
- 21 Krammer R, Heinzerling L. Therapy preferences in melanoma treatment – willingness to pay and preference of quality versus length of life of patients, physicians and healthy controls. *PLoS One* 2014; 9: e111237
- 22 Schmitt J, Meurer M, Klön M et al. Assessment of health state utilities of controlled and uncontrolled psoriasis and atopic eczema: a population-based study. *Br J Dermatol* 2008; 158: 351–359
- 23 Zug KA, Littenberg B, Baughman RD et al. Assessing the preferences of patients with psoriasis. A quantitative, utility approach. *Arch Dermatol* 1995; 131: 561–568
- 24 Lundberg L, Johannesson M, Silverdahl M et al. Quality of life, health-state utilities and willingness to pay in patients with psoriasis and atopic eczema. *Br J Dermatol* 1999; 141: 1067–1075
- 25 Opmeer BC, Heydenraet VM, deBorgie CA et al. Patients with moderate-to-severe plaque psoriasis preferred oral therapies to phototherapies: a preference assessment based on clinical scenarios with trade-off questions. *J Clin Epidemiol* 2007; 60: 696–703
- 26 Augustin M, Radtke MA, Zschocke I et al. The patient benefit index: a novel approach in patient-defined outcomes measurement for skin diseases. *Arch Dermatol Res* 2009; 301: 561–571
- 27 Kellett N, West F, Finlay AY. Conjoint analysis: a novel, rigorous tool for determining patient preferences for topical antibiotic treatment for acne. A randomised controlled trial. *Br J Dermatol* 2006; 154: 524–532
- 28 Tinelli M, Ozolins M, Bath-Hextall F et al. What determines patient preferences for treating low risk basal cell carcinoma when comparing surgery vs imiquimod? A discrete choice experiment survey from the SINS trial. *BMC Dermatol* 2012; 12: 19
- 29 Torbica A, Fattore G, Ayala F. Eliciting preferences to inform patient-centred policies: the case of psoriasis. *PharmacoEconomics* 2014; 32: 209–223
- 30 Muhlbacher AC, Juhnke C. Patient preferences versus physicians' judgement: does it make a difference in healthcare decision making? *Appl Health Econ Health Policy* 2013; 11: 163–180
- 31 Eastman WJ, Malahias S, Delconte J et al. Assessing attributes of topical vehicles for the treatment of acne, atopic dermatitis, and plaque psoriasis. *Cutis* 2014; 94: 46–53
- 32 Umar N, Yamamoto S, Loerbroks A et al. Elicitation and use of patients' preferences in the treatment of psoriasis: a systematic review. *Acta Derm Venereol* 2012; 92: 341–346
- 33 Kromer C, Schaarschmidt ML, Schmieder A. Patient Preferences for Treatment of Psoriasis with Biologicals: A Discrete Choice Experiment. *PLoS One* 2015; 10: e0129120
- 34 Schaarschmidt ML, Umar N, Schmieder A et al. Patient preferences for psoriasis treatments: impact of treatment experience. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2013; 27: 187–198
- 35 Schmieder A, Schaarschmidt ML, Umar N. Comorbidities significantly impact patients' preferences for psoriasis treatments. *J Am Acad Dermatol* 2012; 67: 363–372
- 36 Keating NL, Guadagnoli E, Landrum MB et al. Treatment decision making in early-stage breast cancer: should surgeons match patients' desired level of involvement? *J Clin Oncol* 2002; 20: 1473–1479
- 37 Gattellari M, Butow PN, Tattersall MH. Sharing decisions in cancer care. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1865–1878
- 38 Shabason JE, Mao JJ, Frankel ES et al. Shared decision-making and patient control in radiation oncology: implications for patient satisfaction. *Cancer* 2014; 120: 1863–1870
- 39 Umar N, Schaarschmidt M, Schmieder A et al. Matching physicians' treatment recommendations to patients' treatment preferences is associated with improvement in treatment satisfaction. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2013; 27: 763–770
- 40 Albrecht KJ, Nashan D, Meiss F et al. Shared decision making in dermatology: preference for involvement of melanoma patients. *Melanoma Res* 2014; 24: 68–74
- 41 Say RE, Thomson R. The importance of patient preferences in treatment decisions – challenges for doctors. *Br Med Journal* 2003; 327: 542–545