

Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie

1/15

www.hogrefe.de/zeitschriften/zkp

Herausgeber:

Brunna Tuschen-Caffier

Cornelia Exner · Alexander L. Gerlach

Jürgen Hoyer · Tina In-Albon

Michael Witthöft

HOGREFE



Originalia	Haarig, F. & Mühlig, S.: Nutzung von Conjoint-Analysen zur Messung von Therapiezielpräferenzen aus Patientenperspektive in der Behandlung psychischer Störungen. Eine systematische Literaturübersicht <i>Conjoint Analysis for Measuring Treatment Preferences of Patients With Psychiatric Disorders: A Systematic Literature Review</i>	1
	Witkovsky, A. & Braakmann, D.: Die Bedeutung partnerschaftlicher Stressbewältigung für die Beziehungsqualität und die posttraumatische Symptomausprägung <i>The Importance of Coping Strategies for Relationship Quality and Posttraumatic Symptom Severity</i>	17
	Weiss, M., Schmucker, M. & Lösel, F.: Meta-Analyse zur Wirkung familienbezogener Präventionsmaßnahmen in Deutschland <i>Meta-Analytic Review of Family-Based Prevention Programs in Germany</i>	27
	Eisenbarth, H. & Alpers, G. W.: Diagnostik psychopathischer Persönlichkeitszüge bei Straftätern. Interne Konsistenz und differenzielle Validität der deutschen Version des PPI-R im Maßregel- und Strafvollzug <i>Assessment of Psychopathic Traits in Criminals: Internal Consistency and Differential Validity of the German Version of the PPI-R in Forensic Inpatients and Prisoners</i>	45
	Erratum	54

Kurzbericht	Frantz, I. & Heinrichs, N.: Implementation von in der Forschung untersuchten Präventionsprogrammen in die Praxis. Akzeptanz und Barrieren <i>Implementation of Evidence-Based Prevention Programs Into Practice: Attitudes and Barriers</i>	56
--------------------	--	----

Buchbesprechungen	Suchodoletz, A. v.: Besprechung von: Lohaus, A. & Glüer, M. (Hrsg.). (2014). Entwicklungsförderung im Kindesalter. Grundlagen, Diagnostik und Interventionen	62
--------------------------	--	----

Nachrichten	Arbeitsgemeinschaft für VerhaltensModifikation e.V.	63
	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	64
	Sektion Klinische Psychologie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)	67
	Veranstaltungen und Ankündigungen	68

Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Ihr Artikel wurde in einer Zeitschrift des Hogrefe Verlages veröffentlicht. Dieser e-Sonderdruck wird ausschließlich für den persönlichen Gebrauch der Autoren zur Verfügung gestellt. Eine Hinterlegung auf einer persönlichen oder institutionellen Webseite oder einem sog. „Dokumentenserver“ bzw. institutionellen oder disziplinären Repository ist nicht gestattet.

Falls Sie den Artikel auf einer persönlichen oder institutionellen Webseite oder einem sog. Dokumentenserver bzw. institutionellen oder disziplinären Repository hinterlegen wollen, verwenden Sie bitte dazu ein „pre-print“ oder ein „post-print“ der Manuskriptfassung nach den Richtlinien der Publikationsfreigabe für Ihren Artikel bzw. den „Online-Rechte für Zeitschriftenbeiträge (www.hogrefe.de/zeitschriften).

Nutzung von Conjoint-Analysen zur Messung von Therapiezielpräferenzen aus Patientensicht in der Behandlung psychischer Störungen

Eine systematische Literaturübersicht

Frederik Haarig und Stephan Mühlig

Institut für Psychologie, Professur für Klinische Psychologie, TU Chemnitz

Zusammenfassung. Hintergrund: Im Zuge der wachsenden Bedeutung von Ansätzen zur Patientenorientierung und -partizipation in der Gesundheitsversorgung gewinnt die Bestimmung subjektiver Therapiezielpräferenzen unterschiedlicher Akteure (Patienten, Behandler, Angehörige) zunehmend an Forschungsinteresse. Stated-Preference-Methoden ermöglichen die systematische Untersuchung speziell patientenorientierter Fragestellungen. **Ziele der Studie:** Identifikation und Beschreibung (nach formalen, methodischen und inhaltlichen Merkmalen) von Studien mit Stated-Preference-Methoden (Conjoint Measurements, Conjoint Analysis, Discrete Choice Experiments) in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen mit dem Ziel, eine Bewertung zur Anwendbarkeit der Methode (Potential, Nutzen, Grenzen) in zukünftiger patientenorientierter Forschung abzuleiten. **Methode:** Systematische Literaturrecherche mit folgenden Studieneinschlusskriterien: *Participants:* Interventionen zur Behandlung von Patienten mit psychischer Störung; *Intervention:* psychotherapeutische, psychiatrische, hausärztliche Behandlungen (stationär, teil-stationär, ambulant); *Comparison:* Studien mit keiner (Ein-Gruppen-Design) oder mindestens einer Kontrollgruppe; *Outcomes:* conjoint-spezifische Angaben zu Nutzenwerten. **Ergebnisse:** Conjoint-Analysen werden in unterschiedlichen Forschungsdesigns und unter heterogenen Rahmenbedingungen (Stichprobe, Störungsbild, Setting, Intervention, Zieldimension) zur Messung von Therapiezielpräferenzen eingesetzt. Die Erstellung des Conjoint-Designs erfolgt in der Regel reduziert (orthogonal), mithilfe von Softwarepaketen, die Erhebung als Fragebogen. **Schlussfolgerungen:** Conjoint-Analysen ermöglichen differenzierte Aussagen über Therapiepräferenzstrukturen auf Basis relationaler Beurteilungsszenarien und stellen damit eine fundiertere Basis zur Verbesserung der Patientenorientierung in der Gesundheitsversorgung zur Verfügung. Die Befundlage belegt, dass sich die Methode zur Untersuchung patientenorientierter Fragestellungen (mehrheitlich zu Pharmakotherapie und Kombinationsbehandlung) in der Versorgung psychischer Störungen (depressive Störungen, ADHS, Schizophrenie, bipolare Störungen, Tabak- und Alkoholabhängigkeit und chronische Schmerzen) eignet. Allerdings ist der erfolgreiche Einsatz der Methodik an einige Voraussetzungen geknüpft (u. a. Unabhängigkeit der betrachteten Therapiezielaspekte, Designkomplexität). Forschungsbedarf besteht u. a. im Hinblick auf bisher nicht untersuchte Störungsbilder (u. a. somatoforme, Angst-, Ess-, Persönlichkeitsstörungen) und Interventionen (u. a. reine Psychotherapie, störungsspezifische Behandlungen).

Schlüsselwörter: Patientenorientierung, psychische Störungen, Behandlungspräferenzen, Conjoint Analyse, Stated-Preference-Methoden

Conjoint Analysis for Measuring Treatment Preferences of Patients With Psychiatric Disorders: A Systematic Literature Review

Abstract. Background: Due to the growing interest in patient participation and patient-centered health care, the determination of subjective treatment goals of the health system's various actors (patients, professionals, relatives) becomes more important. Stated preference methods allow for the systematic investigation of patient-centered objectives. **Aims:** Identification and description (according to formal, methodological, and contentual criteria) of studies which apply stated preference methods (conjoint measurements, conjoint

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen. Die Arbeit entstand im Rahmen des BEPE-Projektes zur „Entwicklung eines Verfahrens zur Beurteilung der Evidenzlage unter systematischer Einbeziehung gewichteter patientenrelevanter Endpunkte“, das vom

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderschwerpunkt „Versorgungsnaher Forschung – Patientenorientierung und Chronische Krankheiten“, Förderkennzeichen: 01GX1044) gefördert wird (<http://forschung-patientenorientierung.de/>).

analysis, discrete choice experiments) in the health care for patients suffering from psychiatric disorders, in order to evaluate the method's applicability (potential, convenience, limitations) in future patient-centered research. **Method:** Systematic literature review applying the following inclusion criteria: *Participants:* interventions treating patients with psychiatric disorders; *Intervention:* psychotherapeutic, psychiatric, general practice (in-patient, day-patient, out-patient); *Comparison:* studies with no (one-group-design) or at least one control group; and *Outcomes:* conjoint-specific information on utility values. **Results:** Conjoint analysis is applied to various study designs under heterogeneous conditions (sample, disorder, setting, treatment, goals) to access preferences about treatment goals. Conjoint designs are usually applied in fractional orthogonal design, using software packages, data is collected with questionnaires. **Conclusions:** Conjoint analysis allows sophisticated conclusions about patients' preferences for treatment goals based on relational judgments and therefore offers a sound basis for improving patient-centeredness in health care. Findings show that conjoint analysis can be applied to investigate patient-centered objectives (mostly pharmacotherapy and combined therapy) in health care of psychiatric disorders like depression, ADHD, schizophrenia, bipolar disorders, tobacco and alcohol related disorders, or chronic pain. However, the successful use requires certain conditions (e.g., independence of the considered treatment goals, complexity of design). There is need for further research including not yet investigated disorders (e.g., somatic related, anxiety, eating, personality disorders) and interventions (e.g., only psychotherapy, disorder specific treatments).

Keywords: patient orientation, mental disorders, treatment preferences, conjoint analysis, stated preference methods

Hintergrund

Patientenorientierte Forschung und Versorgung

Patienten wollen mehrheitlich als aktive Partner im Behandlungsprozess akzeptiert werden (Böcken, Braun & Schnee, 2004; Coulter & Magee, 2003; Loh, Simon, Kriston & Härter, 2007; Hamann et al., 2011). In den letzten 20 Jahren hat sich dementsprechend eine emanzipative Grundhaltung im Gesundheitswesen entwickelt, die die Patienten als Nutzer von Gesundheitsdienstleistungen und als Experten ihrer eigenen Erkrankung stärker in den Mittelpunkt des Geschehens stellt (Coulter & Magee, 2003). Unter dem Begriff „Patientenorientierung“ wird die Abstimmung von Strukturen, Prozessen und Ergebnisparametern des Gesundheitsversorgungssystems auf die Interessen, Bedürfnisse und Wünsche des Patienten verstanden (Klemperer, 2000). Patientenorientiertes Handeln bezieht sich im Kern auf einen respektvollen und gleichberechtigten Umgang der Ärzte bzw. Psychotherapeuten mit den Patienten, einschließlich der expliziten Integration subjektiver Wünsche, Bedürfnisse, Ziele und Befürchtungen. Dies schließt eine vollständige Aufklärung der Patienten über sämtliche therapierelevante Fragen und ihre ausdrückliche Einwilligung dazu („informed consent“) genauso ein, wie ihre aktive Partizipation bei Therapiezielbestimmung, -entscheidung, -planung und -umsetzung. „Shared decision making“ (SDM) bzw. der synonym verwendete Begriff „Partizipative Entscheidungsfindung“ (PEF) wird definiert als Interaktionsprozess des wechselseitigen Informationsaustauschs, an dem sich 1) mindestens zwei Akteure (z. B. Patient und Arzt) 2) aktiv und gleichberechtigt beteiligen und 3) aufgrund geteilter Informationen durch Abwägen und Aushandeln gemeinsam verantwortete Entscheidungen treffen (Faller, 2012; Loh et al., 2007). SDM dient dazu, bei der Therapieplanung und -entscheidung Werte, Vorstellungen und Ziele von Patienten explizit einzubeziehen (Faller, 2012) und auf diese Weise Eigenverantwortlichkeit, Kontrollerleben und Therapiemotivation zu stärken (Faller & Lang,

2006). Patientenorientiertes Handeln ist nicht per se mit SDM gekoppelt, unter bestimmten Umständen (Schutz vor Selbstgefährdung, Zwangsmaßnahmen, Vermeidung von Sensitivierungsprozessen, Gefährdung des Therapieerfolges) ist die begründete Nicht-Aufklärung und damit der Verzicht auf SDM für patientenorientierte Entscheidungen sogar notwendig. SDM kann sowohl auf Patientenseite als auch im Hinblick auf die Arzt-Patient-Beziehung in positiven Effekten resultieren.

Ein Cochrane-Review über $N = 115$ Studien (RCTs, im Vergleich zu TAU) kam zu dem Ergebnis, dass die Nutzung von Entscheidungshilfen (decision aids) im Rahmen von SDM zu erhöhtem Behandlungswissen, realistischeren Erwartungen über Krankheitsverläufe, geringeren Entscheidungskonflikten und verbesserter Compliance führt (Stacey et al., 2014). In einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von Patientenpartizipation ($N = 256$ RCTs) stellte sich heraus, dass Interventionen mit partizipativer Komponente (SDM, Selbstmanagementansatz) unter anderem zu einer Zunahme des Patientenwissens zu Störungen und Interventionen, einer aktiveren Beteiligung am Behandlungsprozess sowie einer Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation und Risikowahrnehmung führte (Loh et al., 2007). Desweiteren ließ sich in Primärstudien nachweisen, dass die Beteiligung von Patienten am therapeutischen Prozess mit mehr Selbstmanagement (Hibbard, Mahoney, Stock & Tuster, 2007), höherer Therapiezufriedenheit, verbesserter Behandlungsadhärenz (Bieber, Loh, Ringel, Eich & Härter, 2007), verbessertem Gesundheitszustand und geringerer Inanspruchnahme (Coulter & Ellins, 2007) einherging. Diese Befunde weisen auf den potenziellen Nutzen von Patientenorientierung und -beteiligung in Therapiesettings hin, was die Bedeutsamkeit von systematisch ermittelten empirischen Daten über Patientenbedürfnisse und -präferenzen verdeutlicht. Die methodische Umsetzung therapiezielbezogener Fragestellungen der patientenorientierten Forschung gelingt u. a. mithilfe von Stated-Preference-Methods. Allerdings war bislang empirisch ungeprüft, wie häufig, in welcher Form und mit welchem Nutzen hinsichtlich der methodischen Anwend-

barkeit Conjoint-Analysen in Studien zur Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen Anwendung finden.

Stated Preference Methods – Conjoint-Analyse

Stated Preference Methods dienen der empirischen und systematischen Abbildung von Entscheidungsverhalten in Bezug auf eine Auswahlalternative (z. B. Produkt oder Leistung). Die Conjoint-Analyse (synonym: Conjoint Measurement, Choice-Based Conjoint-Analyse (CBC), Discrete Choice Experiment (DCE)) ist das bekannteste Verfahren zur präferenzbasierten Nutzenmessung (Szeinbach, Barnes, McGhan, Murawski & Corey, 1999; Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2011). Übertragen auf die patientenorientierte Forschung wird die relative Wertigkeit von Einzelmerkmalen der Leistung (bspw. das therapeutische Setting) in Form von direkten (kontingenten) Bewertungen identifiziert und die von Patienten wahrgenommene Nützlichkeit von Behandlungen in Abhängigkeit ihrer Bedürfnisse, Wünsche und Interessen mit hohem Systematisierungsgrad bestimmt und vorhergesagt. Dieser methodische Ansatz wird derzeit vor allem im Bereich der Gesundheitsökonomie praktiziert (Mühlbacher, Bethge, Ekert, Tockhorn & Nübling, 2008a). Die Bekker-Grob, Ryan und Gerard (2012) identifizierten innerhalb eines systematischen Reviews $N = 148$ Originalstudien, die Stated-Preference-Methods (Conjoint-Analyse, DCE) zur Beantwortung gesundheitsökonomischer und -politischer Fragestellungen (u. a. zur Gewichtung von Endpunkten und Erfahrungswerten im Rahmen der Gesundheitsversorgung; Einschätzung des Nutzens von Maßnahmen und Behandlungen anhand von Quality Adjusted Life Years (QALY), zu gesundheitsökonomischen Kosten-Nutzen-Analysen bei der Einführung neuer Therapiemaßnahmen) nutzten, wobei Studien zur Präferenzbeurteilung im Zeitraum von 2001–2008 im Vergleich zur früheren Dekade 1990–2000 häufiger durchgeführt wurden (1990–2000: $N = 34$; 2001–2008: $N = 114$). Diesen Anstieg führen die Autoren auf die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten der Methode zurück.

Bezüglich Versorgungsleistungen (bspw. therapeutische Maßnahmen) werden Probanden zu ihren Präferenzen befragt, indem sie mit verschiedenen alternativen Beschreibungen einer fiktiven Gesundheitsleistung konfrontiert werden (Bridges, Onukwgha, Johnson & Hauber, 2007; Ryan et al., 2001; Yen, 2006). Die Leistung wird mithilfe einer detaillierten Auflistung ihrer spezifischen Attribute und Attributsausprägungen differenziert beschrieben. Auf diese Weise können a) quantifizierbare Gesamtnutzenwerte für die einzelnen relevanten Leistungen berechnet (z. B. Wie nützlich schätzen Patienten einzelne Therapieverfahren wie Pharmakotherapie, Psychoedukation oder Verhaltenstherapie per se ein?) und b) Präferenzurteile für Einzelleistungen im direkten Vergleich zu

anderen Leistungen abgeleitet (z. B. Welches Therapieverfahren (Pharmakotherapie, Psychoedukation, Verhaltenstherapie) wird im Vergleich untereinander von Patienten am stärksten präferiert?) werden (vgl. Mühlbacher, Lincke & Nübling, 2008b). Innerhalb des Bewertungsprozesses sollen die Befragten verschiedene Attribute spezifischer Leistungen, inklusive der damit einhergehenden Vor- und Nachteile, relativ zueinander abwägen, um jeweils deren subjektive Bedeutung zu bestimmen (Paar- oder Mehrfachvergleich). In der Studie von Mühlbacher et al. (2008b) wurden Patienten mit Knochenmarkkrebs befragt, welchen Therapieelementen sie die höchste Bedeutung zuordneten. Insgesamt 282 Patienten wurden acht Wahlszenarien vorgelegt mit der Frage sich je Szenario für eine von zwei dargestellten Therapien (Treatment A vs. B) zu entscheiden. Die Behandlungen setzten sich aus je acht Therapieeigenschaften (Lebenserwartung, Nebenwirkungen, therapiefreie Intervalle, körperliche, emotionale, soziale Lebensqualität, Applikationsform, zusätzliche Behandlungsoptionen) á jeweils drei Ausprägungen (unterschiedlicher Grad der Erfüllung der Therapieeigenschaften) zusammen. Sämtliche Wahlentscheidungen wurden über alle Patienten hinweg zu Gewichtungsfaktoren verrechnet, deren Stärke Ausdruck für die jeweilige Präferenz der Patienten (für eine Therapieeigenschaft sowie eine Ausprägung der Eigenschaften) war. Im Ergebnis beurteilten Patienten eine verlängerte Lebenserwartung, therapiefreie Intervalle, geringe Nebenwirkungen und zusätzliche Behandlungsoptionen als am wichtigsten. Ferner waren Patienten Therapiepausen und eine verbesserte emotionale Lebensqualität wichtig.

Die Auswahl von Attributen und deren Ausprägungen erfolgt mit dem Ziel, Stimuli (z. B. Maßnahmen oder Leistungen) eines Sets theoretisch fundiert und repräsentativ für den jeweiligen Untersuchungskontext zu bestimmen. Bei Auswahlentscheidungen (Choice-Based Conjoint-Analyse) zu Behandlungen sollte ein Set von Entscheidungsalternativen genutzt werden, das durch behandlungsbezogene *Attribute* (z. B. Reduktion der Primärsymptomatik, Behandlung von Sekundärproblemen, Integration adjuvanter Therapieansätze) und *Ausprägungen* (z. B. signifikante Reduktion der Primärsymptomatik, Behandlung von Sekundärproblemen ist möglich, adjuvante Therapieansätze werden integriert) beschrieben ist. Die Auswahl von Attributen und Ausprägungen kann hierbei anhand von empirischen Vorbefunden bspw. aus Behandlungsleitlinien und/oder Patientenbefragungen erfolgen. Dadurch ist gewährleistet, dass die ausgewählten Kerndimensionen zur Beschreibung der Versorgungsleistungen repräsentativ und valide den Untersuchungsgegenstand abbilden. Das Spektrum an Methoden zur Abbildung reicht von Plausibilitätsprüfungen über qualitative Voruntersuchungen (Workshops und Arbeitsgruppen), faktorenanalytische Analysen von Vorabbefragungen bis hin zu einer Kombination unterschiedlicher Vorgehensweisen (Mühlbacher & Nübling, 2010; Mühlbacher et al., 2008a). Prinzipiell sollte bei der Auswahl nach folgenden Kriterien vorgegangen wer-

den: *Präferenzrelevanz, Beeinflussbarkeit, Unabhängigkeit* der Attribute, *Realisierbarkeit* der und *kompensatorische Beziehung* zwischen den Attributsausprägungen, *keine Ausschlusskriterien* (K.O.-Kriterien) und *Begrenzung* der Anzahl an Attributen und Ausprägungen, nähere Erläuterungen in Backhaus et al., 2011.

Im Rahmen von Discrete Choice Experiments (DCE) erfolgen Auswahlentscheidungen mithilfe von „Choice Sets“. Ein Choice Set stellt die Gesamtheit von Alternativen (z. B. Behandlungsoptionen) dar und bildet zugleich die Grundlage für Auswahlentscheidungen. Bei der Bestimmung des Designs werden zwei Typen unterschieden: Vollständig (full factorial) vs. minimal faktorielle Designs (fractional factorial). Probanden (oder Patienten) nehmen an einem fiktiven Wahlexperiment teil, bei dem sie sich für eine bestimmte Alternative unter mehreren mit unterschiedlichen Attributsausprägungen entscheiden (Mühlbacher, Bethge & Tockhorn, 2009). Mithilfe der Wahlexperimente können Einflüsse einzelner Attribute auf den Gesamtnutzen einer Alternative sowie Interaktionseffekte zwischen den Attributsausprägungen (Präferenz für ein Attribut hängt von einer bestimmten Ausprägung eines anderen Attributs ab) untersucht werden (De Bekker-Grob et al., 2012). Bei der Bestimmung des Designs sollte dabei ein *maximal effizientes* Choice Set angestrebt werden (Burgess & Street, 2003). Um maximale Effizienz zu erzielen, sollte nach vier relevanten Kriterien vorgegangen werden: a) *Ausgewogenheit der Ausprägungen (level balance)*, b) *Orthogonalität (orthogonality)*, c) *Minimale Überschneidung (minimal overlap)* und d) *Ausgewogenheit der Nutzenwerte (utility balance)*, nachzulesen in Huber & Zwerina (1996). Die rechnerische Umsetzung des Designs anhand der Kriterien nach Huber und Zwerina (1996) erfolgt mithilfe von Computerprogrammen wie SYSTAT, SPEED, SAWTOOTH, GOSSET, SAS oder SPSS.

Zielstellungen

Ziel ist die Erstellung einer systematischen Übersicht von Studien, die Conjoint-Analysen zur Umsetzung einer patientenorientierten Forschung im Rahmen der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen nutzen. Relevante Studien sollen systematisiert beschrieben und Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Anwendbarkeit von Conjoint-Analysen in diesem Versorgungsbereich abgeleitet werden. Auf folgende Kernfragen wird Bezug genommen:

1. Wie viele Conjoint-Studien zur patientenorientierten Forschung in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen können identifiziert werden?
2. Unter welchen Rahmenbedingungen (Stichprobe, Störungsbild, Setting, Intervention, Zieldimension) werden Conjoint-Analysen angewandt?

Auf Basis der Ergebnisse wird eine ausführliche Diskussion zwei weiterer Kernfragen vorgenommen:

3. Worin bestehen methodisches Potential, klinischer Nutzen und Grenzen der Methodik?
4. Welche Schlussfolgerungen lassen sich für die zukünftige (patientenorientierte) Forschung und Versorgung ableiten?

Der Schwerpunkt der Übersichtsarbeit liegt auf Anwendbarkeit und methodischer Umsetzung von Conjoint-Analysen. Von einer inhaltlichen Auswertung und anwendungsorientierten Einordnung der Studienergebnisse wird an dieser Stelle abgesehen.

Methode

Ein- und Ausschlusskriterien

Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienauswertung sind in Tabelle 1 dargestellt. Sie entsprechen den Vorgaben der Cochrane Collaboration (PICO-Schema: *Participants – Intervention – Comparison – Outcome*).

Suchstrategie

Die Auswahl von Suchbegriffen orientierte sich an den search terms neuerer, bei der Cochrane Collaboration publizierter systematischer Reviews oder empirischer Untersuchungen einschlägiger Autorenguppen im Bereich Conjoint-Analyse (Anhang, S. 17). Zur Entscheidung für eine passende Suchstrategie wurden die Termini für die wichtigsten Dimensionen der beschriebenen Einschlusskriterien (*Participants, Intervention, Conjoint-Analyse*) mittels OR- und AND-Operatoren miteinander verknüpft. Die vollständige Suchstrategie und deren Quellen sind im Anhang einsehbar. Die Literaturrecherche wurde in vier Schritten durchgeführt:

1. *Datenbankrecherche*: PsycInfo, Psynindex, Medline, PsycArticles, Cochrane, Web of Science
2. *Handsuche Teil I*: Die Auswahl relevanter Zeitschriften erfolgte nach Vorrecherchen (methodisch orientierte Journals, Journals, in denen bereits Artikel zur Theorie der Conjoint-Analyse publiziert wurden). Fachzeitschriften: *Clinical Rehabilitation, Journal of Rehabilitation Medicine, American Journal of Public Health, BMC Public Health, BMC Psychiatry, Archives of Public Health, Global Public Health, International Journal of Public Mental Health, Public Health, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), Value in Health, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Das Gesundheitswesen, Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Bundesgesundheitsblatt, Die Rehabilitation*
3. *Handsuche Teil II*: Rückwärtssuche (Analyse des Literaturverzeichnisses eingeschlossener Studien), Zitationsanalyse, Durchsicht von Homepages und Referenz-

Tabelle 1. Übersicht zu Ein- und Ausschlusskriterien (nach PICO)

Dimension	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Studientyp	<ul style="list-style-type: none"> • randomisiert-kontrolliert, • kontrolliert, • quasi-experimentell, • nicht-experimentell (Ein-Gruppen-Design) 	<ul style="list-style-type: none"> • unsystematische Einzelfallanalysen, • Kasuistiken, • Konferenzbeiträge, • Expertenmeinungen
Participants	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung von Menschen mit psychischer Primärdiagnose • Patienten-, Behandler-, Angehörigen- und nicht-klinische Stichproben 	<ul style="list-style-type: none"> • Primärdiagnose: nicht-psychische Störung
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeutische, hausärztliche, fachärztliche, psychiatrische/psychosomatische Versorgungsmaßnahmen von Patienten mit einer psychischen Störung • stationär, teil-stationär oder ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • keine untersuchte Therapie • keine psychotherapeutischen, hausärztlichen, fachärztlichen, psychiatrischen/psychosomatischen Versorgungsmaßnahmen (medizinische Behandlungen)
Comparison	<ul style="list-style-type: none"> • Studien mit keiner (Ein-Gruppen-Design) oder mindestens einer Kontrollgruppe • Kontrollgruppe(n): <ul style="list-style-type: none"> • passiv ((attention) Placebo, keine Intervention, Routine-Versorgung, treatment-as-usual, Warteliste) • aktiv (andere Intervention, Variante der untersuchten Intervention) 	<ul style="list-style-type: none"> • kein Ausschlusskriterium
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> • conjoint-spezifische Angaben zu Nutzenwerten • zusätzliche Assessments: <ul style="list-style-type: none"> • Kosten-Nutzen-Analysen • Log-Likelihood-Analysen • Willingness to pay/accept-Statistiken • Modell-Fit (Chi²-Test, Pearson-Korrelation) 	<ul style="list-style-type: none"> • keine conjoint-spezifischen Angaben

listen von Autoren- und Forschergruppen, die bereits zu Grundlagen und Theorie publiziert sowie zum Thema geforscht haben (kontinuierliche Aktualisierung und Ergänzung während des gesamten Forschungsprozesses)

4. Studienregistersuche:

- a.) World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry Platform Search Portal (<http://apps.who.int/trialsearch/>)
- b.) ClinicalTrials.gov (<http://clinicaltrials.gov/>)
- c.) Deutsches Register Klinischer Studien (<http://www.randomtr.de/>)

Recherchen in Datenbanken, Fachzeitschriften und Studienregistern erfolgten in den Suchkategorien „Title“, „Abstract“ und „Keywords/Subject“. Eine Einschränkung nach Erscheinungsjahr und Publikationszeitraum wurde nicht vorgenommen. Die Recherche erfolgte im Zeitraum von 2013 bis einschließlich August 2014 jeweils separat durch zwei unabhängige Reviewer (FH, SM) mittels gestuften Ausschlussverfahrens (1. Titel-, 2. Abstractebene). Die Extraktion relevanter Informationen wurde anhand der Merkmale zur Studiensystematisierung vorgenommen. Die Extraktion erfolgte separat durch zwei unabhängige Reviewer

(FH, SM) und mithilfe von Extraktionsbögen zur einheitlichen Operationalisierung der Merkmale.

Studiensystematisierung

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden die gefundenen Studien nach formalen, methodischen und inhaltlichen Merkmalen systematisiert und ausgewertet (Tabelle 2).

Ergebnisse

Überblick zu Suchergebnissen

Die Suchergebnisse sind in Abbildung 1 dargestellt. Die Suche ergab 15 mögliche Treffer (aus 15.862 Sucheinträgen). Nach Sichtung der Volltexte konnten N = 18 relevante Studien identifiziert werden (Tabelle 3). Davon nutzten 17 Studien Discrete Choice Experiments (DCE) und eine Studie Choice-Based Conjoint-Analysen (CBC). 13 Studien wurden im Rahmen der Datenbankrecherche

Tabelle 2. Übersicht zu Merkmalen und Variablen zur Systematisierung der Studien

Merkmal zur Systematisierung	Variablen
formal	Publikationsjahr Stichprobengröße Fachzeitschrift und Impact-Faktor Studienland
methodisch	Anzahl verwendeter Attribute Anzahl der Ausprägungen je Attribut Anzahl der Wahlentscheidungen pro Proband Erhebungsmethode Conjoint-Design untersuchte Effekte Vorgehen bei der Auswahl von Attributen und Ausprägungen
inhaltlich	Stichprobe Störungsbild Art des Settings Intervention Zieldimensionen Fragestellung und Ergebnisdarstellung

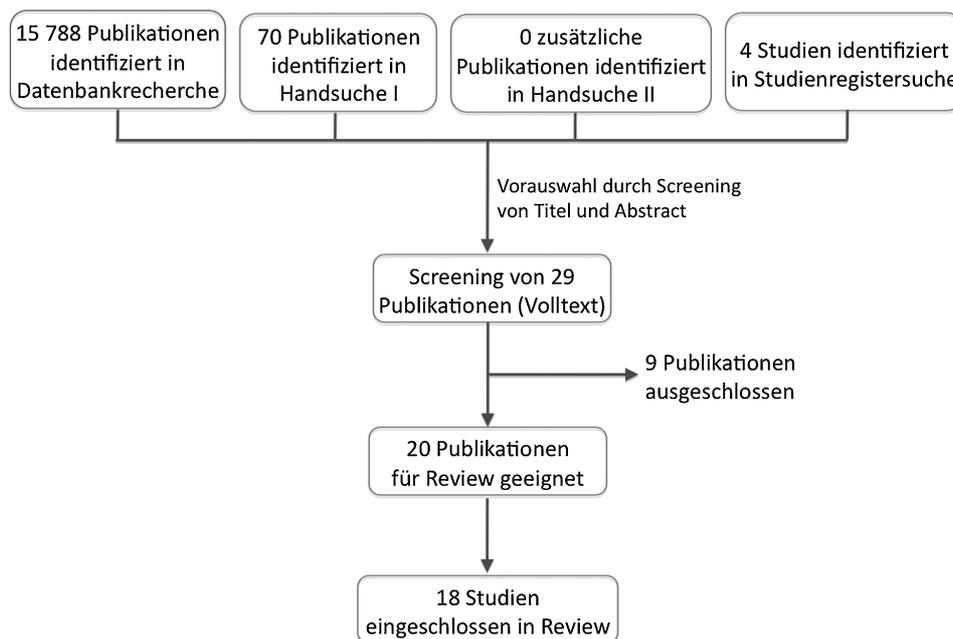


Abbildung 1. Überblick zu den Suchergebnissen.

und fünf mittels Handsuche gefunden. Vier Publikationen wurden ausgeschlossen, da es sich um Artikel zur Theorie der Conjoint-Analyse und nicht um empirische Studien handelte (Lutz, Martinovich, Howard & Leon, 2002; Puschner et al., 2008; Sorenson, Gorsuch & Mintz, 1985; van Til, Stiggelbout & Ijzermann, 2009), fünf Studien untersuchten Interventionen, die sich auf Patienten mit einer nicht-psychischen Primärdiagnose bezogen (Gaite et al., 2002; Goodman, Holder, Nishiura & Hankin, 1992; Goto, Nishimura & Ida, 2007; Johnson, V. Smith, G. Smith, 2009; McCrone et al., 2001). Es ließ sich keine aktuell (bis einschließlich August 2014) laufende Studie

(ongoing study) finden. Nähere Informationen zu den eingeschlossenen Studien sind in Tabelle 3 dargestellt.

Einordnung der Studien nach Systematisierungsmerkmalen

Formale Merkmale

Innerhalb der Studien wurden $N = 6.984$ Personen untersucht (Min = 21, Max = 1.388). Die Conjoint-Studien

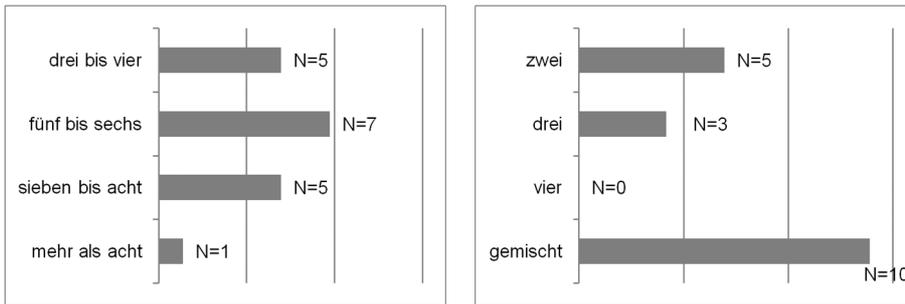


Abbildung 2a und b. a) Verteilung Anzahl verwendeter Attribute (li.) und b) Attributsausprägungen (re.).

wurden hauptsächlich in den USA ($N = 8$) und Deutschland ($N = 6$) durchgeführt. Bis einschließlich 2007 wurden vier, im Zeitraum von 2008 bis 2013 insgesamt 14 Studien identifiziert, die in anerkannten Fachzeitschriften publiziert wurden (durchschnittlicher Impact = 2.158 Punkte; $N = 15$ ohne „The Patient“).

Methodische Merkmale

Verwendete Attribute und Attributsausprägungen

Die durchschnittliche Anzahl an verwendeten Attributen lag bei 6.2 (Max = 18, vgl. Abb. 2a). Über ein Drittel der Studien nutzte fünf bis sechs Attribute zur Erstellung des Conjoint-Designs. Bei der Festlegung der Anzahl von Ausprägungen trat in über der Hälfte der Fälle ($N = 10$) eine Kombination unterschiedlicher Ausprägungshäufigkeiten auf (Abb. 2b). Vielfach kombiniert wurden zwei, drei und vier Ausprägungen. Das Maximum an Ausprägungen eines Attributs lag bei 18 (siehe Abb. 2).

Anzahl an Wahlentscheidungen und Erhebungsmethode

Die durchschnittliche Anzahl von Wahlentscheidungen innerhalb eines Choice Sets lag bei elf Entscheidungen je Studienteilnehmer. In 16 Studien wurden Teilnehmern acht oder mehr Wahlentscheidungen präsentiert (Max = 27). Hinsichtlich der Erhebungsmethode kamen in den meisten Fällen ($N = 15$) Fragebögen zum Einsatz ($N = 6$ online; $N = 5$ paper-pencil; $N = 4$ Kombination). Strukturierte Interviews fanden in drei Studien Anwendung.

Conjoint-Design und untersuchte Effekte

In allen Studien wurde ein reduziertes Design (fractional factorial) verwendet, mit Ausnahme von einer Studie im full factorial Design (Flach & Diener, 2004: Kombination von zwei Attributen mit jeweils drei Ausprägungen zu neun Wahlentscheidungen). Elf Studien untersuchten einzig Haupt-, sieben sowohl Haupt- als auch Interaktionseffekte. 14 Untersuchungen nutzten conjoint-spezifische

Software zur Erstellung des Designs (Kombination der Attribute und Attributsausprägungen zu Wahlalternativen). Dabei kamen SPEED ($N = 4$), SAS ($N = 3$), SPSS ($N = 2$), SAWTOOTH ($N = 2$), GAUSS ($N = 1$), LIM-DEP ($N = 1$) und STATA ($N = 1$) zur Anwendung.

Vorgehen bei der Auswahl von Attributen und Ausprägungen

Voruntersuchungen zur Auswahl relevanter Attribute und Attributsausprägungen wurden in der Mehrzahl der Studien vorgenommen ($N = 16$). Dabei kamen hauptsächlich theoretische Herleitungen (Prüfung von Leitlinien, Primärstudien; $N = 15$) und qualitative Voruntersuchungen (Fokusgruppen und Workshops; $N = 14$) zum Einsatz. Eine Kombination unterschiedlicher Voruntersuchungen erfolgte in 13 Studien (siehe Abb. 3).

Inhaltliche Merkmale

Stichprobe und Störungsbild

Die Betrachtung von Therapiezielpräferenzen erfolgte in acht Studien direkt anhand einer Patientenstichprobe mit diagnostizierter psychischer Primärdiagnose. Allerdings wurden ebenfalls andere sowie gemischte Stichproben zu Zielpräferenzen in der Behandlung und Versorgung psychischer Störungen befragt, so bildeten in je zwei Studien Behandler, Angehörige von Patienten oder Patienten und Angehörige kombiniert die Stichprobe. Zudem beurteilten in ebenfalls vier Studien gesunde Probanden Interventionen zur Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. Therapiezielpräferenzen wurden hauptsächlich bei Depression ($N = 6$) und ADHS ($N = 5$) untersucht (Abb. 4).

Setting und Intervention

In über der Hälfte der Studien ($N = 11$) wurden settingübergreifende Patientenstichproben (ambulant, stationär, teil-stationär) untersucht. In zwei Studien bezog sich die Untersuchung ausschließlich auf Patienten im ambulanten

Tabelle 3. Übersicht zu den Conjoint-Studien

Erstautor	Jahr	Journal (Impact)	Studienland	Stichprobengröße	Untersuchungsgegenstand	Participants (Stichprobe, Störungsbild, Setting)	Intervention	Conjoint-Analyse	Vorgehen bei der Attributauswahl	Erhebung	Untersuchte Dimensionen	Design-Software
Bridges	2011	The Patient (-*)	Deutschland	21	Durchführbarkeit von Conjoint-Analysen, Bestimmung von Trade-Off-Schwellen	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten • Schizophrenie • ambulant 	nicht näher bezeichnete Therapie	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Herleitung • Qualitative Voruntersuchung 	strukturierte Interviews	<ul style="list-style-type: none"> • psychische/emotionale Symptomatik • Behandlungsform 	keine Angaben
Dwight-Johnson	2004	Psychiatric Services (1.659)	USA	42	Durchführbarkeit von Conjoint-Analysen	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten • Depression • ambulant 	Pharmako- und Psychotherapie kombiniert	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Herleitung • Qualitative Voruntersuchung 	Fragebogen (paper-pencil)	<ul style="list-style-type: none"> • pharmakotherapeutische Merkmale • Therapierahmenbedingungen • Behandlungsart • Behandlungsform 	SPSS
Dwight-Johnson	2010	Psychiatric Services (2.299)	USA	339	Patientenmaße Behandlungs-gestaltung	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten • Depression • stationär 	Pharmako- und Psychotherapie kombiniert	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Herleitung • Qualitative Voruntersuchung 	strukturierte Interviews	<ul style="list-style-type: none"> • pharmakotherapeutische Merkmale • Therapierahmenbedingungen • Behandlungsart • Behandlungsform 	SPSS
Fegert	2011	Expert Rev. of Pharmacoeconomics & Outcomes Research (1.565)	Deutschland	121	Angehörigenpräferenzen in der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige (Eltern) • ADHS • setting-übergreifend 	nicht näher bezeichnete Therapie	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Herleitung • Qualitative Voruntersuchung 	Fragebogen (paper-pencil und online)	<ul style="list-style-type: none"> • pharmakotherapeutische Merkmale • psychische/emotionale Symptomatik 	SPEED
Flach	2004	Addictive Behaviors (2.005)	USA	34	Patientenpräferenzen in der Therapie, Kosten-Nutzen-Analysen	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten • Tabakabhängigkeit • setting-übergreifend 	nicht näher bezeichnete Therapie	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • keine näheren Informationen 	strukturierte Interviews	<ul style="list-style-type: none"> • Sucht- und Konsumverhalten 	keine Angaben
Gelhom	2012	Value in Health (2.191)	USA	478	Behandlerpräferenzen in der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Behandler • Schizophrenie • setting-übergreifend 	Pharmakotherapie	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Herleitung • Qualitative Voruntersuchung 	Fragebogen (online)	<ul style="list-style-type: none"> • pharmakotherapeutische Merkmale • Wirksamkeit der Behandlung 	keine Angaben
Glenngård	2012	Nordic Journal of Psychiatry (1.296)	Schweden, Dänemark, Norwegen	285	Patientenpräferenzen in der Therapie, Kosten-Nutzen-Analysen	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten und Angehörige • ADHS • setting-übergreifend • gesunde Probanden • Depression • nicht zutreffend 	Pharmakotherapie	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative Voruntersuchung 	Fragebogen (paper-pencil)	<ul style="list-style-type: none"> • psychische/emotionale Symptomatik • pharmakotherapeutische Merkmale 	LIMDEP
Herbild	2009	Value in Health (3.032)	Dänemark	323	Patientenpräferenzen in der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • gesunde Probanden • Depression • nicht zutreffend 	nicht näher bezeichnete Therapie	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Herleitung • Qualitative Voruntersuchung 	Fragebogen (online)	<ul style="list-style-type: none"> • pharmakotherapeutische Merkmale • Behandlungsform • Behandlungsart • Behandlungsform 	SAS
Johnson	2007	Medical Care (3.554)	USA	469	Patientenpräferenzen in der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten • Bipolare Störung • setting-übergreifend 	Pharmakotherapie	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Herleitung • Qualitative Voruntersuchung 	Fragebogen (online)	<ul style="list-style-type: none"> • pharmakotherapeutische Merkmale • psychische/emotionale Symptomatik 	GAUSS
Mark	2003	Value in Health (1.898)	USA	1388	Behandlerpräferenzen in der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Behandler • Alkoholabhängigkeit • setting-übergreifend 	Pharmakotherapie	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Herleitung • Qualitative Voruntersuchung 	Fragebogen (paper-pencil)	<ul style="list-style-type: none"> • pharmakotherapeutische Merkmale • psychische/emotionale Symptomatik • Behandlungsform • Therapiecommitment 	keine Angaben

Table 3. Übersicht zu den Conjoint-Studien (Fortsetzung)

Erstautor	Jahr	Journal (Impact)	Studienland	Stichprobengröße	Untersuchungsgegenstand	Participants (Stichprobe, Störungsbild, Setting)	Intervention	Conjoint-Analyse	Vorgehen bei der Attributauswahl	Erhebung	Untersuchte Dimensionen	Design-Software
Marr	2012	The European Journal of Health Economics (2.095)	Schweiz	131	Präferenzen in der Therapie, Kosten-Nutzen-Analysen	<ul style="list-style-type: none"> • gesunde Probanden • Tabak-abhängigkeit • nicht zureifend 	Pharmakotherapie	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Herleitung 	Fragebogen (paper-pencil)	<ul style="list-style-type: none"> • pharmakotherapeutische Merkmale • Behandlungskosten 	STATA
Mühlbacher	2009	BMC Health Services Research (1.680)	Deutschland	219	Patientennahe Behandlungsgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten • ADHS • setting-übergreifend 	Pharmakotherapie	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Herleitung • Qualitative Voruntersuchung • Faktorenanalyse 	Fragebogen (paper-pencil und online)	<ul style="list-style-type: none"> • pharmakotherapeutische Merkmale • psychische/emotionale Symptomatik 	SPEED
Mühlbacher	2010	The Patient (-*)	Deutschland	329	Patientennahe Behandlungsgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten und Angehörige • ADHS • setting-übergreifend 	nicht näher bezeichnete Therapie	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Herleitung • Qualitative Voruntersuchung • Faktorenanalyse 	Fragebogen (paper-pencil und online)	<ul style="list-style-type: none"> • pharmakotherapeutische Merkmale • psychische/emotionale Symptomatik • Berufstätigkeit 	SPEED
Mühlbacher	2011	Value in Health (2.191)	Deutschland	1324	Patientenpräferenzen in der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten • Chronische Schmerzen • setting-übergreifend 	nicht näher bezeichnete Therapie	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Herleitung • Qualitative Voruntersuchung • Faktorenanalyse 	Fragebogen (paper-pencil und online)	<ul style="list-style-type: none"> • psychische/emotionale Symptomatik • Wirksamkeit der Behandlung 	SPEED
Okumura	2012	International Journal of Social Psychiatry (1.448)	Japan	985	Patientennahe Behandlungsgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> • gesunde Probanden • Depression • nicht zureifend 	nicht näher bezeichnete Therapie	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • keine näheren Informationen 	Fragebogen (paper-pencil)	<ul style="list-style-type: none"> • pharmakotherapeutische Merkmale • Therapierahmenbedingungen 	SAS
Waschbusch	2011	Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology (2.166)	USA	183	Angehörigenpräferenzen in der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige • ADHS • setting-übergreifend 	nicht näher bezeichnete Therapie	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Herleitung 	Fragebogen (online)	<ul style="list-style-type: none"> • pharmakotherapeutische Merkmale • Therapierahmenbedingungen • Therapieoutcomes 	SAWTOOTH
Witink Witink Carey	2010 2013 (-*) 2009	The Patient (-*)	USA	86	Patientennahe Behandlungsgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> • gesunde Probanden • Depression • nicht zureifend 	nicht näher bezeichnete Therapie	DCE	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Herleitung • Qualitative Voruntersuchung 	Fragebogen (online)	<ul style="list-style-type: none"> • pharmakotherapeutische Merkmale • Therapierahmenbedingungen 	SAS
Zimmermann	2013	Journal of Affective Disorders (3.295**)	Deutschland	227	Patientenpräferenzen in der Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten • Depression • setting-übergreifend 	nicht näher bezeichnete Therapie	CBC	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Herleitung • Qualitative Voruntersuchung 	Fragebogen (online)	<ul style="list-style-type: none"> • pharmakotherapeutische Merkmale • psychische/emotionale Symptomatik • Therapierahmenbedingungen 	SAWTOOTH

Anmerkungen: * Impact-Faktoren erst ab dem Jahr 2013 verfügbar; ** Für 2013 lag kein Impact-Faktor vor, sodass als Schätzung der IF von 2012 genutzt wurde.

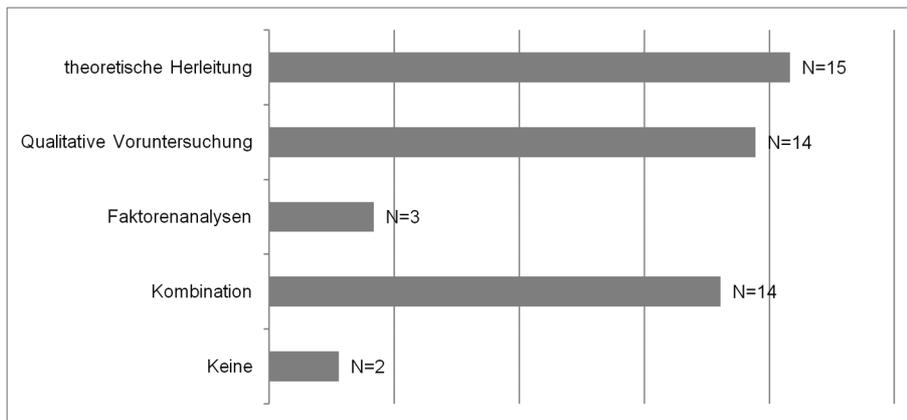


Abbildung 3. Vorgehen bei der Auswahl von Attributen und Ausprägungen (Mehrfachnennung möglich).

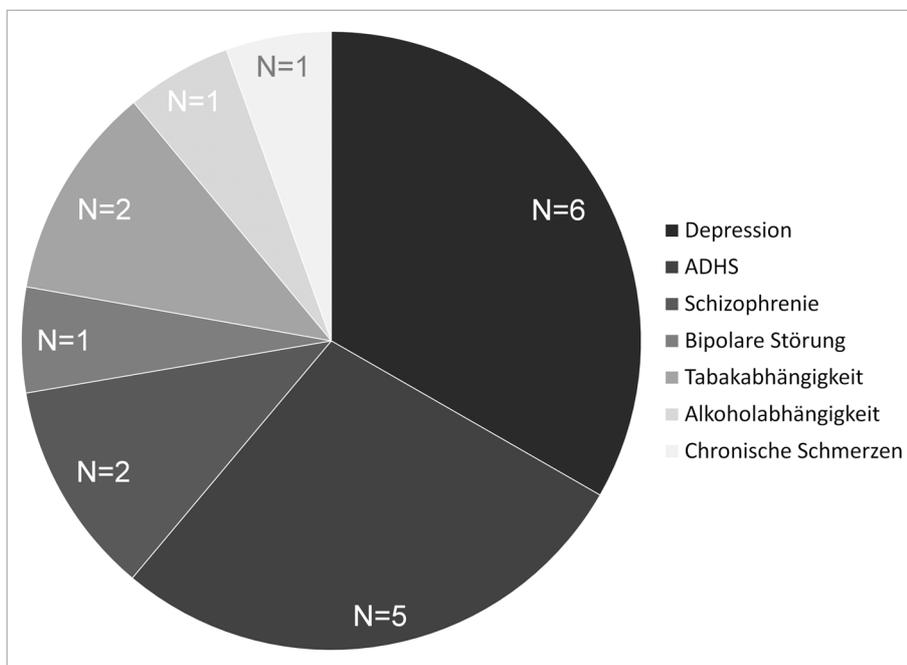


Abbildung 4. Verteilung nach untersuchtem Störungsbild.

und in einer auf Patienten im stationären Setting. Nicht näher bezeichnete Interventionsansätze ($N = 10$) und pharmakologische Therapien ($N = 6$) überwogen in der Studienübersicht (Abb. 5). Psychotherapie einzeln wurde bislang nicht betrachtet.

Zieldimensionen

In den Studien wurden folgende Therapieziel dimensionen untersucht: Pharmakologische und -therapeutische Merkmale (u. a. Dosierung und Einnahmeart sowie Wirksamkeit und Nebenwirkungen von Medikamenten; $N = 15$), psychische und emotionale Symptome (u. a. Symptomreduktion; $N = 9$), Rahmenbedingungen der Therapie (u. a. ambulante vs. stationäre Behandlung; $N = 6$), Behandlungskosten (u. a. hoch vs. niedrig; $N = 5$), Behandlungsart (u. a. Medikation vs. Beratung vs. Kombination;

$N = 4$), Behandlungsform (u. a. Einzel- vs. Gruppentherapie; $N = 3$), Therapiewirksamkeit (u. a. kurzfristig vs. langfristig; $N = 2$). In jeweils einer Studie wurden Einfluss von Sucht- und Konsumverhalten auf die Gesamtbehandlung, Berufstätigkeit, Therapiecommitment sowie Therapieoutcomes näher betrachtet.

Objectives und Ergebnisdarstellung

Die Fragestellungen bezogen sich mehrheitlich auf zwei Themen: In sieben Studien standen Patientenpräferenzen im Rahmen der Therapie (Welche Präferenzen haben Patienten? Wie stabil sind Patientenpräferenzen?) und in fünf eine patientennahe Gestaltung von Behandlungen (Wodurch zeichnet sich eine ideale Therapie aus?) im Fokus. Angehörigen- und Behandlerpräferenzen in der Therapie wurden in jeweils zwei Studien analysiert. Ebenfalls

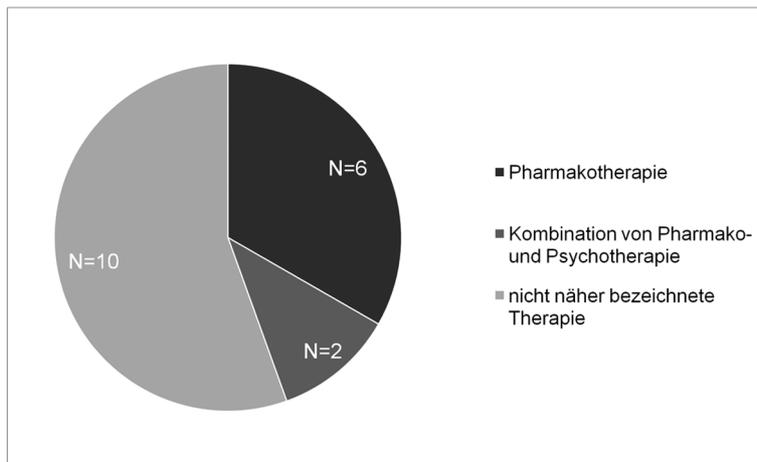


Abbildung 5. Verteilung nach untersuchter Intervention.

zwei Studien untersuchten die Durchführbarkeit (Feasibility) von Conjoint-Analysen (Eignen sich Conjoint-Analysen zur Messung von Behandlungspräferenzen in der Behandlung von Depressionen?). Drei Studien betrachteten Kosten-Nutzen-Verhältnisse von Behandlungen (Wie viel Geld sind Patienten bereit für pharmakogenetische Tests in der Behandlung von Depressionen auszugeben?) und eine Studie fokussierte Trade-Off-Schwellen für die Wahl einer Therapie (Bei welchen Voraussetzungen wird eine Therapie gewählt?). Die Ergebnisdarstellung erfolgte in allen Studien mittels Angabe von (Teil-) Nutzenwerten. In sechs Studien wurden zusätzlich Odds Ratios, in vier Studien Maße zur Gesamtmodellgüte und in drei Studien „willingness to pay or not accept“-Werte angegeben.

Diskussion

Anwendungshäufigkeit und -felder

Die Ergebnisse der systematischen Evidenzrecherche zeigen, dass Conjoint-Analysen zunehmend auch im Bereich der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen (depressive Störungen, ADHS, Schizophrenie, bipolare Störungen, Tabak- und Alkoholabhängigkeit, chronische Schmerzen) in ambulanten, teil-stationären und stationären Settings eingesetzt werden. Die Nutzung des Ansatzes ist hier deutlich weniger verbreitet als im Bereich der Gesundheitsökonomie und -politik (18 vs. 148 Studien; vgl. De Bekker-Grob, Ryan & Gerard, 2012). In der Versorgungsforschung psychischer Störungen werden Conjoint-Analysen in unterschiedlichen Forschungsdesigns angewandt und beziehen sich auf ein breites Themenspektrum. Dabei weisen die analysierten Studien eine hohe Heterogenität hinsichtlich der Rahmenbedingungen Stichprobe, Störungsbild, Setting, Intervention und Zieldimension auf. In den analysierten Studien wurden hauptsächlich nicht näher bezeichnete Interventionsansätze untersucht. Die dabei betrachteten Dimensionen stellten eine Sammlung unterschiedlicher eher formaler Therapieziele oder -begleitaspekte dar (z. B. Behandlungsform, Therapierah-

menbedingungen), deren Unabhängigkeit voneinander durch einen verringerten inhaltlichen Bezug zu einer tatsächlich angewandten Therapie gegeben war. Mittels Conjoint-Analysen ist es möglich, neuartige Erkenntnisse zum Entscheidungs- und Beurteilungsverhalten von Patienten zu gewinnen, indem die Wichtigkeit entscheidungsrelevanter Merkmale individuell und relational bestimmt wird. Das breite Themenspektrum reflektiert einen vielseitigen Einsatz von Conjoint-Analysen in Forschungsvorhaben zur Gesundheitsversorgung psychischer Störungen. Verschiedene Fragestellungen bspw. zu dem subjektiv empfundenen Nutzen von Therapieverfahren oder der zugeschriebenen Wichtigkeit bestimmter Therapieaspekte aus der Sicht unterschiedlicher Akteure des Gesundheitsversorgungssystems lassen sich mittels Conjoint-Analysen systematisch untersuchen und die Ergebnisse methodisch standardisiert miteinander vergleichen. Aktuell befindet sich die Anwendung von Conjoint-Analysen in der Versorgung psychischer Störungen noch in einem Frühstadium. Ein Teil der Studien fokussiert daher bisher die Überprüfung der Feasibility (Anwendbarkeit) der Methode in unterschiedlichen Themenbereichen.

Methodisches Potential und Grenzen von Conjoint-Analysen in klinischen Settings

Conjoint-Analysen sind besonders geeignet zur Messung von Therapiezielpräferenzen, da sich Bedeutung und Gewichtung bestimmter Aspekte von Behandlungen (Erfolg, Risiken, Aufwand, Nebenwirkungen etc.) aus Patienten-, Behandler- oder Angehörigensicht empirisch exakt ermitteln lassen. Die Bewertung des Nutzens, der Zweckmäßigkeit oder Angemessenheit von Behandlungszielen durch die Experten (evaluierter Patientennutzen) einerseits und durch die davon betroffenen Patienten (subjektiver Patientennutzen) andererseits ist nicht zwangsläufig deckungsgleich, sondern kann im Einzelfall deutlich divergieren. Gründe hierfür sind in unterschiedlichen Bewertungskriterien der Beurteiler zu sehen (Mühlbacher et al., 2008a). Dies ist einerseits nachvollziehbar, da Pa-

tienten und Behandler jeweils unterschiedliche Ziele in der Therapie verfolgen (Michalak, Holtforth & Berking, 2007), andererseits können diese Divergenzen die Zufriedenheit und Compliance von Patienten mindern und den Therapieverlauf beeinträchtigen. Conjoint-Analysen setzen an dieser Stelle an und geben einen differenzierten Einblick in zugrunde liegende Beurteilungskriterien der therapeutischen Akteure.

Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass die Methodik einige Bedingungen voraussetzt, die bei komplexen Therapieentscheidungen nicht immer erfüllbar sind. Die Bedingung der *Unabhängigkeit relevanter Eigenschaften* ist für diesen Bereich bspw. dann nicht erfüllt, wenn bedeutsame Therapieeigenschaften nicht separat voneinander betrachtet werden können. Insofern lässt sich nicht jede Forschungsfragestellung zu Therapiezielpräferenzen mit diesem Ansatz sinnvoll untersuchen. Da in der Routineversorgung häufig eine Kombinationsbehandlung aus Medikamenten und Psychotherapie den Behandlungsstandard darstellt, lassen sich diese Behandlungselemente nicht alternierend gegeneinander gewichten. Im Hinblick auf Medikamente sollten die zu bewertenden Eigenschaften zudem in Abhängigkeit vom Störungsverlauf (Akut- vs. Erhaltungsphase) betrachtet werden, da bei verschiedenen Störungsbildern (u. a. bipolare Störung, Schizophrenie) phasenspezifisch unterschiedliche Therapieziele (Akut- vs. Erhaltungs- vs. Rückfallprophylaxe) verfolgt werden. Wichtig bei der Anwendung von Conjoint-Analysen ist die Gewährleistung einer *hohen Inhaltsvalidität* des Untersuchungsgegenstandes. Bei zu unflexibler Anwendung des Modells resultieren u. U. artifizielle und realitätsferne Therapieoptionen, die klinisch nicht sinnvoll sind und Patienten verwirren können. Die Gewichtungen geben in diesen Fällen zwar Einblicke in die Präferenzstruktur zu Versorgungsmaßnahmen, können allerdings nur bedingt auf tatsächlich durchgeführte Behandlungen angewandt werden. Deshalb sollte die Auswahl der Wahlalternativen möglichst inhaltlich valide den Untersuchungsgegenstand abbilden, um die Relevanz der ermittelten Präferenzurteile zu erhöhen. Die in den betrachteten Studien mehrheitlich genutzten Voruntersuchungen (Leitlinienanalyse, Fokusgruppen, Pilotstudien) stellen zweckmäßige Möglichkeiten dar, um bereits bei der Auswahl relevanter Zieldimensionen realitäts- und patientennah vorzugehen.

Um methodischen Nutzen und Grenzen von Conjoint-Analysen in diesem Bereich zu bewerten, ist der Ansatz mit anderen quantitativen Methoden zur Ermittlung von Patientenpräferenzen (Direktbefragungen, Analytic Hierarchy Process) zu vergleichen. In *Direktbefragungen* erfolgt die Beurteilung durch Patienten mittels Rating-Skalen in Absolutwerten, die mithilfe weiterer Auswertungsverfahren (Faktoren- und Clusteranalysen) verdichtet werden (Extraktion grundlegender Therapiezieldimensionen oder Bündelung von Zielen zu bestimmten Zielgruppen). Direktbefragungen erlauben damit Aussagen dar-

über, welche Dimension wichtiger als die andere ist, allerdings ohne quantifizierende Differenzierung, da eine gemeinsame Bezugsgrundlage (relational) zwischen den Bewertungsdimensionen fehlt. Die der Conjoint-Analysen zu Grunde liegende relationale Beurteilung und daraus resultierende Berechnung von Präferenzgewichten erweitert demgegenüber die Aussagekraft der Präferenzurteile, da sie ermöglicht, zu bestimmen, um viel wichtiger oder unwichtiger die Reduktion von Symptomen im Vergleich zum Auftreten spezifischer Nebenwirkungen im Rahmen einer pharmakotherapeutischen Behandlung von Patienten eingeschätzt wird. Gegenüber des *Analytic Hierarchy Process* (AHP; Saaty, 2001), einer Methode aus der präskriptiven Entscheidungstheorie zur Strukturierung und Analyse von Entscheidungsprozessen, zeichnet sich die Conjoint-Analyse durch ihre höher auflösende Analyse der Präferenzstruktur von Patienten aus. Ziel des AHP ist es, vorab gesammelte, für den Nutzen einer Behandlung relevante Kriterien (Brainstorming, Expertenrunden) hinsichtlich ihrer Bedeutung zu vergleichen, nach Prioritäten zu gewichten und Gewichtungsvektoren zu berechnen. Über diese Möglichkeiten hinaus, können mittels Conjoint-Analysen zusätzlich zu grundlegenden Attributen (AHP: Kriterien) die *Ausprägungen* der Attribute ausgewertet werden. Auf diese Weise lässt sich feststellen, welche Ausprägung bestimmter Therapieeigenschaften den größten Einfluss auf das Wahlverhalten von Patienten hat. So kann z. B. ermittelt werden, welche Ausprägung der Eigenschaft im Vergleich zu den anderen final das größte Gewicht bei der Präferenz für eine bestimmte Behandlung hat (bspw. um wie viel % müssten sich depressive Episoden mithilfe eines Medikaments verringern lassen, damit bestimmte Nebenwirkungen „in Kauf“ genommen werden?).

Klinischer Nutzen von Conjoint-Analysen

Erkenntnisse aus conjointanalytischen Auswertungen liefern vertiefte Einblicke in die Präferenzstrukturen, der an der Versorgung von psychischen Störungen beteiligten Akteure. Obwohl diese Erkenntnisse das therapeutische Vorgehen aus Behandlersicht nicht direkt und unmittelbar beeinflussen (da Wünsche, Ziele und Erwartungen der Betroffenen im therapeutischen Gespräch individuell erfragt und integriert werden können), besteht das Potential von Conjoint-Analysen darin, indirekt Einfluss auf therapeutische Maßnahmen mittels evidenzbasierter Leitlinien, Manuale und Behandlungsempfehlungen zu nehmen. Die mittels Gewichtungsfaktoren quantifizierten Behandlungspräferenzen von Patienten können als „patientennahe Endpunkte“ verstanden werden. Patientenwünschen und -bedürfnissen wird auf diese Weise ein numerisches Gewicht zugewiesen, das ermöglicht, die Patientenperspektive in die wissenschaftliche Evidenzbeurteilung von Wirksamkeitsstudien explizit zu integrieren, indem die Beurteilung der Studienlage um eine zusätzliche Dimen-

sion erweitert wird. Studien, die patientennahe Endpunkte verwenden, könnten dann in der Evidenzbewertung stärker gewichtet werden als Studien, die keine patientennahe Endpunkte verwenden. Die Evidenzbeurteilung basierte dann nicht mehr ausschließlich auf methodischen Aspekten, sondern ebenso auf einer empirisch ermittelten Patientenvalenz. Behandlungsempfehlungen, -leitlinien und -manuale würden damit die Patientenperspektive von Grund auf stärker integrieren und in Folge Arzt-Patient-Beziehungen patientennäher gestalten. Die Bestimmung patientennaher Endpunkte kann somit dazu beitragen, Prozesse des SDMs zu verbessern und der Forderung nach Patientenorientierung in der Behandlung nachzukommen. Therapeutische Prozesse (u. a. Therapiezielbestimmung, Therapiedurchführung) könnten optimiert und Entscheidungskonflikte (u. a. hinsichtlich Therapiezielen, -erwartungen) verhindert werden.

Limitationen

Die Arbeit nutzte ausschließlich englische Suchbegriffe, sodass nur Veröffentlichungen gefunden werden konnten, die auf Englisch verfasst wurden. Obwohl das Suchvorgehen auch eine Studienregistersuche zur Identifikation nicht-veröffentlichter Studien beinhaltete, kann ein Publikationsbias nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

Schlussfolgerungen für Versorgung und Forschung

Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich Conjoint-Analysen zur Untersuchung von Fragestellungen der patientenorientierten Forschung im Bereich der Versorgung psychischer Störungen sinnvoll und gewinnbringend anwenden lassen. Das besondere Potential der Methode besteht darin, differenzierte Einblicke in die Präferenzstrukturen unterschiedlicher Akteure im Gesundheitsversorgungssystem zu geben und somit gezielte Ansatzpunkte zur Verbesserung der Patientenorientierung zu identifizieren. Die gefundenen Ergebnisse liefern erste Hinweise auf Anwendungsgebiete und Einsatzformen von Conjoint-Analysen in der Versorgung von psychischen Störungen. Im Rahmen zukünftiger Forschung sollten die bis dato untersuchten Störungsbilder um weitere (z. B. somatoforme, Angst-, Ess-, Persönlichkeitsstörungen) ergänzt werden. Weiterhin ist es notwendig, den Bereich der untersuchten Interventionsformen zu erweitern und störungsspezifische Behandlungen zu betrachten. Vor allem im Bereich der Psychotherapieforschung besteht eklatanter Nachholbedarf. Die vorliegende lückenhafte und heterogene empirische Datenbasis erlaubt derzeit noch keine verallgemeinernden Aussagen bspw. zu Therapiezielpräferenzen in der Behandlung von psychischen Störungen. In der zukünftigen Forschung bedarf es weiterer conjoint-analytischer Untersuchungen, um die empirische Befundlage zu erweitern und die Vergleichbarkeit der Studien zu

erhöhen. Conjoint-Analysen sind prädestiniert speziell patientenorientierte Fragestellungen zu Präferenzen adäquat und methodisch präzise zu untersuchen, wodurch der angestrebten Rolle des Patienten als „Koproduzent von Gesundheit“ und „Partner im Behandlungsprozess“ stärker entsprochen werden kann. Auf den Versorgungsbereich psychischer Störungen angewandt ist durch Gewichtung subjektiver Wünsche und Bedürfnisse möglich, Patienten als Experten in eigener Sache stärker an evidenzbasierten klinischen Entscheidungen zu beteiligen (Haynes, Devereaux & Guyatt, 2002). Zum Vorteil der Betroffenen ermutigt die Würdigung patientenorientierter Studien langfristig patientennahe Endpunkte regelhaft in die therapeutische Wirksamkeitsforschung zu integrieren.

Literatur

Eingeschlossene Studien

- Bridges, J., Kinter, E., Schmeding, A., Rudolph, I. & Mühlbacher, A. (2011). Can patients diagnosed with schizophrenia complete choice-based conjoint analysis tasks? *The Patient*, 4, 267–275.
- Carey, K. E. & Wittink, M. N. (2009). Towards patient-centered care for depression: Conjoint methods to tailor treatment in older adults [Abstract]. American Geriatrics Society (AGS) Annual Scientific Meeting Abstract Book. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (s1), 25.
- Dwight-Johnson, M., Lagomasino, I., Aisenberg, E. & Hay, J. (2004). Using conjoint analysis to assess depression treatment preferences among low-income Latinos. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 55, 934–936.
- Dwight-Johnson, M., Lagomasino, I., Hay, J., Zhang, L., Tang, L., Green, J. & Duan, N. (2010). Effectiveness of collaborative care in addressing depression treatment preferences among low-income Latinos. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 61, 1112–1118.
- Fegert, J., Slawik, L., Wermelskirchen, D., Nübling, M. & Mühlbacher, A. (2011). Assessment of parents' preferences for the treatment of school-age children with ADHD: a discrete choice experiment. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 11, 245–252.
- Flach, S. D. & Diener, A. (2004). Eliciting patients' preferences for cigarette and alcohol cessation: An application of conjoint analysis. *Addictive Behaviors*, 29, 791–799.
- Gelhorn, H., Gries, K. S., Cho, C., Thompson, C. & Fastenau, J. J. (2012). PMH50 Psychiatrists' preferences for attributes of antipsychotic medications to treat schizophrenia: A conjoint analysis. *Value in Health*, 15, A90-A91.
- Glenngård, A. H., Hjelmgren, J., Thomsen, P. H. & Tvedten, T. (2012). Patient preferences and willingness-to-pay for ADHD treatment with stimulants using discrete choice experiment (DCE) in Sweden, Denmark and Norway (Studie 8). *Nordic Journal of Psychiatry*, 67, 351–359.
- Herbild, L., Bech, M. & Gyrd-Hansen, D. (2009). Estimating the Danish Populations' Preferences for Pharmacogenetic Testing Using a Discrete Choice Experiment. The Case of Treating Depression. *Value in Health*, 12, 560–567.
- Johnson, F. R., Özdemir, S., Manjunath, R., Hauber, A. B., Burch, S. P. & Thompson, T. R. (2007). Factors that affect

- adherence to bipolar disorder treatments: A stated-preference approach. *Medical Care*, 45, 545–552.
- Mark, T. L. & Swait, J. (2003). Using stated preference modeling to forecast the effect of medication attributes on prescriptions of alcoholism medications. *Value In Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 6, 474–482.
- Marti, J. (2012). Assessing preferences for improved smoking cessation medications: A discrete choice experiment. *European Journal of Health Economics*, 13, 533–548.
- Mühlbacher, A. C., Rudolph, I., Lincke, H.-J. & Nübling, M. (2009). Preferences for treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a discrete choice experiment. *BMC Health Services Research*, 9, 149.
- Mühlbacher, A. C. & Nübling, M. (2010). Analysis of patients' preferences: Direct assessment and discrete-choice experiment in therapy of adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *The Patient*, 3, 285–294.
- Mühlbacher, A. C., Ezemieks, J. & Nübling, M. (2011). PSY42 Chronic Pain: Patient Treatment Preferences – a Discrete Choice Experiment. *Value in Health*, 14, A417-A418.
- Okumura, Y. & Sakamoto, S. (2012). Depression treatment preferences among Japanese undergraduates: Using conjoint analysis (Studie 16). *The International Journal of Social Psychiatry*, 58, 195–203.
- Waschbusch, D. A., Cunningham, C. E., Pelham, W. E., Rimas, H. L., Greiner, A. R., Gnagy, E. M. et al. (2011). A discrete choice conjoint experiment to evaluate parent preferences for treatment of young, medication naive children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 546–561.
- Wittink, M. N., Cary, M., TenHave, T., Baron, J. & Gallo, J. J. (2010). Towards patient-centered care for depression: Conjoint methods to tailor treatment based on preferences. *The Patient*, 3, 145–157.
- Wittink, M. N., Morales, K. H., Cary, M., Gallo, J. J. & Bartels, S. J. (2013). Towards personalizing treatment for depression: developing treatment values markers. *The Patient*, 6 (1), 35–43.
- Zimmermann, T. M., Clouth, J., Elosge, M., Heurich, M., Schneider, E., Wilhelm, S. & Wolfrath, A. (2013). Patient preferences for outcomes of depression treatment in Germany: A choice-based conjoint analysis study. *Journal of Affective Disorders*, 148, 210–219.
- Ausgeschlossene Studien*
- Gaite, L., Vázquez-Barquero, J. L., Borra, C., Ballesteros, J., Schene, A., Welcher, B. et al. (2002). Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 283–292.
- Goodman, A. C., Holder, H. D., Nishiura, E. & Hankin, J. R. (1992). A discrete choice model of alcoholism treatment location. *Medical Care*, 30, 1097–1110.
- Goto, R., Nishimura, S. & Ida, T. (2007). Discrete choice experiment of smoking cessation behaviour in Japan. *Tobacco Control*, 16, 336–343.
- Johnson, F., Smith, V., Smith, G. & Gonzalez, J. (2009). PP4 Lives worth living: Older smokers' stated preferences for longevity. *Value in Health*, 12, A227-A228.
- Lutz, W., Martinovich, Z., Howard, K. I. & Leon, S. C. (2002). Outcomes management, expected treatment response, and severity-adjusted provider profiling in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1291–1304.
- McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A., Knudsen, H. C., Vázquez-Barquero, J. L. et al. (2001). A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 370–379.
- Puschner, B., Steffen, S., Gaebel, W., Freyberger, H., Klein, H. E., Steinert, T. et al. (2008). Needs-oriented discharge planning and monitoring for high utilisers of psychiatric services (NODPAM): Design and methods. *BMC Health Services Research*, 8, 8.
- Sorenson, R. L., Gorsuch, R. L. & Mintz, J. (1985). Moving targets: Patients' changing complaints during psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(1), 49–54.
- van Til, J. A., Stiggelbout, A. M. & IJzerman, M. J. (2009). The effect of information on preferences stated in a choice-based conjoint analysis. *Patient Education and Counseling*, 74, 264–271.
- Weitere Literatur*
- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J. & Kisely, S. R. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. 1). Hoboken, N. J.: John Wiley & Sons, Ltd.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1–10.
- Anderson, S., De Palma, A. & Thisse, J.-F. (1992). *Discrete Choice Theory of Product Differentiation*. Cambridge, MA.: The MIT Press.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2011). *Multivariate Analysemethoden* (13. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bieber, C., Loh, A., Ringel, N., Eich, W. & Härter, M. (2007). *Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen – Manual zur Partizipativen Entscheidungsfindung* (Shared-Decision-making). Heidelberg: Universitätsklinikum Heidelberg
- Böcken, J., Braun, B. & Schnee, M. (2004). *Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Gütersloh: Bertelsmann
- Bridges, J. (2003). Stated preference methods in health care evaluation: an emerging methodological paradigm in health economics. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2, 213–224.
- Bridges, J., Onukwugha, E., Johnson, F. R. & Hauber, A. B. (2007). *Patient preference methods – a patient centered evaluation paradigm*. *Ispor Connections*. Retrieved November 8, 2012 from: http://www.ispor.org/sigs/PRO_PPML.asp.
- Burgess, L. & Street, D. J. (2003). Optimal Designs for 2k Choice Experiments. *Communications in Statistics: Theory and Methods*, 32, 2185–2206.
- Chilvers, R., Macdonald, G. & Hayes, A. (2010). Supported housing for people with severe mental disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. 12). Hoboken, N. J.: John Wiley & Sons, Ltd.
- Coulter, A. & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *British Medical Journal*, 335, 24–27.
- Coulter, A. & Magee, H. (2003). *The European patient of the future*. Berkshire: Open University Press.
- De Bekker-Grob, E. W., Ryan, M. & Gerard, K. (2012). Discrete choice experiments in health economics: a review of the literature. *Health Economics*, 21, 145–172.

- Faller, H. (2012). Patientenorientierte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55, 1106–1112.
- Faller, H. & Lang, H. (2006). *Medizinische Psychologie und Soziologie* (2., vollst. neu bearb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Green, P. E. & Rao, V. R. (1971). Conjoint measurement for quantifying judgmental data. *Journal of Marketing Research*, 8, 355–363.
- Hall, J., Viney, R., Haas, M. & Louviere, J. (2004). Using stated preference discrete choice modeling to evaluate health care programs. *Journal of Business Research*, 57, 1026–1032.
- Hamann, J., Mendel, R., Reiter, S., Cohen, R., Bühner, M., Schebitz, M. et al. (2011). Why do some patients with schizophrenia want to be engaged in medical decision making and others do not? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 1636–1643.
- Haynes, R., Devereaux, P. J. & Guyatt, G. (2002). Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, 324(7350), 1350.
- Herrmann, A., Gustafsson, A. & Huber, F. (2000). Conjoint Analysis as an Instrument of Market Research Practice. In A. Gustafsson, A. Herrmann & F. Huber (Hrsg.), *Conjoint Measurement: Methods and Applications* (S. 5–46). Berlin: Springer.
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R. & Tusler, M. (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Service Research*, 42, 1443–1463.
- Huber, J. & Zwerina, K. B. (1996). The Importance of Utility Balance in Efficient Choice Designs. *Journal of Marketing Research*, 33, 307–317.
- Kisely, S. R., Campbell, L. A. & Preston, N. J. (2012). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. 10). Hoboken, N. J.: John Wiley & Sons, Ltd.
- Klemperer, D. (2000). Patientenorientierung im Gesundheitssystem. Qualität in der Gesundheitsversorgung. *Newsletter der GQM*, 7(1), 15–16.
- Klose, T. (1999). The contingent valuation method in health care. *Health Policy*, 47, 97–123.
- Lancsar, E. (2002). *Deriving welfare Measures from stated Preference Discrete Choice Modelling Experiments*. Discussion Paper. Sydney: Centre for Health Economics Research and Evaluation, University of Technology.
- Loh, A., Simon, D., Kriston, L. & Härter, M. (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen – Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Deutsches Ärzteblatt*, 104, 1483–1488.
- Louviere, J. J., Hensher, D. A. & Swait, J. D. (2000). *Stated choice methods: Analysis and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Louviere, J. J. & Lancsar, E. (2009). Choice experiments in health: the good, the bad, the ugly and toward a brighter future. *Health Economics, Policy and Law*, 4, 527–546.
- Michalak, P. D. J., Holtforth, M. G. & Berking, M. (2007). Patientenziele in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52 (1), 6–15.
- Morriss, R., Bolton, C. A., McCarthy, J. P., Marshall, M., Williamson, P. R. & Jones, A. P. (2009). Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in depression (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. 1). Hoboken, N. J.: John Wiley & Sons, Ltd.
- Mühlbacher, A. C., Bethge, S., Ekert, S., Tockhorn, A. & Nübling, M. (2008a). Der Wert von Innovationen im Gesundheitswesen: Spielen die Patientenpräferenzen eine Rolle? *RPG*, 14(2), 53–62.
- Mühlbacher, A. C., Lincke, H.-J. & Nübling, M. (2008b). Evaluating patients' preferences for multiple myeloma therapy, a Discrete-Choice-Experiment. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 5, 1–10.
- Mühlbacher, A. C., Bethge, S. & Tockhorn, A. (2009). Entscheidungen auf Basis von Effizienzgrenzen: Berücksichtigung von Patientenpräferenzen. *Public Health Forum*, 17, 25e1–25e3.
- Mühlbacher, A. C. & Nübling, M. (2010). Analysis of patients' preferences: Direct assessment and discrete-choice experiment in therapy of adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 3, 285–294.
- Ryan, M., McIntosh, E. & Shackley, P. (1998). Using conjoint analysis to elicit the views of health service users: an application to the patient health card. *Health Expect*, 1, 117–129.
- Ryan, M. & Farrar, S. (2000). Using conjoint analysis to elicit preferences for health care. *BMJ: British Medical Journal*, 320, 1530–1533.
- Ryan, M., Scott, D. A., Reeves, C., Bate, A., van Teijlingen, E. R., Russell, E. M. et al. (2001). Eliciting public preferences for healthcare: a systematic review of techniques. *Health Technology Assessment*, 5 (5), 1–185. Retrieved November 8, 2012 from: <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon505.pdf>
- Ryan, M. & Gerard, K. (2003). Using discrete choice experiments to value health care programmes: current practice and future research reflections. *Applied Health Economics Health Policy*, 2, 55–64.
- Saaty, T. L. (2001). *Decision Making for Leaders – The Analytic Hierarchy Process for Decisions in a Complex World* (3. Aufl.). Pittsburgh: RWS Publishing
- Stacey, D., Légaré, F., Col, N. F., Bennett, C. L., Barry, M. J., Eden, K. B. et al. (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. 211). Hoboken, N. J.: John Wiley & Sons, Ltd.
- Szeinbach, S. L., Barnes, J. H., McGhan, W. F., Murawski, M. M. & Corey, R. C. (1999). Using conjoint analysis to evaluate health state preferences. *Drug Information Journal*, 33, 849–858.
- van Nuland, M., Hannes, K., Aertgeerts, B. & Goedhuys, J. (2008). Educational interventions for improving the communication skills of general practice trainees in the clinical consultation (Protocol). In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. 4). Hoboken, N. J.: John Wiley & Sons, Ltd.
- Yen, S. H. (2006). Conjoint Analysis: An application in eliciting patients' preferences. *Bulletin of the Malaysian Mathematical Sciences Society*, 29, 187–201.

Dipl.-Psych. Frederik Haarig
Prof. Dr. Stephan Mühlig

Technische Universität Chemnitz
Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften
Institut für Psychologie
09107 Chemnitz
E-Mail: frederik.haarig@psychologie.tu-chemnitz.de
E-Mail: stephan.muehlig@psychologie.tu-chemnitz.de

Anhang

Literatursuche zur Identifikation der Studien

Die Suchbegriffe zu *Participants* orientierten sich u.a. an folgenden systematischen Reviews: Abbass et al., 2009; Chilvers et al., 2010; Kisely et al., 2012 sowie den international anerkannten Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10.

(„mental disorder“ OR „affective disorder“ OR „depression“ OR „bipolar disorder“ OR „dysthymia“ OR „dysthymic disorder“ OR „cyclothymia“ OR „cyclothymic disorder“ OR „anxiety“ OR „anxiety disorder“ OR „phobia“ OR „phobic disorder“ OR „obsessive compulsive disorder“ OR „post traumatic stress disorder“ OR „generalised anxiety disorder“ OR „agoraphobia“ OR „panic disorder“ OR „substance use disorder“ OR „addiction“ OR „addictive disorders“ OR „alcoholism“ OR „alcohol dependence“ OR „tobacco“ OR „smoking“ OR „nicotine“ OR „cocaine“ OR „amphetamine“ OR „methamphetamine“ OR „stimulants“ OR „cannabis“ OR „marihuana“ OR „tetrahydrocannabinol“ OR „heroin“ OR „opiate“ OR „sedatives“ OR „hypnotics“ OR „substance abuse“ OR „dependence“ OR „schizophrenia“ OR „schizotypal disorder“ OR „psychosis“ OR „attention deficit hyperactivity disorder“ OR „ADHD“ OR „attention deficit disorder“ OR „ADD“ OR „somatoform disorders“ OR „pain“ OR „tic disorder“ OR „Tourette syndrome“ OR „autism“ OR „Asperger syndrome“ OR „learning disability“ OR „reading disorder“ OR „spelling disorder“ OR „disorder of arithmetical“ OR „disorder of scholastic skills“)

Die Suchbegriffe zu *Intervention* folgten den search terms der systematischen Reviews von a) Morriss et al., 2009; Psychotherapie und b) van Nuland et al., 2008; Hausarztversorgung.

((„psychologic*“ OR „psychiatric*“ OR „medical“) AND („therap*“ OR „treat*“ OR „management“ OR „approach“) OR („standard“ OR „mental health“ OR „primary“) AND („care“)) OR „psychotherap*“ OR „general practice*“ OR „specialist psychiatric*“ OR „\$care\$“)

Die Bestimmung von Suchbegriffen zum Terminus *Conjoint-Analyse* erfolgte durch eine Analyse der search terms empirischer Primärstudien: Andersen, 1995; Anderson et al., 1992; Bridges, 2003; Green & Rao, 1971; Herrmann et al., 2000; Hall et al., 2004; Klose, 1999; Lancsar, 2002; Louviere & Lancsar, 2009; Louviere et al., 2000; Ryan & Farrar, 2000; Ryan et al., 1998; Mühlbacher & Nübling, 2010; Mühlbacher, Lincke & Nübling, 2008b; Ryan & Gerard, 2003; Szeinbach et al., 1999.

((conjoint*) AND (analys* OR measure* OR simulat* OR method*)) OR ((addit* OR choice* based) AND (conjoint* OR measure*)) OR (((discret* AND choice*) OR (stated AND choice*) OR (patient* AND preference*)) AND (conjoin* OR model* OR analys* OR experiment* OR scenario* OR method* OR data)) OR „multidimensional choice*“ OR (contingent AND valuat* AND method*) OR CVM OR „stated preference discrete choice modelling“ OR „SPDCM“ OR (factor* weight*) OR (patient* AND participa* AND method*) OR ((random* AND utility) AND (theor* OR model*))