

Scoping Reviews: Anhang und Quellen

Detailinformationen zum methodischen Vorgehen wurden exemplarisch für das Thema der Versorgungserfahrungen herzinsuffizienter Patienten in Deutschland publiziert.¹

Ziele des Scoping Review

Die ausgewertete Literatur gibt eine Übersicht über:

- Die Anzahl relevanter Publikationen, die zu Erfahrungen von Patienten mit Herzinsuffizienz bzw. Depression und deren Versorgung in Deutschland vorliegen
- Die Vielfalt an Publikationstypen und Studiendesigns sowie der akademischen Disziplinen, die sich mit dem Thema befassen
- Die Forschungsaktivität innerhalb verschiedener Versorgungsbereiche
- Die Auswertungs- und Erhebungsmethoden der einzelnen Studien
- Die Geografie der Forschungsaktivität innerhalb Deutschlands
- Die unterschiedlichen Dimensionen von Erfahrung zur Versorgung herzinsuffizienter bzw. depressiver Patienten in Deutschland
- Demografische Angaben zu den Patienten der einzelnen Studien

Datenquellen

Zunächst wurden sechs elektronische Datenbanken durchsucht

- Medline (Schwerpunkt Medizin- und Lebenswissenschaften)
- Embase (Schwerpunkt Medizin- und Lebenswissenschaften)
- Psynindex (Schwerpunkt Psychologie)
- PsycInfo (Schwerpunkt Psychologie)
- Cinahl (Schwerpunkt Pflege- und Gesundheitswissenschaften und verwandte Gesundheitsdisziplinen)
- Cochrane's Database of Systematic Reviews (Schwerpunkt Sekundärforschung)

Doch nicht alle wissenschaftlich aufbereiteten Informationen sind über elektronische Datenbanken auffindbar. So sind zum Beispiel Doktorarbeiten auf den Websites einzelner Universitäten veröffentlicht, gesundheitsrelevante Berichte werden von Institutionen in Papierfassung herausgegeben oder einzelne Wissenschaftsjournale werden gar nicht in elektronischen Datenbanken erfasst. Diese „graue“ Literatur haben wir ebenfalls als Informationsquellen in der Recherche zu Versorgungserfahrungen herzinsuffizienter Menschen berücksichtigt. Angesichts der hohen Trefferzahl blieben Quellen der grauen Literatur für die Recherche zu Versorgungserfahrungen depressionserkrankter Menschen unberücksichtigt.

¹ Dieckelmann, M., Reinhardt, F., Jeitler, K., Semlitsch, T., Plath, J., Gerlach, F. M., ... & Petersen, J. J. (2019). Chronic heart failure patients' experiences of German healthcare services: a protocol for a scoping review. *BMJ open*, 9(2), e025685.

Schlussendlich wurden auch die Literaturverzeichnisse aller eingeschlossenen Studien nach geeigneten Publikationen durchsucht.

Von der Datenbasis zum Ergebnis - Ein systematischer Prozess

Seiten 4 und 5 verbildlichen den Reviewprozess, der untenstehend schrittweise und textlich erläutert wird.

1. Um unser Forschungsvorhaben in einen Suchalgorithmus zu überführen, haben wir eine Liste von typischen Begriffen, Akronymen und Synonymen für verschiedene Themenbereiche zu Herzinsuffizienz bzw. Depression, Patientenerfahrungen und dem Versorgungskontext Deutschland erstellt.² Gesucht wurde nur nach Publikationen der letzten zehn Jahre auf Deutsch und Englisch, da andere Sprachen von dem Review-Team nicht ausgewertet werden konnten.
2. Der Suchalgorithmus hat insgesamt 1726 Publikationen für Herzinsuffizienz und 13.490 Publikationen für Depression in den verschiedenen Quellen detektiert.
3. 4 Publikationen haben wir zusätzlich im Rahmen der grauen Suche für Herzinsuffizienz gefunden.
4. Nachdem wir im nächsten Schritt Duplikate aussortiert haben, blieben 1489 Studien für Herzinsuffizienz und 11.675 für Depression zur ersten Durchsicht übrig.
5. Jede Studie wurde dabei von zwei unabhängig arbeitenden Reviewern (GesundheitswissenschaftlerIn, PsychologIn, Mediziner) auf inhaltliche Eignung überprüft. Dabei kamen nur solche Studien infrage, die von der Erfahrung mit den deutschen Gesundheitsdienstleistungen von erwachsenen Herzinsuffizienzpatienten berichteten.
6. Waren Ein- und Ausschluss von gescreenten Publikationen bei den zwei Reviewern nicht deckungsgleich, wurde ein dritter Forschender konsultiert und solche Konflikte per Mehrheitsentscheid gelöst.
7. Diese erste Durchsicht erfolgte nur auf Ebene der Titel und Studienzusammenfassungen und ergab 105 Treffer bei Herzinsuffizienz und 201 Treffer bei Depression.
8. Daran schloss sich eine zweite Durchsicht der Artikel auf Volltextebene an. Wiederum lasen zwei unabhängige Reviewer (GesundheitswissenschaftlerIn, Public Health WissenschaftlerIn, Mediziner) die Volltexte und überprüften diese nach vorher festgelegten Ausschlusskriterien. Ausschlussgründe konnten etwa sein, dass die Studie nicht ausschließlich von Patientenerfahrungen mit der Diagnose Herzinsuffizienz/Depression berichteten oder dass ein anderes Land im Fokus der Untersuchung stand.
9. Auch für diese Ebene der Durchsicht galt, dass ein dritter unabhängiger Reviewer (MedizinerIn) per Mehrheitsentscheid zurate gezogen wurde, wenn keine Einigkeit über den Ein- oder Ausschluss einer Studie herrschte.
10. Von den 105 (201) Studien haben wir so 87 (166) Studien nach 5 verschiedenen Ausschlusskriterien als nicht geeignet aussortiert.

² Wir danken dem Team des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz für die Unterstützung bei der Erstellung der Suchstrategie.

11. Letztlich blieben 18 (35) Publikationen übrig, die wir zur Beantwortung der Forschungsfrage ausgewertet haben.

Gründe für den Ausschluss von Studien

Die für die Analyse eingeschlossenen 18 (35) Publikationen thematisierten alle die Erfahrungen erwachsener Patienten mit Herzinsuffizienz/Depression mit Versorgungsstrukturen innerhalb Deutschlands. Die Studien waren detailliert genug publiziert, um zu beurteilen,

- dass die erfassten Versorgungserfahrungen der originären Sichtweise der Patienten entsprachen,
- dass Erfahrungen innerhalb Deutschlands separat von anderen Ländern untersucht wurden,
- dass sich die geschilderten Erfahrungen auch tatsächlich auf Versorgungsaspekte, nicht rein auf das Krankheitserleben bezogen,
- dass Erfahrungen von Herzinsuffizienz/Depressions-Patienten separat zu anderen Erkrankungsgruppen auszuwerten waren

Im Umkehrschluss wurden 87 (166) Studien während des Reviewprozesses aus folgenden Gründen ausgeschlossen.

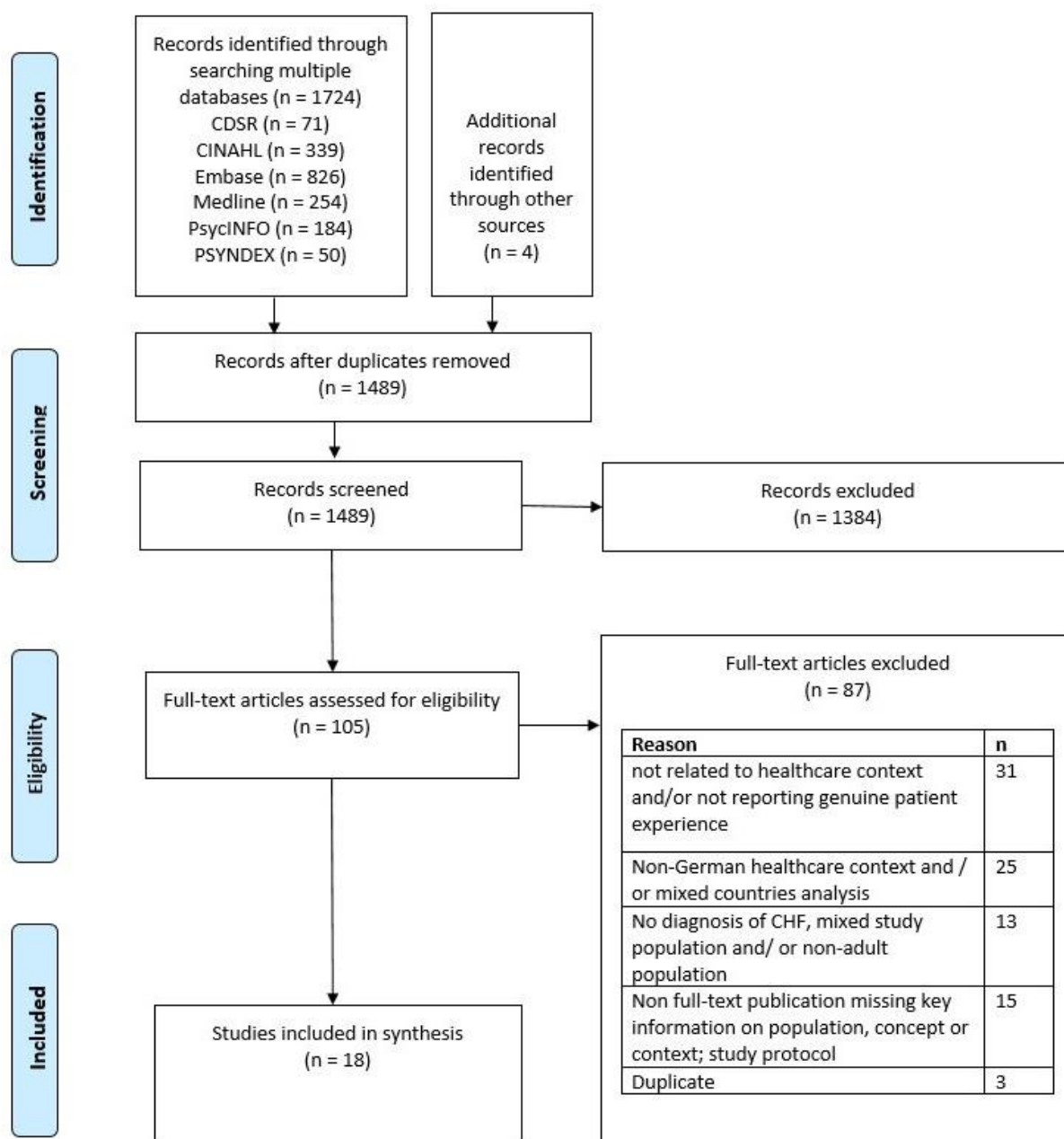
Ausschlussgrund	Anzahl Studien
In Studie wird keine oder eine nicht originäre Versorgungserfahrung berichtet	31 H, 58 D
Studie bezieht sich nicht rein auf den deutschen Versorgungskontext	25 H, 32 D
Studie bezieht sich nicht eindeutig auf erwachsene Patienten mit Herzinsuffizienz/Depression	13 H, 44 D
Studie ist keine Volltext-Publikation; Studie ist ein Studienprotokoll	15 H, 5 D
Studie ist ein Duplikat	3 H, 27 D

Ergebnisse des Scoping Review

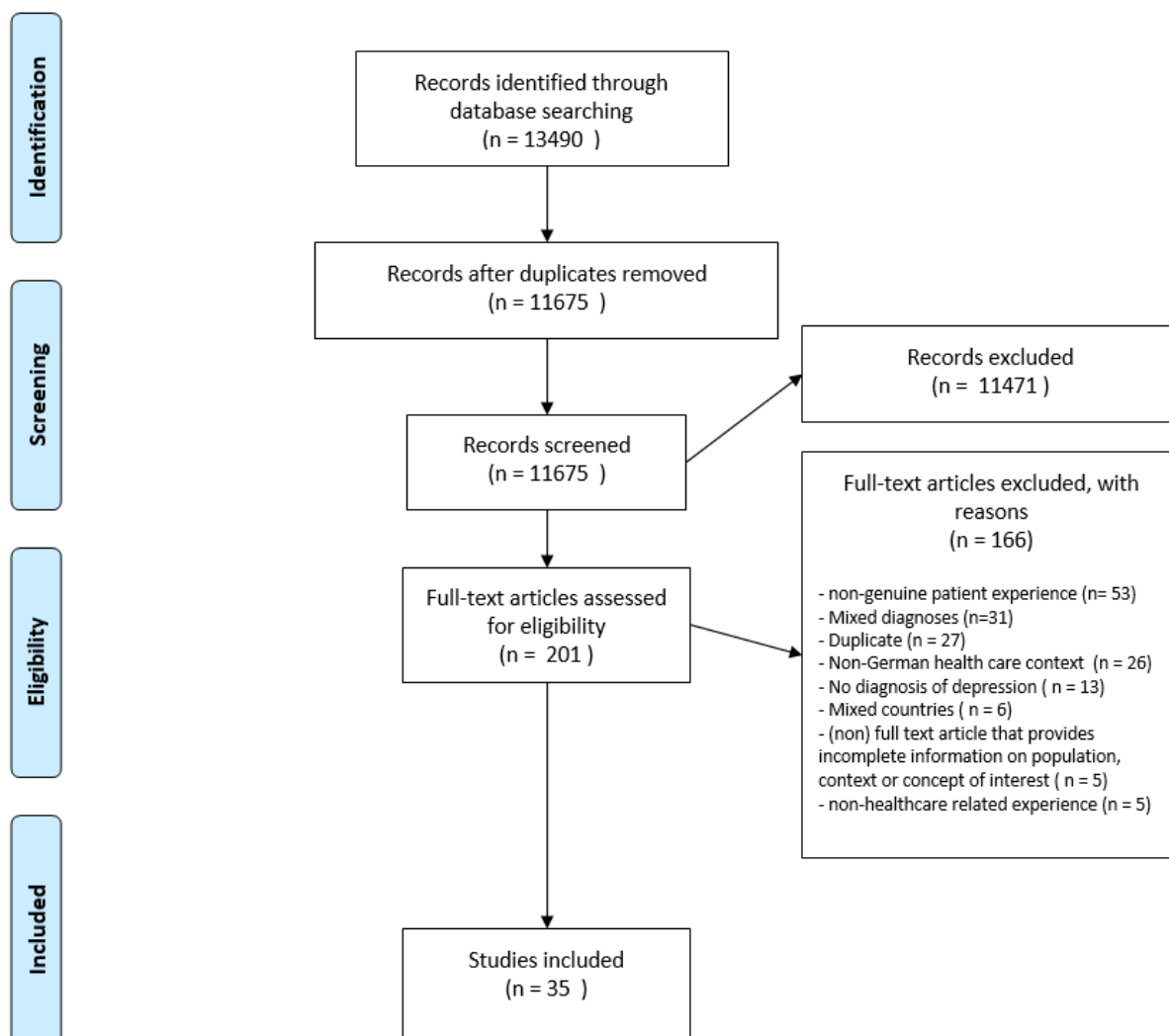
Seiten 6-20 enthalten die extrahierten Informationen der Primärstudien beider Reviews. Die Ergebnisse des Scoping Review zu Versorgungserfahrungen von Patienten mit Herzinsuffizienz in Deutschland wurden zur Publikation eingereicht.³

³ Dieckelmann, M. et al. (2020). Healthcare experiences of patients with chronic heart failure in Germany: A scoping review. Manuscript submitted for publication.

Flow Chart, Thema Versorgungserfahrungen von Patienten mit Herzinsuffizienz in Deutschland



Flow Chart, Thema Versorgungserfahrungen von Patienten mit Depression in Deutschland



Studiencharakteristika und extrahierte Informationen der systematischen Recherche zu Versorgungserfahrungen von Menschen mit Herzinsuffizienz in Deutschland

First Author/Year	Study objective (where possible verbatim)	Study design/n/ Method of Assessment/ Method of Evaluation	Reported healthcare experiences and their <i>thematic dimension</i> (arrived at both inductively and deductively according to Scholl et al's dimensions of patient-centered health care ²¹)	Main theme
Muschalla/ 2011	To test a "newly developed patient education program [concerning] patients' acceptance, changes in disease-related knowledge, perceived health- and illness-related quality of life, and mental symptoms".	Longitudinal design/ 64/ Questionnaire/ Quantitative	<ul style="list-style-type: none"> • The newly developed heart failure rehabilitation program helps patients improve knowledge of their condition, reduce anxiety and depression and improve their quality of life. • Patients reported a high subjective training need and interest in medical information on the disease and treatment. • For the majority of patients, the information gain primarily provides security • Some negative statements related to the room and the "less realistic dietary advice" • An appointment with the partner was proposed <i>Patient empowerment, patient information, involvement of family and friends, emotional support, increase in knowledge, need for health education, global satisfaction (with an education program)</i>	Rehabilitation, patient education
Meng/ 2016	Evaluation of "[...] a patient-centered self-management educational group program for patients with chronic systolic heart failure as compared to usual care education during inpatient cardiac rehabilitation".	RCT/ 475/ Questionnaire/ Qualitative	<ul style="list-style-type: none"> • Compared to a standard lecture-based program, the patient-centered training program increased patient satisfaction with treatment in terms of content and group interaction, but not in terms of materials - . • "[...] significant small between-group intervention effect on certain dimension of patients' self-management competence" <i>Patient empowerment (adherence to medication and exercise; symptom control), global satisfaction (with an education program: education materials, group interaction, program content)</i>	
Meng/ 2009	To explore the subjective needs of CHF patients for health-related educational training (existing level of knowledge, interest in educational training, interest in participating in educational training programs) within the context of rehabilitation and to evaluate an educational training program.	Longitudinal design/106/ Questionnaire/Quantitative	<ul style="list-style-type: none"> • High subjective training need of patients • Patients were very interested in basic medical knowledge on heart failure and information on CHF therapy (including nutrition, symptom control, exercise, alcohol) as well as information on how to transfer information into everyday life, but less interested in information about smoking behavior and coping strategies • Interest in psychocardiological knowledge from educational training programs was more diversified and is associated with patients' psychological burden. • On average, patients rated the educational training program they received to be good or very good • Approx. 75% of patients preferred to be involved in shared decision making than a paternalistic patient-doctor relationship (for younger patients, no gender differences). This patient collective had greater interest in educational programs. • 43% of patients said they had been well informed about the disease by doctors, 20% rated the information provided by doctors to be of bad quality • Half the patients actively searched for disease-related information themselves • Patients explicitly expressed the wish for SDM (n=44), better quality information (n=11) and more positive patient-doctor relationships <i>Provider-patient relationship, patient involvement in care, patient information, need for health education, increase in knowledge, global satisfaction with education program)</i>	

Köberich/ 2016	"[...] to investigate heart failure patients' attitudes towards and the factors influencing diary use".	Cross-sectional design/53/ Questionnaire/Quantitative	<ul style="list-style-type: none"> • Patients rated the one-hour self-care training on heart failure as helpful and good • Younger patients and single patients are less likely to keep a journal than older people and patients living with someone • Only about half the patients still used the diary 3 months after the intervention; body weight and blood pressure were recorded more frequently than edema. The diary was used for personal reasons and not primarily because the doctor requested it. Among diary-users, most patients stated that it was suitable for everyday use and as a structuring tool, and that it was useful for informing health professionals about their current state of health • Reasons not to use the diary were: no perceived need for it, stable vital parameters, ability to recognize symptoms of exacerbation without it, good subjective well-being. Patients did not use the diary because their doctor regularly collected the data anyway (27.3%) because the family doctor did not ask for a diary (27.3%) because the cardiologist did not ask (22.7%) because the nurse did not ask (4.5%) <i>Patient information, patient empowerment (symptom control), provider-patient communication, motivation for self-care</i>	
Dahrmann/ 2017	"This study evaluated health-related QoL with both therapy options [LVAD vs optimised medical management]"	Cross-sectional design/100/ Questionnaire/Quantitative	No significant group differences between LVAD therapy vs. optimal medical therapy in terms of information and communication, need for participation, patient activation, information-seeking behavior, and shared decision-making <i>Provider-patient communication, patient information, patient empowerment, patient involvement in care</i>	Device therapy (VAD)
Berg/2017	To study "the requirements for outpatient care [...] from the perspective of VAD patients".	Cross-sectional design/30/ Questionnaire/Mixed Methods	<ul style="list-style-type: none"> • VAD patients and their relatives feel confident using the device after an initial phase of habituation. Information, accessibility and regular contact, even without a specific reason (e.g. routine visit to the polyclinic), convey the feeling of being able to cope with living with a VAD system • The support of relatives at home was important to patients • With regard to application, patients felt confident using the device. Over 80% of patients felt they had been well-informed. • 80% of the patients told nurses they were confident using the device • About half the patients stated that the support of case managers and social services was helpful • Approx. 70% of patients were satisfied with physiotherapy and rehabilitation after surgery • Good support at home and regular contact with the polyclinic - without regular appointments – was considered more important than good accessibility to the clinic and outpatient practices <i>Perceived safety of technical device, informal home support from case manager or social health service, professional handling of device by nurses and patient, global satisfaction (with rehabilitation and physiotherapy after surgery), access to care, coordination and continuity of care, patient information</i>	
Meyer/2010	"[...] to evaluate the quality of two different [LVAD] systems based on patients' perspective [...]".	Cross-sectional design/27/ Questionnaire/Quantitative	"Overall patients' satisfaction was high [despite] dissatisfaction with: loudness of the power base unit & length of the driveline" <i>Satisfaction (with technical device)</i>	
Werdecker/ 2018	To analyze perceptions of ACP consultations in patients with advanced heart failure.	Qualitative study/67/ Interviews/ Qualitative	<ul style="list-style-type: none"> • In an ACP consultation, patients view the following as success factors: atmosphere, time allowed, respectful interaction and mutual communication, trust as well as consideration of individual patient needs (e.g., information needs, worries, and fears). • Patients view ACP consultations as an open process: Willingness to participate in such conversations must be given to the individual. • Five different types were identified empirically: 1) patients refused further involvement in ACP, 2) decision-making concerning end-of-life issues was encouraged, 3) decision were made 4) patients confirmed or reevaluated their existing ACP, 5) patients avoided engaging further with the topic and relied on their existing ACP 	Palliative care and older adults with CHF

			<i>Essential characteristics of the clinician (respect), provider-patient communication (mutual conversation, time for communication), provider-patient relationship (trust), patient as an empowered person (consideration of patient preferences)</i>	
Klindtworth/ 2015	"[...] to understand how old and very old patients with advanced HF perceive their disease and to identify their medical, psychosocial and information needs, focusing on the last phase of life."; "[...] explore the needs of older patients with advanced heart failure, and their experiences with health care delivery in Germany".	Qualitative study/25/ Interviews/ Qualitative	"[...] older patients do not experience HF as a life-limiting disease. [...] The needs and priorities of older HF patients vary depending on their disease status and individual preferences. [...] Many older HF patients lack sufficient knowledge about their condition and its prognosis, particularly with regard to emergency situations and end of life issues, and many expressed a wish for open discussions. From the patients' perspective, there is a need for improvement in interaction with health care professionals, and limits in treatment and medical care are not openly discussed" <i>Provider-patient communication (prognosis, time for communication), patient information (quality of information, prognosis, information-overload, comprehensibility, GP as main source of information, coordination and continuity of care (dissatisfaction with inpatient sector), provider-patient relationship (respect), essential characteristics of the provider (empathy, friendliness, competence), access to care (financial burden), knowledge (prognosis, emergency situation, end-of-life), healthcare utilization (palliative care, outpatient cardiologist, GP), global satisfaction (regarding ambulant nursing, financial support for informal caregiving)</i>	
Scherer/ 2008	"[...] to determine which psychosocial factors influence primary care patients' consultation frequency in the case of heart failure"	Longitudinal design/310/ Interview/ Quantitative	<ul style="list-style-type: none"> • patients visited their family doctor an average of 8.2 times over 9 months • "Low self-rated severity of heart failure was associated with infrequent attendance [...] women and patients living alone were more likely to consult their GP at least twice per month" • "[...] High primary care utilization was also influenced by anxiety and depression as well as by physical problems" <i>Healthcare utilization (GP visits)</i> 	Family practice
Peters-Klimm/2010	"[...] explore the effectiveness of a new model of CHF case management conducted by doctors' assistants (DAs, equivalent to a nursing role) and supported by general practitioners (GPs)."	RCT/199/ Questionnaire/Quantitative	Improvements in quality of care as a result of a case management program (outpatient-primary care setting) compared to standard care <i>Coordination and continuity of care, biopsychosocial perspective, patient involvement in care</i>	
Knoll/2013	"Investigates the extent to which a structured, interdisciplinary program between primary care physicians and pharmacists in the care of patients with [...] chronic heart failure, by means of improved adherence, can lead to a measurable improvement in therapeutic success (weekly visits to the pharmacist)"	RCT/50/ Questionnaire/Quantitative	<ul style="list-style-type: none"> • At the end of the intervention, 20% of patients decided to continue using the weekly dosing service provided by the pharmacy at their own expense • The program did not affect hospital admissions • In the intervention group, patients were more satisfied with pharmacist care than they were at first <i>Coordination and continuity of care, provider-patient communication, patient empowerment (adherence to medication), patient information, provider-patient relationship, healthcare utilization (hospital admissions)</i> 	Pharmaceutical care

Rohlehr/ 2017	To assess patients knowledge regarding medication and self-reported medication adherence.	Longitudinal design/111/ Questionnaire/Mixed Methods	<ul style="list-style-type: none"> • Self-reported adherence was good to mediocre in most patients • Inadequate knowledge about disease-specific drugs overall. In declining order, patients knew about medication effects, administration time, drug name and dose • Declining knowledge after discharge • Women had more advanced knowledge • Socio-demographic factors such as education or family status correlated with drug knowledge • Medication knowledge correlates positively with the use of a medication plan and self-preparation of the medication • Drug knowledge of patients with acutely decompensated heart failure needs improvement • Despite a slight increase in knowledge about ongoing therapy, the long-term results over the course of the disease were sometimes worse than a state of acute decompensation <p><i>Knowledge, self-reported adherence</i></p>	
Müller/2013	"[...] a concept using a telemedical service center to manage [home monitoring] data was developed and investigated regarding patients' satisfaction, physicians' satisfaction, and alert filtering."	Longitudinal design/55/ Questionnaire/Quantitative	The majority of patients stated that the telemedicine home monitoring program did not result in improved drug intake, but provided feelings of security, increased treatment satisfaction, and improved the relationship with the physician <i>Provider-patient relationship, physical support (medication adherence), patient empowerment, global satisfaction (with eHealth program)</i>	Telemedicine
Lossnitzer/ 2015	"[...] to analyse the preferences and objections of CHF patients suffering from depressive symptoms regarding various psychosocial treatment options. After a period of three months we analysed how many patients had actually participated in a treatment."	Longitudinal design/85/ Interview/ Qualitative	<ul style="list-style-type: none"> • "The most favoured treatment option was a low-threshold service with supportive talks [...] 64.7% [of respondents] [...] concerning topics such as quality of life, financial stressors, overall health, and/or social relationships – ideally in conjunction with appointments in the CHF Outpatient Department." • Preferences for treatment with psychotropic drugs were lower (34.1% of respondents) • "[...] 47.1% [of respondents] reported that they could not envision adhering to regular weekly psychotherapy sessions." • "[...] 14.1% [of respondents] reported that they would like more time with their treating cardiologist to address questions concerning their heart disease." • The most commonly used treatment options were cardiac exercise groups and supportive talks <p><i>Patient information, integration of medical and non-medical care, access to care, coordination and continuity of care, provider-patient communication, biopsychosocial perspective, healthcare utilization (psychosocial care)</i></p>	Social care and mental healthcare
Naumann/ 2014	To study the influence of heart failure on the socioeconomic situation of the patient.	Cross-sectional design 72/ Questionnaire/Quantitative	<ul style="list-style-type: none"> • The majority of patients visited their GPs 0-8 times a year and their cardiologists 0-2 times a year, with mental factors such as anxiety and anxiety associated with more frequent consultations. • Few patients were offered psychotherapeutic care. If offered, the offer was generally taken up. Few patients organized psychotherapy by themselves. About one third of patients were offered cardiac exercise programs to complement their treatment, which only half took advantage of <p><i>Healthcare utilization (GP and specialist services, psychotherapy and cardiac exercise therapy)</i></p>	

<p>Baudendistel/2015</p>	<p>"[...] to explore patient perspectives on guided treatment of CHF across multiple health care sectors. Furthermore, it was investigated to what extent patient perspectives are represented by quality indicators of the German National Disease Management Guideline."</p>	<p>Qualitative study/17/ Interviews/ Qualitative</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "[...] patients were mostly satisfied with their health care [...] especially in primary care" • "However, deficits were identified, especially related to communication and cooperation across health care sectors, especially at the transition between hospital and outpatient care." • "Patient experiences within the inpatient sector were often reported to be less positive, whereas most patients had good experiences with the GP's treatment in primary care." • "Patient needs focused primarily on doctor-patient relationship, communication, quality of information, and professional advice, as well as psychological support." • "However, patients also expressed relevant deficits regarding their health care. Particularly, patients reported shortcomings related to cooperation between health care professionals within the whole range of treatment across multiple health care sectors. Furthermore, they described structural deficits with regard to area-wide available services (e.g., patient education, counseling, and programs on physical exercise)." • Cooperation between the medical disciplines & health care sectors" was perceived important. • "Pharmacological treatment was relevant to the interviewees, especially the quality of professional counselling was central [...]. Thereby, comprehensibility of the information provided was considered as important." • "[...] the provision of exercise training as a health service to patients did not get enough attention [...]." • "The need for psychosocial support, e.g., in coping with illness experiences, was addressed by several interviewees." • "Mostly, the GP was described as the primary contact person. He often was perceived as a coordinator." • "Deficits in information exchange and communication, especially on behalf of the inpatient sector, were expressed by the interviewees." • "Joint discussion of medical findings or fast information exchanges between, e.g., GPs and cardiologists were mentioned to be positive." • "Clear responsibilities and organizational processes, e.g., in case of application for a rehabilitation were relevant to the interviewees." • "The need for support in the community setting to cope with challenges in everyday life was a further important point [...]." • "Care in the advanced phase of chronic illness, respectively palliative care, was mentioned by some interviewees, especially in elderly. Issues like increasing dependency on care and the need to be under care at home were addressed." • "[...] having a contact partner, e.g. a GP or a health care assistant, and getting timely appointments [were] indicators for a good quality of health care [...]." <p><i>Global satisfaction (inpatient care and GP services in primary care), coordination and continuity of care, provider-patient communication, provider-patient relationship, patient information (comprehensibility, quality, professional counselling), emotional support, biopsychosocial perspective</i></p>	<p>Overlapping themes</p>
<p>Herzberg/ 2016</p>	<p>"[...] it was investigated [...] how relevant the existing quality indicators of the National Disease Management Guidelines for Chronic Heart Failure are being estimated [by patients]."</p>	<p>Qualitative study/22/ group discussion/ Qualitative</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patients emphasize the social dimension of sports to belong to high-quality treatment • Patients mentioned a lack of information on cardiac rehabilitation through exercise from doctors and a lack of support by statutory health insurers • Patients spoke negatively about pharmaceutical care since drug administration was not sufficiently monitored by doctors • Patients accepted that surgical treatments were necessary interventions, but complained about a lack of information on the risk of complications and expressed a fear of being instrumentalized • Patients accepted the technical nature and the doctor's additional knowledge about diagnostic care, but said that knowledge was not communicated and diagnostic results not explained adequately • Regular follow-up visits were considered important, but patients wished to receive more support from doctors without having to insist themselves • Patients complained about difficulties gaining timely access to both inpatient and ambulatory cardiac health care <p><i>Patient information (cardiac rehabilitation, surgery-induced complications, medication, diagnosis, waiting times), biopsychosocial perspective, provider-patient relationship (fear of being instrumentalized), access to care</i></p>	

RCT: Randomized controlled trial; CHF: Chronic heart failure; SDM: Shared decision making; QoL: Quality of life; (L)VAD: (Left) ventricular assist device; ACP: Advanced care planning; GP: General practitioner; Approx.: Approximate

Baudendistel I, Noest S, Peters-Klimm F, Herzberg H, Scherer M, Blozik E et al. Bridging the gap between patient needs and quality indicators: a qualitative study with chronic heart failure patients. *Patient Preference Adherence* 2015; 9:1397–405.

Berg T, Tewarie L, Moza A, Zayat R, Autschbach R, Stoppe C et al. Anforderungen an die ambulante Versorgung nach Implantation eines ventrikulären Herzunterstützungssystems [Requirements for outpatient care after implantation of a ventricular assist device]: Sichtweise von Patienten und Angehörigen. *Herz* 2017; 44(3):257–64.

Dahrmann B, Sindermann J, Geldmacher T, Heuft G. Lebensqualität und psychisches Befinden von Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz mit und ohne apparative Unterstützung der Funktion des linken Ventrikels – eine Querschnittsstudie [Quality of life and mental health of patients with severe heart failure with or without technical support for the left cardiac ventricle - a cross-sectional study]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2017; 4(63):388–404.

Herzberg H, Bernateck K, Welti F, Joos S, Pohontsch NJ, Blozik E et al. Patientenbeteiligung bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren am Beispiel der Nationalen VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz [Patient Participation in Development of Quality Indicators using the Example of National Disease Management Guidelines for Chronic Heart Failure]: Eine qualitative Analyse kollektiver Sichtweisen. *Gesundheitswesen* 2016; 78(6):373–7.

Klindtworth K. Versorgungssituation und Bedürfnisse am Lebensende [Health care needs at the end of life]: Perspektiven von älteren Patienten und Patientinnen mit schwerer Herzinsuffizienz und ihren Angehörigen: Medizinische Hochschule Hannover; 2015.

Knoll A. Apotheken-basierte Maßnahmen zur Verbesserung der Einnahmetreue bei älteren Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz [Pharmacy-based programs to improve medication adherence in elderly patients with chronic heart failure]: Universität des Saarlandes; 2014.

Köberich S. Fostering self-care behaviours through symptom diary use? An exploratory, cross-sectional study about the use of and attitude towards a symptom diary of patients with heart failure. *Journal of Research in Nursing* 2016; 21(7):530–41.

Lossnitzer N, Herzog W, Schultz JH, Taeger T, Frankenstein L, Wild B. A patient-centered perspective of treating depressive symptoms in chronic heart failure: What do patients prefer? *Patient Educ Couns* 2015; 98(6):783–7.

Meng K, Schubmann R, Hohoff M, Vogel H. Schulungsbedürfnis von Patienten mit Herzinsuffizienz in der medizinischen Anschlussrehabilitation [CHF patients' needs for health education in rehabilitation following hospital stays]. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2009; (83):67–77.

Meng K, Musekamp G, Schuler M, Seekatz B, Glatz J, Karger G et al. The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation. *Patient Educ Couns* 2016; 99(7):1190–7.

Meyer AL, Kugler C, Malehsa D, Haverich A, Strueber M. Patient satisfaction with the external equipment of implantable left ventricular assist devices. *Artif Organs* 2010; 34(9):721–5.

Müller A, Goette A, Perings C, Nägele H, Konorza T, Spitzer W et al. Potential role of telemedical service centers in managing remote monitoring data transmitted daily by cardiac implantable electronic devices: results of the early detection of cardiovascular events in device patients with heart failure (detect-Pilot) study. *Telemed J E Health* 2013; 19(6):460–6.

Muschalla B, Glatz J, Karger G. Kardiologische Rehabilitation mit strukturierter Schulung bei Herzinsuffizienz [Cardiac Rehabilitation with a Structured Education Programme for Patients with Chronic Heart Failure]: Akzeptanz bei Patienten und Veränderungen in Krankheitswissen und Wohlbefinden. *Rehabilitation (Stuttg)* 2011; 50(2):103–10.

Naumann K. Herzinsuffizienz: Einfluss auf die sozioökonomische Situation des Patienten [Heart Failure: Impact on the patient's socio-economic situation]: Dresden, Techn. Univ.; 2014.

Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz CU, Müller-Tasch T, Szecsenyi J. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: the HICMan exploratory randomised controlled trial. *Trials* 2010; 11:56.

Rohlehr F. Medikamenten-assoziiertes Wissen und Adhärenz bei Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz bei Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus [Medication-associated knowledge and adherence in patients with decompensated heart failure on admission and discharge from the hospital]: Universität des Saarlandes; 2017.

Scherer M, Himmel W, Kochen MM, Koschack J, Ahrens D, Chenot JF, Simmenroth-Nayda A, Herrmann-Lingen C. Psychosocial determinants for frequent primary health care utilisation in patients with heart failure. *GMS Psychosoc Med* 2008.

Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. *PLoS ONE* 2014; 9(9):e107828.

Werdecker L, Kujawa M, Schneider N, Neitzke G. Advance Care Planning: Eine qualitative Untersuchung zur Patientenperspektive bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz [Advance care planning: A qualitative investigation on patients' perspectives with advanced heart failure]. *Z Gerontol Geriatr* 2019; 52(2):157–63.

Studiencharakteristika und extrahierte Informationen der systematischen Recherche zu Versorgungserfahrungen von Menschen mit Depression in Deutschland

Erstautor, Jahr	Studiendesign, Fallzahl, Methode	Ergebnisse bezüglich Versorgungserfahrungen depressiver Patienten in Deutschland	Thematische Dimension erfahrener Versorgung	Versorgungsbereich	Thema
Alvarenga, 2009	Fall-Kontroll-Studie, 103 (davon 35 mit Depression), Fragebogen, quantitative Auswertung	Patienten mit Depression geben häufiger Schmerzen an als nicht-depressive psychiatrische Patienten; Nicht-depressive Patienten suchen ihren Hausarzt im Mittel doppelt so oft auf wie Patienten mit Depression (4,9- vs. 2,9-mal in 12 Monaten). Patienten ohne Depression gingen häufiger zu einem speziellen Schmerztherapeuten und erhielten häufiger eine Schmerzbehandlung. Depressive Patienten wurden aufgrund von Schmerzen jedoch häufiger stationär behandelt.	Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, Behandlung von Komorbidität	Sonstige fachärztliche ambulante und stationäre Behandlung; hausärztliche Versorgung	Depression und Schmerz
Amézaga Avitia, 2014	Längsschnittstudie/ Kohortenstudie, 30, Fragebogen, quantitative Auswertung	Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Erwartung an eine Psychotherapie abhängig vom Schweregrad der Depression; die Erwartung an die Psychotherapie beeinflusst das Patient-Therapeut-Verhältnis.	Erwartungen, Patient-Therapeut-Beziehungen	Ambulante psychische Versorgung	Psychotherapie
Bauer, 2010	Querschnittsstudie, 84, Fragebogen, quantitativ	Die Patienten sind im Mittel mit ihrer Behandlung „weitgehend zufrieden“.	Patientenzufriedenheit	Stationär psychische Versorgung	Psychiatrie
Bermejo, 2008	Cluster randomisierte Studie, 936, Fragebogen, quantitativ	Patienten sind hochzufrieden mit ihrer stationären Behandlung und dem Behandlungserfolg; es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und ärztlicher Einschätzung bzw. Patientenselbsteinschätzung der Symptomverbesserung sowie einen positiven Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und einer mittleren Aufenthaltsdauer; Hausfrauen/-männer waren im Vergleich zu anderen Patienten zufriedener.	Patientenzufriedenheit	Stationäre psychische Versorgung	Psychiatrie
Bermejo, 2009	Querschnittsstudie, 201, Fragebogen, quantitativ	Je geringer die Deutschkenntnisse, desto unzufriedener waren die Patienten mit der stationären Behandlung, den Therapieangeboten und dem Behandlungsergebnis; depressionsspezifische Therapieangebote (therapeutische Gespräche, Medikamente) wurden von schlecht deutsch sprechenden Patienten als weniger hilfreich erlebt während der Kontakt zu Mitpatienten und Pflegepersonal als hilfreicher bewertet wurde als von Patienten mit guten Deutschkenntnissen oder Muttersprachlern.	Patientenzufriedenheit; Sprachverständnis, Kommunikation	Stationäre psychische Versorgung	Depression und Sprache
Berner, 2008	Querschnittsstudie, 2224 (davon 677 depressiv), Interviews, quantitativ	Nur 22,7% der depressiven Patienten wurden aktuell diesbezüglich behandelt; nur 29,2% der depressiven Patienten wünschten eine Behandlung; mit steigendem Schweregrad der depressiven Symptomatik stieg der Wunsch nach Behandlung auf maximal 53,6% der betroffenen Patienten an. Die Akzeptanzraten für Standardtherapien (chemische Antidepressiva und Psychotherapie) sind sehr gering, die Präferenz für Phytotherapeutika war ca. 3–6x höher als diejenige für chemische Antidepressiva und Psychotherapie.	Patientenwünsche, Therapiepräferenzen, Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten	Arzneimittelversorgung, Komplementär- und Alternativmedizin; ambulante psychische Versorgung	Arzneimittel und Psychotherapie
Bock, 2014	Längsschnittstudie/ Kohortenstudie, 1050 (davon 112 mit Depression), Fragebogen, quantitativ	Bei älteren, multimorbiden Patienten und zusätzlich einer Depression liegt eine signifikant höhere Nutzung des Gesundheitssystems vor, die zu höheren Kosten beiträgt Nutzung des Gesundheitssystems Depression vs. keine Depression: stationäre Versorgung 34% vs. 19%, hausärztliche Versorgung 99% vs. 98%, nicht-hausärztliche ambulante Versorgung	Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten, Kosten	Ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung, Hausarzt,	Depression und Alter

		57% vs. 48%, Hilfsmittelversorgung 53% vs. 34%, Arzneimittelversorgung 98% vs. 100%, Pflegedienst 21% vs. 9%, Pflege durch Angehörige 42% vs. 16%. Kosten: Mittelwert 8144 Euro/6 Monate bei depressiven vs. 3137 Euro/6 Monate bei nicht depressiven Patienten. Der Kostenunterschied wird vor allem durch höhere Ausgaben für Arzneimittel verursacht.		Hilfsmittel, Arzneimittel, Pflege	
Boehlen, 2016	Querschnittsstudie, 3063 (davon 240 mit Depression), Fragebogen, quantitativ	Körperorientierte Behandlungen wie Physiotherapie oder stationäre Rehabilitation wurden von älteren depressiven Patienten der klassischen Psychotherapie vorgezogen. Im Bereich psychosomatischer Behandlungsangebote wurden häufiger Entspannungsverfahren (bis zu 30,1%) gewünscht als andere leitliniengerechte Behandlungsmethoden wie Psychotherapie (18,3%) und medikamentöse Behandlung (14,6%).	Patientenwunsch, Therapiepräferenz	Ambulante psychische Versorgung, Arzneimittelversorgung, Rehabilitation, Heil- und Hilfsmittel	Depression und Alter
Braukhaus, 2013	Längsschnittstudie/ Kohortenstudie, 1586, Fragebogen, quantitativ	Die Symptomausprägung bei depressiven Männern ist quantitativ etwas geringer, qualitativ jedoch ähnlich wie bei depressiven Frauen. Bei geringerer Symptomlast ist die Effektstärke der Behandlung bei Männern etwas geringer; Männer sind jedoch mit der Behandlung zufriedener. Das Geschlecht des Therapeuten hatte nur auf Frauen einen Effekt: diejenigen, die von Männern behandelt wurden, wollten die Klinik signifikant häufiger weiterempfehlen als diejenigen, die eine weibliche Therapeutin hatten.	Geschlechtseffekte auf Symptomatik und Behandlung; Geschlechts-effekte des Therapeuten	Stationäre psychische Versorgung	Depression und Geschlecht
Dinkel, 2016	Querschnittsstudie, 2278, Fragebogen, quantitativ	Höheres Alter, weibliches Geschlecht und vor allem geringere somatische und depressive Symptombelastung sind Prädiktoren einer subjektiv als gut wahrgenommenen Hausarzt-Patient-Beziehung; depressive Symptome sind dabei bedeutsamer als somatische Beschwerden.	Arzt-Patient-Beziehung	Hausarzt	Hausarzt/-Arzt-Patient-Beziehung
Dockweiler, 2017	Querschnittsstudie, 186, Fragebogen, quantitativ	Fast 2/3 der Befragten können sich vorstellen, Onlinetherapie-Angebote in Zukunft zu nutzen; ein signifikanter Prädiktor der Nutzungsintention ist die wahrgenommene Leistungs- und Aufwandserwartung. Hierzu zählen insbesondere die Bewertung des E-Mental-Health-Angebots als Hilfsmittel zur Krankheitsbewältigung, zur Aktivierung und besseren Einschätzung des Krankheitsverlaufs; insgesamt hohe Skepsis, dass E-Mental-Health die eigene Lebensqualität positiv beeinflusst.	E-Health, Patientenerwartungen	E-Health/Telemedizin	E-Health
Duncan, 2010	Systematische Übersicht, 405, Fragebogen, quantitativ	Patienten der Interventionsgruppe, deren Ärzte geschult in „shared decision making“ (partizipative Entscheidungsfindung) waren, waren mit ihrer Behandlung zufriedener. Auf das klinische Ergebnis, die Symptombesserung, hatte die Intervention keinen Effekt.	Partizipative Entscheidungsfindung, Patientenzufriedenheit	Hausarzt	Hausarzt/-Arzt-Patient-Beziehung
Fleischmann, 2010	Querschnittsstudie, 17, Interview, quantitativ	Patienten mit Depression erleben Wartezeiten für Wiedereingliederungsmaßnahmen (63%), für einen Platz in einer ambulante Reha (57%) und für eine psychotherapeutische Behandlung (56%). 58% der depressiven Patienten empfinden die Wartezeiten als potenziell ihr Therapieergebnis negativ beeinflussende Einschränkung.	Wartezeit auf Behandlung, Versorgungskoordination	Hausarzt, ambulante psychische Versorgung, soziale Dienste	übergreifend
Fuhr, 2018	Randomisiert kontrollierte Studie, 27, Fragebogen, quantitativ	Teilnehmer, die während der Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz mit dem Programm Deprexis arbeiten konnten, nutzten im Schnitt nur die Hälfte der angebotenen Themeneinheiten. Die depressive Symptomatik verringerte sich während der Wartezeit in beiden Gruppen – es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen.	E-Health, Nutzung von Versorgungsangeboten	E-Health/Telemedizin	E-Health
Gebhardt, 2013	Querschnittsstudie, 113 (davon 48 mit Depression), Fragebogen, quantitativ	Die Patientenzufriedenheit mit der stationären psychiatrischen Behandlung war insgesamt gut; sie korrelierte negativ mit der Symptomschwere und positiv mit dem globalen Funktionsniveau bei Entlassung. Außerdem waren Patienten zufriedener, die keine Beeinträchtigung durch die Arzneimitteltherapie erfuhren.	Patientenzufriedenheit	Stationäre psychische Versorgung, Arzneimittelversorgung	Psychiatrie

		Weitere Einflussfaktoren auf die Behandlungszufriedenheit (wie z.B., Alter, Geschlecht, Behandlungsdauer, Gewichtsänderung, etc.) konnten nicht ausgemacht werden.			
Gensichen, 2012	Qualitative Studie, 41, semi-strukturiertes Interview, qualitativ	Leben mit Depression: Hilflosigkeit, Hürden, Hilfe zu suchen, Isolation, Chronizität Erfahrungen mit „case management“ für Depression: aktive Unterstützung, Vertrauen in das Verhältnis zum Arzt/zum Assistenten, erhöhte Aufmerksamkeit Limitationen des „case management“: Qualität der Kontakte ist entscheidend; manche bemängelten ein zu mechanisches, empathieloses Auftreten der Assistenten.	Case-management; Krankheitserleben, Patient-Assistent-Verhältnis	Hausarzt	Hausarzt/case-management
Glattacker, 2018	Fall-Kontroll-Studie, 205, Fragebogen, quantitativ	Patienten, die die Intervention erhielten, waren zufriedener bezüglich der krankheitsspezifischen Informationsvermittlung.	Informationsvermittlung	Stationäre psychische Rehabilitation	Rehabilitation
Hamann, 2016	Qualitative Studie, 33 (davon 6 mit Depression), Fokusgruppen, qualitativ	7 Verhaltensweisen wurden herausgearbeitet, wie Patienten die partizipative Entscheidungsfindung unterstützen können: 1. Ehrlichkeit und Offenheit, 2. Vertrauen und Geduld, 3. Respekt und Höflichkeit, 4. Den Arzt informieren und Feedback geben, 5. Aktive Teilnahme während der Konsultation, 6. Informationen sammeln und das Arztgespräch vorbereiten, 7. Umsetzung des Besprochenen, Kooperation Patienten hielten Ehrlichkeit, Offenheit, Feedback geben und Umsetzung des gemeinsam Entschiedenen für wichtiger, während den Ärzten Höflichkeit und Respekt, Vorbereitung vonseiten der Patienten und aktive Teilnahme am Gespräch mehr Bedeutung beimaßen.	Partizipative Entscheidungsfindung, Kommunikation, Arzt-Patient-Beziehung	Ambulante und stationäre psychische Versorgung	Arzt-Patient-Beziehung
Heyduck, 2011	Qualitative Studie, 25 (davon 16 mit Depression), Fokusgruppen, qualitativ	Patienten kommen mit einer Vielzahl von Vorstellungen und Erwartungen in die Rehabilitation. Diese subjektiven rehabilitationsbezogenen Behandlungsrepräsentationen liefern, ähnlich wie subjektive Krankheits- und medikamentenbezogene Behandlungskonzepte, wichtige Hinweise auf Vorwissen bzw. Informationsbedarfe von Patienten und bieten Anknüpfungspunkte für eine individuelle und bedarfsgerechte Ausgestaltung der Rehabilitation. Depressive Patienten erwarten eine psychologische Behandlung sowie psychische und physische Belastung durch die Reha, halten den Kontakt zu Mitpatienten und dem Reha-Team für sehr wichtig. Letztere sollte eine umfassende und intensive Betreuung gewährleisten. Sie erwarten die Förderung der Auseinandersetzung mit sich selbst und der Erkrankung, Verbesserung oder Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit und des allgemeinen Befindens und wünschen sich Anregungen für Verhaltensänderungen und eine Verbesserung der Alltagsbewältigung sowie eine Verbesserung und Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit. Befürchtungen in Bezug auf die Rehabilitation lassen sich den drei Bereichen Arbeitsplatz, Finanzen und Arztberichte zuordnen, spielen insgesamt aber eine geringe Rolle.	Subjektive rehabilitationsbezogene Behandlungskonzepte	Stationäre psychische Rehabilitation	Rehabilitation
Hoell, 2016	Längsschnittstudie/ Kohortenstudie, 1197 (davon 199 depressive Patienten), Interview, quantitativ	Ältere depressive Patienten nutzen häufiger professionelle häusliche Pflege, Haushaltshilfe und informelle Pflege durch z.B. Angehörige als nicht-depressive ältere Patienten. Die Zeit, in der häusliche Pflege in Anspruch genommen wird, nimmt bei depressiven Patienten über die Zeit zu; bei nicht depressiven Patienten bleibt sie unverändert; die Länge der Zeit, in der häusliche Pflege in Anspruch genommen wird, korreliert positiv mit höherem Alter, einem höheren Grad an funktioneller und kognitiver Einschränkung sowie dem Vorliegen einer Depression.	Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten	Pflege	Depression und Alter
Jelinek, 2013	Querschnittsstudie, 72, Fragebogen, quantitativ	Die Machbarkeit, Akzeptanz und Effektivität des metakognitiven Trainings für Depression (D-MKT) ist nach den Ergebnissen der Pilotstudie als positiv zu bewerten. Es kam zu einer signifikanten Abnahme der depressiven Symptomatik mit mittlerer Effektstärke. Außerdem ergaben sich eine signifikante Abnahme der Denkverzerrungen und des Grübelns sowie eine signifikante Zunahme des Selbstwertes. Beurteilung des D-MKTs von allen Patienten als nützlich und sinnvoll; 82% der Teilnehmer gab an, das Gelernte im Alltag anzuwenden. Überdies bejahten alle Patienten, dass ihnen Sinn und Zweck des Trainings klar waren und 97%	Zufriedenheit	Ambulante psychische Versorgung	Psychotherapie

		gaben an, dass sie Spaß an der Teilnahme hatten. Insgesamt 94% der Patienten würden das Training weiterempfehlen und 85% gaben an, ihre Erkrankung besser zu verstehen.; Nur 14% bejahten, dass sie sich überwinden mussten, an dem Training teilzunehmen.			
Jelinek, 2017	Querschnittsstudie, 147, Fragebogen, quantitativ	In beiden Studien wurden direkt nach der Behandlung hohe Akzeptanzraten des D-MCT nachgewiesen (Post-Assessment). Darüber hinaus zeigten sich im RCT bessere Bewertungen für das D-MCT als in der Kontrollgruppe bei der Nachbeurteilung sowie nach der 6-monatigen Nachbeobachtung. Wöchentliche Session-Auswertungen in Studie 1 zeigten eine gute Akzeptanz für einzelne Module.	Therapieakzeptanz, Zufriedenheit	Ambulante psychische Versorgung	Psychotherapie
Köhler, 2015	Längsschnittstudie/ Kohortenstudie, 217, Fragebogen, quantitativ	Die Patientenzufriedenheit war insgesamt sehr hoch. Erkrankungsschwere, das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, Anzahl von psychiatrischen Komorbiditäten und Anzahl der verschriebenen Medikamente beeinflussten die Zufriedenheit negativ. Depressive Patienten in der ersten Episode der Erkrankung waren etwas zufriedener als chronisch depressive Patienten. Keinen Einfluss auf die Zufriedenheit hatten die erhaltene Psychotherapie, psychosoziale Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildungsgrad etc. und Länge der stationären Behandlung.	Zufriedenheit	Stationäre psychische Versorgung	Psychiatrie
Löbner, 2017	Qualitative Studie, 7, Interviews, qualitativ	Patientenurteile zeigen eine hohe Nutzungsakzeptanz. Eine Implementation solcher Programme sollte soziale und körperliche Aspekte berücksichtigen.	Nutzungsakzeptanz, E-Health	E-Health/ Telemedizin	E-Health
Lossnitzer, 2015	Längsschnittstudie/ Kohortenstudie, 68, standardisiertes Interview, quantitativ	Die meist favorisierte Behandlungsoption waren unterstützende Gespräche in längeren Intervallen (64,7%); nur 34,1% würden Antidepressiva akzeptieren; nach 3 Monaten hatten 24,7% der depressiven Patienten eine Behandlung begonnen, davon überwiegend in Form unterstützender Gespräche.	Behandlungspräferenz, Therapieakzeptanz, Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten	Ambulante psychische Versorgung, Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln, stationäre psychische Versorgung, sonstige fachärztliche ambulante und stationäre Versorgung	übergreifend
Luk-Sikorski, 2017	Querschnittsstudie, 1230 (davon 379 mit Depression), Fragebogen, quantitativ	Depressive Symptome beeinflussen die Therapiepräferenz: Medikamente, Psychotherapie, Gespräche mit Freunden und Familie sowie Sport waren die bevorzugten Behandlungsmethoden. Mittelschwer depressive Patienten bevorzugten weniger häufig Psychotherapie, alternative Methoden, Selbsthilfegruppen und Bücher; sie gaben häufiger an, sich nicht entscheiden zu können.	Therapiepräferenz	Versorgung mit Arzneimitteln, ambulante psychische Versorgung, Alternativ- und Komplementärmedizin	übergreifend
Luppa, 2008a	Querschnittsstudie, 451 (davon 63 depressive Patienten), Interview, quantitativ	Depression bei Älteren ist mit einer signifikanten direkten Kostenzunahme assoziiert, die auch nach Adjustierung für andere chronische Erkrankungen bestehen bleibt. Die jährlichen direkten Krankheitskosten der depressiven Älteren waren um 1/3 höher als die der nichtdepressiven.	Kosten, Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten	Hausärztliche Versorgung, ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung, Versorgung mit Arzneimitteln, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, Pflege, ambulante und stationäre	Depression und Alter

				psychische Versorgung	
Luppa, 2008b	Querschnittsstudie, 451 (davon 63 depressive Patienten), Interview, quantitativ	Obwohl die vom Hausarzt nicht als depressiv erkannten Patienten absolut gesehen höhere direkte Kosten jährlich verursachen, war der Unterschied zu den erkannten depressiven Patienten nicht statistisch signifikant. 60% der depressiven Patienten waren vom Hausarzt nicht als depressiv erkannt worden.	Kosten, Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten	Hausärztliche Versorgung, ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung, Versorgung mit Arzneimitteln, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, Pflege, ambulante und stationäre psychische Versorgung	Hausarzt
Luppa, 2013	Längsschnittstudie/ Kohortenstudie, 305 (davon 29 depressive Patienten), Interview, quantitativ	Die mittleren jährlichen direkten Krankheitskosten der depressiven älteren Patienten waren ca. 1/3 höher als die der nicht-depressiven; sowohl zu Baseline als auch 4,5 Jahre später im Follow-up. Am höchsten waren die Krankheitskosten für Patienten mit einer chronischen Depression. Den meisten Anteil an den Kosten hatten stationäre Behandlungen, Arzneimittel und häusliche Pflege. Die Kosten für häusliche Pflege nahmen bei chronisch depressiven Patienten am meisten zu.	Kosten, Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten	Hausärztliche Versorgung, ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung, Versorgung mit Arzneimitteln, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, Pflege, ambulante und stationäre psychische Versorgung	Depression und Alter
Mergl, 2011	Randomisiert-kontrollierte Studie, 145, Fragebogen, quantitativ	22,1% der Patienten bevorzugten Antidepressiva, 58,6% bevorzugten eine Psychotherapie, der Rest war unentschieden. Patienten, die ihre bevorzugte Therapieart erhielten, sprachen besser an als Patienten, die nicht ihre bevorzugte Therapieart erhielten.	Therapiepräferenz, Therapieansprechen	Hausärztliche Versorgung, ambulante psychische Versorgung, Versorgung mit Arzneimitteln	übergreifend
Mnich, 2014	Querschnittsstudie, 1293 (davon 385 depressive Patienten), Interview, quantitativ	Betroffene haben mehr Krankheitswissen auch über mögliche Ursachen von Depression als Nichtbetroffene. Es gibt keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich des Wissens/der Einschätzung über die Effektivität von Behandlungen/Therapien. Die Befragten mit einer Vorgeschichte von Depression, aber ohne Behandlung zeigten nur geringe Unterschiede im Krankheitswissen im Vergleich zu der Gruppe der Befragten ohne Depression.	Krankheitswissen	Ambulante psychische Versorgung, Versorgung mit Arzneimitteln	Health literacy/-übergreifend
Nikendei, 2016	Randomisiert-kontrollierte Studie, 35, Interview, qualitativ	Depressive Patienten sehen den größten Vorteil der Tagesklinik in der Möglichkeit, aktuelle Konflikte direkt anzusprechen und vorgeschlagene Lösungen direkt zu Hause auszuprobieren. Gleichzeitig empfanden sie die Integration in die Gruppe (in dieser Studie Tagesklinik und vollstationäre Patienten zusammen) als schwierig. Vollstationäre Patienten sahen den Hauptvorteil im geschützten Setting, die Distanz von ihrer häuslichen Umgebung und die	Erfahrungen	Stationäre psychische Versorgung, Tagesklinik	Psychiatrie/ Tagesklinik

		Unterstützung durch die Mitpatienten. Vollstationäre Patienten mit wenig Interesse, während der Behandlung den Kontakt zur häuslichen Umgebung aufrechtzuerhalten, hatten größere Schwierigkeiten, nach der Entlassung wieder in den Alltag zurückzufinden. Es gab keinen Unterschied zwischen der vollstationären und tagesklinischen Behandlung bezüglich des Therapieerfolgs an sich.			
Salis, 2008	Längsschnittstudie/ Kohortenstudie, 346, Fragebogen, quantitativ	Im Hinblick auf die These, dass Hausärzte im Vergleich zu Fachärzten Depressionen weniger adäquat behandeln, fand vorliegende Studie klare Hinweise darauf, dass dem so ist. So waren Fachärzte Hausärzten sowohl beim Identifizieren einer Depression als auch beim Behandeln mit Antidepressiva insofern überlegen, als sie eine vertiefere Anamnese, eine genauere Diagnose und eine adäquatere Antidepressivatherapie einleiteten.	Patienten- erfahrungen, Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten	Hausärztliche Versorgung, ambulante psychische Versorgung	Hausarzt
Schröder, 2018	Randomisierte kontrollierte Studie, 1004, Fragebogen, quantitativ	Initiale positive Einstellungen gegenüber internetbasierten Interventionen waren assoziiert mit einer größeren Effektivität des Programms und umgekehrt (negative Einstellung war assoziiert mit geringerer Effektivität des Programms); während des Untersuchungszeitraums änderten sich die Einstellungen gegenüber dem Programm: die Richtung und die Größe der Einstellungsänderung waren beide mit der Effektivität des Programms assoziiert (je wirksamer das Programm die depressive Symptomatik linderte, desto positiver wurden die Einstellungen gegenüber Internetinterventionen allgemein und umgekehrt).	Patienten- einstellungen	E-Health/ Telemedizin	E-Health
Zimmermann , 2013	Querschnittsstudie, 227, Fragebogen, quantitativ	Patienten gaben die relative Wichtigkeit der Symptombesserung unter einer medikamentösen Therapie wie folgt an: Energieverlust/Fatigue 18,5%, Nebenwirkungen nach 2 Wochen 14,2%, Verlust an Freude und Interessen 13,5%, Depressionsbezogener Schmerz 12%, Schlafstörungen 12%, Schuldgefühle 11,5%, Behandlungsdauer 9,9%, Depressive Stimmung 8,5%.	Präferenz bezüglich des Behandlungs- ergebnisses	Versorgung mit Arzneimitteln	Arzneimittel

Alvarenga ME, Caniato RN, Mauritz A, et al. Health service utilization in patients with major depression and co-morbid pain. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009;63(1):101–06.

Amézaga Avitia AC. Expectations regarding psychotherapy and therapeutic alliance in women with depression: a study in two different cultural contexts 2014.

Bauer R. Belastungen, Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsverhalten, Befindlichkeit und Medikation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität von Patienten in stationärer Behandlung und ihren Angehörigen: - Eine Analyse wechselseitiger Bedingungen bei Patienten mit Schizophrenie, bipolarer affektiven Störungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen -. Regensburg 2010.

Bermejo I, Berger M, Kriston L, et al. Ist Patientenzufriedenheit in der stationären Depressionsbehandlung von der Qualität sprachlicher Deutschkenntnisse abhängig? *Psychiatr Prax* 2009;36(6):279–85.

Bermejo I, Kriston, Levente, Härter, Martin. Patientenzufriedenheit in der stationären Behandlung depressiver Störungen: soziodemographische, klinische und behandlungsbezogene Prädiktoren. *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 2008;17(2,3):97–105.

Berner MM, Kriston L, Sitta P, et al. Treatment of depressive symptoms and attitudes towards treatment options in a representative German general population sample. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2008;12(1):5–10.

Bock J-O, Lupp M, Brettschneider C, et al. Impact of depression on health care utilization and costs among multimorbid patients--from the MultiCare Cohort Study. *PLoS ONE* 2014;9(3):e91973.

Boehlen FH, Herzog W, Maatouk I, et al. Behandlungswünsche von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen. *Z Gerontol Geriatr* 2016;49(2):120–25.

Braukhaus C, Wollburg E, Langs G. Der benachteiligte Mann? Analysen zur (Gleich-)Behandlung von Männern und Frauen mit Depressionen. *Verhaltenstherapie* 2013;23(2):74–79.

Dinkel A, Schneider A, Schmutzer G, et al. Die Qualität der Hausarzt-Patient-Beziehung. Patientenbezogene Prädiktoren in einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016;66(3-4):120–27.

- Dockweiler C, Kupitz A, Hornberg C. Akzeptanz onlinebasierter Therapieangebote bei Patientinnen und Patienten mit leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen. *Gesundheitswesen* 2018;80(11):1013–22.
- Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2010(1):CD007297.
- Fleischmann J, Dlewald V, Schoul A, et al. PMH69 INFLUENCE OF WAITING TIME IN A LOCAL MENTAL HEALTH CARE SYSTEM IN GERMANY FOR CARE IN PATIENTS DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA OR DEPRESSION. *Value in Health* 2010;13(7):A458-A459.
- Fuhr K, Fahse B, Hautzinger M, et al. Erste Erfahrungen zur Implementierbarkeit einer internet-basierten Selbsthilfe zur Überbrückung der Wartezeit auf eine ambulante Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2018;68(6):234–41.
- Gebhardt S, Wolak AM, Huber MT. Patient satisfaction and clinical parameters in psychiatric inpatients--the prevailing role of symptom severity and pharmacologic disturbances. *Compr Psychiatry* 2013;54(1):53–60.
- Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, et al. Patients' perspectives on depression case management in general practice - a qualitative study. *Patient Educ Couns* 2012;86(1):114–19.
- Glattacker M, Heyduck K, Meffert C, et al. Illness Beliefs, Treatment Beliefs and Information Needs as Starting Points for Patient Information: The Evaluation of an Intervention for Patients with Depression. *J Clin Psychol Med Settings* 2018;25(3):316–33.
- Hamann J, Kohl S, McCabe R, et al. What can patients do to facilitate shared decision making? A qualitative study of patients with depression or schizophrenia and psychiatrists. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51(4):617–25.
- Heyduck K, Glattacker M, Meffert C. Rehabilitation aus Patientensicht--Eine qualitative Analyse der subjektiven Behandlungskonzepte von Patienten in der stationären orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)* 2011;50(4):232–43.
- Hoell A, Weyerer S, Maier W, et al. The impact of depressive symptoms on utilization of home care by the elderly: Longitudinal results from the AgeMooDe study. *J Affect Disord* 2016;204:247–54.
- Jelinek L, Moritz S, Hauschildt M. Patients' perspectives on treatment with Metacognitive Training for Depression (D-MCT): Results on acceptability. *J Affect Disord* 2017;221:17–24.
- Jelinek L, Otte C, Arlt S, et al. Denkverzerrungen erkennen und korrigieren: Eine Machbarkeitsstudie zum Metakognitiven Training bei Depression (D-MKT). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2013;61(4):247–54.
- Köhler S, Unger T, Hoffmann S, et al. Patient satisfaction with inpatient psychiatric treatment and its relation to treatment outcome in unipolar depression and schizophrenia. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2015;19(2):119–23.
- Löbner M, Stein J, Rost T, et al. Innovative E-Health-Ansätze für komorbide Depressionen bei Patienten mit Adipositas: Nutzungsakzeptanz aus Patienten- und Expertenperspektive. *Psychiatr Prax* 2017;44(5):286–95.
- Lossnitzer N, Herzog W, Schultz JH, et al. A patient-centered perspective of treating depressive symptoms in chronic heart failure: What do patients prefer? *Patient Educ Couns* 2015;98(6):783–87.
- Luck-Sikorski C, Stein J, Heilmann K, et al. Treatment preferences for depression in the elderly. *Int Psychogeriatr* 2017;29(3):389–98.
- Luppa M, Heinrich S, Angermeyer MC, et al. Healthcare costs associated with recognized and unrecognized depression in old age. *Int Psychogeriatr* 2008;20(6):1219–29.
- Luppa M, Heinrich S, Matschinger H, et al. Direct costs associated with depression in old age in Germany. *J Affect Disord* 2008;105(1-3):195–204.
- Luppa M, König H-H, Heider D, et al. Direct costs associated with depressive symptoms in late life: a 4.5-year prospective study. *Int Psychogeriatr* 2013;25(2):292–302.

Mergl R, Henkel V, Allgaier A-K, et al. Are treatment preferences relevant in response to serotonergic antidepressants and cognitive-behavioral therapy in depressed primary care patients? Results from a randomized controlled trial including a patients' choice arm. *Psychother Psychosom* 2011;80(1):39-47.

Mnich E, Makowski AC, Lambert M, et al. Beliefs about depression--do affliction and treatment experience matter? Results of a population survey from Germany. *J Affect Disord* 2014;164:28-32.

Nikendei C, Haitz M, Huber J, et al. Day clinic and inpatient psychotherapy of depression (DIP-D): qualitative results from a randomized controlled study. *Int J Ment Health Syst* 2016;10:41.

Salis LC. Die Behandlung depressiver Störungen durch den Allgemeinarzt im Unterschied zum Facharzt. Tübingen 2008.

Schröder J, Berger T, Meyer B, et al. Impact and change of attitudes toward Internet interventions within a randomized controlled trial on individuals with depression symptoms. *Depress Anxiety* 2018;35(5):421-30.

Zimmermann TM, Clouth J, Elosge M, et al. Patient preferences for outcomes of depression treatment in Germany: a choice-based conjoint analysis study. *J Affect Disord* 2013;148(2-3):210-19.