

DiGAs: Schwächung des ärztlichen Vertrauensverhältnisses?

Eine Querschnittstudie

DiGAs: Weakening the Doctor-Patient Relationship?

A Cross-sectional Study

Hendrik Napierala, Christoph Heintze

Hintergrund

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) können mit dem Inkrafttreten des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) als „App auf Rezept“ von der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden. Aktuell ist es unklar, wie Hausärztinnen und Hausärzte (HÄ) aktiv bei der Anwendung von DiGAs eingebunden werden sollten, um einerseits die Gesundheitskompetenz ihrer Patientinnen und Patienten zu steigern, aber gleichzeitig persönliche Kontakte einzubringen, um damit ein langfristiges ärztliches Vertrauensverhältnis zu gewährleisten.

Ziel dieser Arbeit war es, auf Grundlage von öffentlich zugänglichen Informationen, die Rolle der HÄ bei der Anwendung von DiGAs zu benennen.

Methoden

Wir führten eine deskriptive Analyse von Querschnittsdaten durch, die im DiGA-Verzeichnis mit Stand 19.10.2021 verfügbar waren. Wir extrahierten Informationen zur Anwendung, der Indikation und der Intervention. Außerdem untersuchten wir die Einbindung der HÄ bei der Anwendung der DiGAs.

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt der Auswertung waren 24 DiGAs im Register aufgenommen. Verfügbare DiGAs boten ein breites Indikationsspektrum mit einem Schwerpunkt auf psychischen Erkrankungen. Die Rolle der DiGA war hauptsächlich als Ergänzung zu bestehenden Behandlungsangeboten einzuschätzen und in der Mehrzahl der Fälle als eigenständige Nutzung durch die Patientinnen und Patienten konzipiert ohne HÄ strukturiert einzubinden.

Schlussfolgerungen

DiGAs haben zwar das Potenzial die Ressourcen der Patientinnen und Patienten zu stärken, können aber das so grundlegende ärztliche Vertrauensverhältnis beeinflussen. Hier sollten Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Rollen der HÄ identifiziert und bei der Anwendung der spezifischen DiGAs im Versorgungsalltag beachtet werden.

Schlüsselwörter

digitale Gesundheitsanwendungen; Patientenautonomie; Arzt-Patienten-Beziehung; digitale Transformation; Demokratisierung des Gesundheitswesens; Allgemeinmedizin

Background

Digital health applications (DiGA) can be reimbursed by the statutory health insurance as an „app on prescription“ since the Digital Health Care Act (DVG) came into force. Currently, it is unclear how family physicians should be actively involved in the use of DiGAs in order to increase the health literacy of their patients, but at the same time ensure a long-term doctor-patient relationship.

The aim of this work was to assess the involvement of GPs in the use of DiGAs based on publicly available information.

Methods

We performed a descriptive analysis of cross-sectional data available from the DiGA directory as of 19th of October 2021. We extracted information on the apps, as well as their respective indication and intervention. We also investigated the involvement of family physicians in the use of DiGAs.

Results

At the time of the evaluation, 24 DiGAs were included in the register. Available DiGAs offered a wide range of indications with a focus on mental illnesses. The role of the DiGAs were mainly complementary to existing treatment and in the majority of cases designed to be used independently by the patients.

Conclusions

DiGAs have the potential to strengthen the resources of patients, but can influence the doctor-patient relationship. Advantages and disadvantages of the different roles of the practitioners should be taken into account when using specific DiGAs in patient care.

Keywords

digital health applications; patient autonomy; doctor-patient relationship; digital transformation; democratization of healthcare; family medicine

Hintergrund

Die digitale Transformation wird die medizinische Versorgung nachhaltig beeinflussen. Oftmals wird postuliert, die Versorgung damit effizienter zu machen und gleichzeitig Gesundheit und Wohlbefinden von Menschen zu verbessern [1, 2]. Der Einsatz digitaler Technologien in der Primärversorgung, z.B. Selbstmanagementprogramme für Patientinnen und Patienten, wird möglicherweise Einfluss auf die zukünftige Arzt-Patienten-Beziehung, gerade bei jüngeren Menschen, haben und zu Veränderungen in der Primärversorgung führen [3]. Diese Veränderungen werden auch in der Digitalstrategie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) diskutiert [4]. So wird unter Position 3 die Notwendigkeit einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung „in Zeiten einer zunehmend ungerichteten Inanspruchnahme unterschiedlichster digitaler Dienste für die Versorgungswege unserer Patientinnen und Patienten“ diskutiert und „die Hausarztpraxis als zentrales Verknüpfungs- und Steuerungselement im digitalen Versorgungsalltag“ angesehen [4].

Als ein Baustein zur Förderung der digitalen Transformation wurde in Deutschland das „Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG)“ verabschiedet. Unter anderem wurden hier Maßnahmen zur Förderung digitaler Innovationen, eine Ausweitung der Telematik-Infrastruktur und die bessere Nutzbarkeit von Gesundheitsdaten für Forschungszwecke beschlossen [5]. In Deutschland können digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) seit dem 09. Dezember 2019 nach § 33a Absatz 1 SGB V als „App auf Rezept“ von der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden. Dies wird durch die „Verordnung über das Verfahren und die Anforderungen zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ spezifiziert [6]. Diese in kurzer Zeit und mit politischen Druck geförderten gesetzlichen Neuregelungen bedingen Zulassungen im „Fast-Track-Verfahren für digitale Gesundheitsanwendungen

(DiGA) nach § 139e SGB V“ [7] mit folgenden Spezifikationen:

1. Medizinprodukt (Risikoklasse I oder IIa MDR),
2. beruht auf digitalen Technologien,
3. der medizinische Zweck muss wesentlich durch die digitale Hauptfunktion erreicht werden,
4. die DiGA unterstützt die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen,
5. die DiGA dient nicht der Primärprävention und
6. die DiGA wird vom Patienten oder von Leistungserbringer und Patient gemeinsam genutzt.

Die DiGA kann entweder per Rezept formlos verschrieben oder bei vorliegender Diagnose direkt über die Krankenkasse beantragt werden. Zusammengefasst werden hier DiGAs als „digitale Helfer in der Hand der Patienten“ definiert.

Unklar ist bisher, wie betreuende Ärztinnen und Ärzte in die Anwendung von DiGAs konkret eingebunden werden sollen. Unklar bleibt für Hausärztinnen und Hausärzte (HÄ) auch, wie das langfristige unmittelbare ärztliche Vertrauensverhältnis durch DiGAs beeinflusst wird. Ziel dieser Arbeit war, auf Grundlage von öffentlich zugänglichen Informationen spezifische Hinweise zur Anwendung, der Indikation und der Intervention deskriptiv zu beschreiben und die Rolle der ärztlichen Betreuung bei der Benutzung der DiGAs zu adressieren.

Methoden

Es wurde eine deskriptive Analyse von Querschnittsdaten aller DiGAs durchgeführt, die im Verzeichnis [8] mit Stand 19.10.2021 verfügbar waren. Die Extraktion der Basisinformationen zur Anwendung, der Indikation und der Intervention mittels Handrecherche aus dem DiGA-Verzeichnis wurde anhand einer Beispiel-DiGA pilotiert. Die Intervention wurde anhand der von der AppQ 1.0 [9] vorgeschlagenen sieben „Funktionstypen“ eingeteilt:

1. Stärkung der Gesundheitskompetenz (Informationen in Bezug auf Gesundheits- oder Krankheits-

- anliegen, z.B. Gesundheitsportale, Anbietervergleichsportale),
2. Analyse und Erkenntnis (punktuelle Erfassung und Auswertung gesundheitsbezogener Informationen, (z.B. Symptom-Checker, Hörtests),
3. indirekte Intervention (Förderung der Selbstwirksamkeit, Adhärenz und Sicherheit; kontinuierliche Erfassung und Auswertung gesundheitsbezogener Informationen, z.B. digitale Chroniker-Tagebücher, Medikamenten-Reminder, Patienten-Communitys),
4. direkte Intervention (Veränderung von Fähigkeiten, Verhalten und Zuständen; Prävention oder Therapie, z.B. Online-Kurse, Tutorials, Smartphones als Hörgeräte),
5. Dokumentation von Gesundheits- und Krankheitsgeschichte (Speicherung und Verwaltung von Daten und Befunden, z.B. elektronische Patientenakten),
6. Organisation und Verwaltung (Prozessmanagement im Gesundheitswesen, z.B. Online-Geschäftsstellen, Terminvereinbarung),
7. Einkauf und Versorgung (Einkauf von Produkten, z.B. Online-Apotheken).

Bei Überschneidungen wurden mehrere Funktionstypen gewertet.

Ergänzend wurde die Einbindung der Behandelnden bei der Implementierung der DiGAs untersucht. Im DiGA-Verzeichnis wird diese Information als Unterpunkt unter „Beteiligung von medizinischem Fachpersonal“ in der Kategorie „Weitere Informationen zur digitalen Gesundheitsanwendung“ vom Hersteller zusammengefasst. Hier finden sich auch Hinweise zur Zielgruppe der Versorger und der Rolle während der Nutzung durch Patientinnen und Patienten. Anhand der verfügbaren Informationen konnten die DiGAs entsprechend ihrer Rolle (Ersatz bestehender Behandlungsangebote = substitutiv (S); Ergänzung bestehender Behandlungsangebote = komplementär (K); Überbrückung von Wartezeiten = temporär (T)) kategorisiert werden [10].

Die Ergebnisse wurden deskriptiv und vergleichend tabellarisch aufgearbeitet. Da diese Studie nur öffentlich zugängliche Informationen als Untersuchungsgegenstand beinhal-

	DiGA (Indikation)	Intervention
1	CANKADO PRO-React Onco (bösartige Neubildung Mamma, 18+)	Symptomtagebuch, digitale Entscheidungshilfe zur Dringlichkeit der Beschwerdeabklärung
2	Companion patella powered by mediated by Dt. Kniegesellschaft (Krankheiten der Kniescheibe, 12–65)	Therapeutisches Trainingsprogramm
3	Deprexis (Unipolare Depression, 18–65)	Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als Ergänzung zur sonstigen Therapie für Patientinnen und Patienten
4	Elevida (Multiple Sklerose und zusätzlicher Fatigue, 18+)	KVT als Ergänzung zur sonstigen Therapie für Patientinnen und Patienten
5	ESYSTA App & Portal – digitales Diabetesmanagement (Typ 1/2 Diabetes mellitus + Insulinpflichtigkeit, 18+)	Selbstmanagement (Datenimport, -auswertung, Feedback, Tagebuch)
6	HelloBetter Stress und Burnout (Burnout, Z73, 1865)	Psychoedukation, Stresstagebuch, Übungen zum Erlernen systematischer Problemlöse- und Emotionsregulationskompetenzen
7	Invirto (Agoraphobie mit/ohne Panikstörung, soziale Phobie oder Panikstörung, 18+)	KVT mit Expositionstraining
8	Kalmeda (Tinnitus, 18+)	KVT auf der Basis des Zürcher Ressourcenmodells sowie eine Akzeptanz- und Commitment-Therapie
9	M-sense Migräne (Migräne, 18+)	Kopfschmerztagebuch, maßgeschneiderte Patientenschulungen, nicht-medikamentöse Verfahren der Prophylaxe und Akutbehandlung von Migräneattacken
10	Mawendo (Krankheiten der Kniescheibe, 12+)	personalisierte Trainingsprogramme, Edukation
11	Mika (Bösartige Neubildungen, 18+)	Psychoedukation, Entspannungsverfahren, Kraft- und Beweglichkeitstraining sowie einem Coping-Skill-Training mit Techniken der KVT, Akzeptanz Commitment-Therapie (ACT) und Kreativtherapie
12	Mindable: Panikstörung und Agoraphobie (18+)	Basiert auf dem verhaltenstherapeutischen Behandlungsmanual „Expositionsbasierte Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie“, Symptomtagebuch
13	NichtraucherHelden-App (Nikotinabusus, 18+)	Coaching basierend auf kognitiver Verhaltenstherapie (Coaching-Videos, Feedbackabfragen)
14	Novego: Depressionen bewältigen (Depression, 18+)	KVT mit Anteilen systemische Therapie und Achtsamkeitstrainings, Psychoedukation
15	Oviva Direkt für Adipositas (18+)	Digitale Unterstützung für die Lebensstilveränderung zur Gewichtsreduktion (Selbst-Monitoring, Selbstmanagement, Edukation)
16	Rehappy (Schlaganfall mit bleibenden Symptomen (z.B. Parese, Ataxie, Apraxie), 12+)	Aktivierung der Nachsorge durch Erhöhung der Therapiebereitschaft, Verbesserung der Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit, Vermittlung positiver Bewältigungsstrategien, Förderung der Motivation, Verbesserung des Gesundheitsverhaltens, Steigerung der Gesundheitskompetenz
17 18 19	Selfpays Online-Kurse bei Depression, Generalisierter Angststörung, Panikstörung (3 DiGAs, 1865)	KVT „internetbasierte Selbstmanagementintervention“ (zur Überbrückung der Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz)
20	Somnionichtorganische Insomnie (18–65)	Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I)
21	Velibra (generalisierte Angststörung, Panikstörung, 18–65)	KVT als Ergänzung zur üblichen Therapie für Patientinnen und Patienten
22	Vivira (nicht-spezifische Kreuz-, Hüft- und Knieschmerzen, 18+)	Therapeutisches Trainingsprogramm als Ergänzung zu herkömmlichen Therapien mit adaptiven Übungen, Verlaufprotokoll und Edukation
23	Vorvida (schädlicher Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit, 18+)	KVT als Ergänzung zur sonstigen Therapie für Patientinnen und Patienten
24	Zanadio (Adipositas, 18–65)	Gewichtsreduktion durch Lebensstilumstellung mithilfe von Wissensvermittlung (E-Learning), Veränderung (Selbstbeobachtung, Zielsetzung & -erreichung) und Motivation & automatisiertes Coaching

Tabelle 1 Übersicht der aktuell verfügbaren Digitalen Gesundheitsanwendungen

tet, wurde auf ein Ethikvotum verzichtet. Die Arbeit erfolgte in Einklang mit der Deklaration von Helsinki. Die Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) wurden eingehalten.

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren 24 DiGAs in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen worden (Tab. 1). Verfügbare DiGAs bieten ein breites Indikationsspektrum von häufigen Erkrankungen im Primärversorgungsbereich (Tab. 1: Indikation). Es zeigt sich ein Schwerpunkt von zwölf DiGAs, die bei psychischen Diagnosen (z.B. Depression, Angststörung) verschrieben werden können. Zusätzlich sind vier DiGAs zur Behandlung von Volkskrankheiten (z.B. Diabetes, Adipositas), drei DiGAs für chronisch neurologische Erkrankungen (z.B. Migräne), zwei DiGAs aus dem Bereich Onkologie, zwei DiGAs aus dem Bereich der Orthopädie sowie eine DiGA aus dem Bereich Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (Tinnitus) zugelassen.

Funktionsstypen der DiGAs

Anhand der Charakterisierung mittels funktionaler Anwendungstypen (Tab. 2: Typen) konnten die meisten DiGAs mehreren Kategorien zugeordnet werden. Insbesondere bieten die DiGAs Funktionalitäten im Bereich der direkten (z.B. kognitive Verhaltenstherapie mit Expositionstherapie) und indirekten (z.B. Tagebücher, Selbstwirksamkeitsübungen) Interventionen. Zusätzlich werden Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz (z.B. Psychoedukation) und zur Dokumentation von Gesundheits- und Krankheitsgeschichte (z.B. Speicherung von Blutzuckerwerten) genannt.

Rolle der DiGAs im Behandlungskontext

Die Rolle der DiGAs wurde überwiegend komplementär (n = 19), als Ergänzung zu bestehenden Behandlungsangeboten, eingeschätzt (Tab. 2: Rolle). In drei Fällen (gleicher Anbieter) ist die Therapie temporär, zur Überbrückung der Wartezeit auf Psychotherapieplätze, bewertet. Bei zwei DiGAs kann bedingt durch eine flexible Nutzbarkeit eine überlappende Rolle (komplementär/temporär) festge-

stellt werden. Bei 13 DiGAs ist die Nutzung eigenständig durch die Patientinnen und Patienten vorgesehen (Tab. 2). Parallel zur Einbindung sind auch die Aufgaben der Versorger formuliert. Zusätzlich zur Diagnosestellung, Verordnung und Aufklärung wird in neun DiGAs keine weitere vertragsärztliche und in vier Fällen lediglich eine Nachsorge im Rahmen der üblichen Therapie benannt. Bei neun DiGAs ist eine teilbegleitete Nutzung vorgesehen. Hier ist zusätzlich ein – meist optionales – Therapie-Monitoring durch regelmäßige Visiten sowie vereinzelt eine Besprechung der Verlaufsdokumentation, die Auswertung nach Absolvieren des Kurses und ggf. zusätzliche Fernbehandlung genannt. In zwei Fällen ist explizit eine begleitete Nutzung vorgesehen. Hier handelt es sich um manualisierte Therapiestunden im Rahmen der Expositionstherapie bei Agoraphobie und um die Verlaufsdiagnostik bei der Gewichtsreduktion im Rahmen einer Adipositas.

Diskussion

Insgesamt zeigt sich bei den zugelassenen DiGAs ein breites Spektrum an Anwendungsgebieten mit einem Schwerpunkt auf psychischen Erkrankungen. Nur in wenigen Fällen ist eine begleitete ärztliche Unterstützung explizit vorgesehen. In den meisten Fällen wird die DiGA als komplementäres Behandlungsangebot gesehen, welches den Patientinnen und Patienten durch ihre HÄ angeboten oder über die Krankenkassen bereitgestellt wird. Die gesetzlichen Vorgaben im Sinne der Stärkung der Patientenautonomie werden von den Herstellern zwar umgesetzt, gleichzeitig spielen Mechanismen zur Wahrung der Versorgungskontinuität überhaupt keine Rolle.

Vergleich mit anderen Arbeiten

Aktuell gibt es nur wenig Forschungsliteratur, die sich mit dem Einfluss von digitalen Gesundheitsanwendungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung beschäftigt. In einer Studie mit österreichischen Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen zeigte sich zumindest ein Akzeptanzproblem bei Ärztinnen und Ärzten [11]. Die Tatsache, dass die HÄ bei den derzeit zur Verfügung stehenden DiGAs nur eine untergeordnete

Rolle spielen, wird durch die vorliegende Analyse deutlich. Zu fordern ist die zukünftige Einbindung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowohl bei der Implementierung zugelassener DiGAs im Kontext der ambulanten Betreuung als auch der Konzeption weiterer DiGAs. Eine qualitative Studie mit norddeutschen Ärztinnen und Ärzten zeigte, dass die Arzt-Patienten-Beziehung als zentral für die sinnvolle und sichere Anwendung bei digitalen Selbstmanagementinterventionen angesehen wird [12] und unterstützt die Thesen aus der Digitalstrategie der DEGAM [4].

Sicherlich können Selbstmanagementinterventionen z.B. auch bei psychischen Erkrankungen hilfreiche Ergänzungen für die fortlaufende Betreuung bieten, indem hier Behandlungsoptionen erweitert werden. Beispielfähig zeigte eine individuelle Patientendaten-Metaanalyse bei Depressionen eine gute Effektivität von Selbstmanagement-Interventionen (*Self-guided internet-based cognitive behavioral therapy, iCBT*) [13]. Zu prüfen ist, welche Gruppen von Betroffenen konkret profitieren. Dies könnte beispielsweise Patientinnen und Patienten betreffen, die sich sonst nicht in eine ärztliche Behandlung begeben würden oder aufgrund der digitalen Affinität dafür eignen. Außerdem muss ein adäquater Zugang zur Therapie, idealerweise über die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, gewährleistet sein. Bei der iCBT werden verschiedene Konzepte verfolgt mit dem Ziel, den Zugang zur Therapie zu verbessern [14]:

1. Unguided (komplette Selbstmanagementintervention)
2. Guided (Selbstmanagement mit Unterstützung durch Therapeutin oder Therapeut)
3. Blended (Kombination aus Selbstmanagement und Therapiesitzungen)
4. Telefon- oder Videobasierte synchrone Interventionen

Eine aktuelle individuelle Patientendaten-Netzwerk-Metaanalyse gibt hier Hinweise für eine personalisierte Therapie bei Depressionen [15]. Außerhalb der iCBT spielen diese Konzepte noch eine untergeordnete Rolle.

Es sollte im Einzelfall untersucht werden, welchen Einfluss die DiGAs

Nutzung	DiGA	Rolle	Typen	Aufgaben der Versorger
Eigenständig	Deprexis	K	3	Follow-up im Rahmen der üblichen Therapie; Adhärenzsicherung
	Elevida	K	1,4	Follow-up im Rahmen der üblichen Therapie; Adhärenzsicherung
	HelloBetter Stress und Burnout	K	3,4	–
	Kalmeda	K	3,4	–
	Mika	K	3,5	–
	NichtraucherHelden-App	K	1,3,4	–
	Novego: Depressionen bewältigen	K/T	4	–
	Rehappy	K	1,3,4	–
	Selfapys Online-Kurse (3)	T	1,3,4	–
	Velibra	K	1,4	Follow-up im Rahmen der üblichen Therapie; Adhärenzsicherung
	Vorvida	K	1,3,4	Follow-up im Rahmen der üblichen Therapie; Adhärenzsicherung
Teilbegleitet	CANKADO PRO-React Onco	K	1,3,4	Visite (wiederkehrend, alle 6 Wochen)
	Companion patella	K	3,4	Monitoring (optional), Auswertung (nach 3 Monaten)
	ESYSTA App & Portal – Digitales Diabetesmanagement	K	1,3,4	Monitoring/Fernbehandlung (optional)
	Mindable	K	1,3,4	Monitoring mit Verlaufsdokumentation / Therapiebegleitung (optional)
	M-sense Migräne	K	1,3,4	Anleitung zur Selbstanwendung der DiGA; Auswertung, Beurteilung und Besprechung eines Arztreports der DiGA mit Patientinnen und Patienten (quartalsweise)
	Mawendo	K	1,3,4	Patientinnen- und Patientenschulung, Auswahl des Trainingsprogramms
	Oviva Direkt für Adipositas	K	1,3,4	Arztreport (optional)
	Somnio	K	3,4	Monitoring (optional): Berichterstellung, Patientengespräche, Auswertung
Begleitet	Vivira	K/T	1,3,4	Monitoring (optional) mit Besprechung eines patientenindividuellen Reports über die Nutzung der DiGA
	Invirto	K	3, 4	Manualisierte Therapiestunden durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten; Auswertung von Rohdaten (3 Zeitpunkte)
	Zanadio	K	1,3,4	Kontrolluntersuchungen (alle 6 Monate) mit Besprechung eines patientenindividuellen Reports über die Nutzung der DiGA

Tabelle 2 Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte bei der Anwendung der Digitalen Gesundheitsanwendungen

auf den hausärztlichen Versorgungsalltag im deutschen Gesundheitssystem haben. In diesem Kontext wäre ein Ansatz die Abkehr von einem Wirksamkeits- hin zu einem lösungsorientierten Ansatz (*solution-focused approach*) bei digitalen Anwendungen hilfreich. Mohr et al. [16] beschreiben, dass bei digitalen Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit häufig der Fokus auf der Rekrutierung (z.B. jüngerer Patientinnen und Patienten mit hoher Therapiemotivation) liegt, anstatt eine verallgemeinerbare Evaluation durchzuführen. Sie fordern deshalb eine Implementierung in dem Umfeld, wo die Interven-

tionen entwickelt werden und sie später auch nachhaltig eingesetzt werden sollen. Damit könnte eine Brücke zwischen Forschung und Praxis geschlossen werden, mit der die Anwendungen auf reale Situationen übertragen werden könnten [16]. Auch wenn in der DiGAV eine Abbildung der positiven Versorgungseffekte nicht nur über den „Medizinischen Nutzen“, sondern auch durch „patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserungen“ (beispielsweise: Koordination der Behandlungsabläufe) gezeigt werden kann [7], wird dies in der Realität noch nicht umgesetzt. Hauptsächlich werden bisher primär randomisiert-

kontrollierte Studien mit medizinischen Endpunkten als Zulassungsstudien durchgeführt.

Damit die Nutzung digitaler Angebote durch HÄ begleitet werden kann, muss zusätzlich eine entsprechende Einpassung in den Praxisalltag beachtet werden. Beispielsweise müssen zeitliche Ressourcen vorhanden sein, die adäquat vergütet werden sollten. Die aktuelle Zusatzpauschale für das Ausstellen einer Erstverordnung einer DiGA (GOP 01470, 18 Punkte/2 €) erscheint hier inadäquat, um den Mehraufwand abzubilden. Aber auch Verbindlichkeiten (z.B. Haftungsrisiken) sowie technische Voraussetzungen

(Interoperabilität) haben einen Einfluss auf die Umsetzung und bedürfen weiterer Klärung.

Stärken und Schwächen

Eingeschränkt werden die Studienergebnisse durch den Fokus auf öffentlich zugänglichen Informationen. Wie die DiGAs in der Realität eingesetzt und welchen Einfluss sie auf die Patientenautonomie und auf das ärztliche Vertrauensverhältnis haben, bleibt offen. Da DiGAs aktuell auch international eine Sonderstellung einnehmen, könnte die Erforschung dieser Aspekte einen Einfluss auf die Implementierung von Gesundheits-Apps in anderen Gesundheitssystemen haben.

Schlussfolgerungen

Wir sollten im Versorgungsalltag zusätzlich zu klinischen und gesundheitsökonomischen Endpunkten auch den Einfluss der DiGAs auf die Patientenautonomie und das ärztliche Vertrauensverhältnis betrachten, da diese Faktoren, insbesondere durch die digitale Transformation, einen massiven Wandel erfahren werden. Diese sind zur Stärkung und Integritätsrettung des Gesundheitssystems, insbesondere der Primärversorgung, maßgeblich. DiGAs könnten in diesem Kontext als Modellanwendungen dienen, um Einflüsse auf die Patientenautonomie und das ärztliche Vertrauensverhältnis zu untersuchen. Hierzu sind Klassifizierungssysteme, die die Rolle der HÄ definieren, sowie adäquate Evaluations- und Implementierungsstrategien zur nachhaltigen Nutzung von DiGAs notwendig. Die langfristige Interaktion der persönlichen Beziehungsgestaltung in der hausärztlichen Praxis im Kontext der Anwendung von DiGAs sollte zukünftig stärker im Fokus der Forschung stehen.

Interessenkonflikte

HN ist Mitglied der AG Digital Health des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF) und besitzt Anteile an passiv gemanagten Fonds, die in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft und der Technologiebranche investieren.

Literatur

1. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025. 2021. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/gsdhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf?sfvrsn=f112>



Dr. med. Hendrik Napierala ...

... arbeitet seit 2020 als Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Er ist Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und absolviert einen MSc Medical Biometry/Biostatistics an der Universität Heidelberg. Seine aktuellen Forschungsprojekte liegen im Bereich der intersektoralen Zusammenarbeit, der Meta-Forschung (insb. Leitlinienentwicklung) und der Digitalisierung in der Primär- und Akutversorgung mit einem Schwerpunkt auf quantitativen Methoden.

Foto: studioline

- ede5_75 (letzter Zugriff am 24.11.2021)
2. Kramer U, Borges U, Fischer F, Hoffmann W, Pobiruchin M, Vollmar HC. DNVF-Memorandum – Gesundheits- und Medizin-Apps (GuMAs). Gesundheitswesen 2019; 81: e154–70
3. Boers SN, Jongsma KR, Lucivero F, et al. SERIES: eHealth in primary care. Part 2: Exploring the ethical implications of its application in primary care practice. Eur J Gen Pract 2020; 26: 26–32
4. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM). Chancen nutzen, Risiken minimieren Digitalstrategie der DEGAM. 2021. www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Digitalstrategie_final.pdf (letzter Zugriff am 24.11.2021)
5. Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG). Bundesgesetzblatt Teil I. 2019; 49: 2562
6. Verordnung über das Verfahren und die Anforderungen zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung – DiGAV). Bundesgesetzblatt Teil I. 2020; 18: 768
7. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Das Fast Track Verfahren für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 139e SGB V Ein Leitfaden für Hersteller, Leistungserbringer und Anwender. 2021. www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Beratungsverfahren/DiGA-Leitfaden.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (letzter Zugriff am 24.11.2021)
8. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). DiGA-Verzeichnis <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis> (letzter Zugriff am 24.11.2021)
9. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). AppQ Gütekriterien-Kernset für mehr Qualitätstransparenz bei digitalen Gesundheitsanwendungen. www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/appq (letzter Zugriff am 24.11.2021)
10. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Digital-Health-Anwendungen für Bürger – Kontext, Typologie und Relevanz aus Public-Health-Perspektive. 2016. www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/digital-health-anwendungen-fuer-buerger/ (letzter Zugriff am 24.11.2021)
11. Haluza D, Jungwirth D. ICT and the future of health care: aspects of doctor-patient communication. Int J Technol Assess Health Care 2014; 30: 298–305
12. Fiske A, Buyx A, Prainsack B. The double-edged sword of digital self-care: Physician perspectives from Northern Germany. Soc Sci Med 2020; 260: 113174
13. Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, Riper H, Hedman-Lagerlöf E. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. Cogn Behav Ther 2018; 47: 1–18
14. Etzelmueller A, Radkovsky A, Hannig W, Berking M, Ebert DD. Patient's experience with blended video- and internet based cognitive behavioural therapy service in routine care. Internet Interv 2018; 12: 165–75
15. Karyotaki E, Riper H, Twisk J, et al. Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: A meta-analysis of individual participant data. JAMA Psych 2017; 74: 351–9
16. Mohr DC, Riper H, Schueller SM. A solution-focused research approach to achieve an implementable revolution in digital mental health. JAMA Psychiatry. 2018; 75: 113–4

Korrespondenzadresse

Dr. med. Hendrik Napierala
Charité- Universitätsmedizin Berlin
Institut für Allgemeinmedizin
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
hendrik.napierala@charite.de