

www.iu.de

IU DISCUSSION

PAPERS

Gesundheit

Verbesserung des Entlassmanagements bei Depression durch Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA): Erkenntnisse aus dem BKH Augsburg

MAGDALENE BURGHOLD

BRIT S. SCHNEIDER

SOPHIE BRENNER

ALKOMIET HASAN

IU Internationale Hochschule

Main Campus: Erfurt

Juri-Gagarin-Ring 152

99084 Erfurt

Telefon: +49 421.166985.23

Fax: +49 2224.9605.115

Kontakt/Contact: kerstin.janson@iu.org

Autorenkontakt/Contact to the author(s):

Magdalene Burghold (<https://orcid.org/0009-0005-8148-7141>)

E-Mail: magdalene.burghold@gmail.com

Brit Schneider (<https://orcid.org/0009-0007-4594-707X>)

Sophie Brenner (<https://orcid.org/0000-0002-7179-9150>)

IU Internationale Hochschule GmbH

Juri-Gagarin-Ring 152

Magdalene Burghold, Alkomiet Hasan

Bezirkskrankenhaus Augsburg

Geschwister-Schönert-Str. 1

86156 Augsburg

IU Discussion Papers, Reihe: Gesundheit, Vol. 3, No. 2 (MÄR 2025)

ISSN: 2750-0705

DOI: <https://doi.org/10.56250/4044>

Website: <https://repository.iu.org>

VERBESSERUNG DES ENTLASSMANAGEMENTS BEI DEPRESSION DURCH DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN (DIGA): ERKENNTNISSE AUS DEM BKH AUGSBURG

Magdalene Burghold

Brit S. Schneider

Sophie Brenner

Alkomiet Hasan

ABSTRACT:

This study investigates the implementation of digital health applications (DiGA) to enhance discharge management for recurrent depression at Bezirkskrankenhaus Augsburg Hospital (BKH). The research is grounded in the observation and analysis of care processes, complemented by interviews with 13 clinic staff members and two DiGA manufacturers. Our findings highlight a significant care gap during the transition from inpatient to outpatient care. Experts regard DiGA as a valuable addition due to its low-threshold access, continuous usability, and location-independent accessibility. Prolonged waiting times for outpatient therapy often result in inadequate post-discharge care, increasing the risk of rehospitalization. Integrating DiGA early during the inpatient stay could potentially improve treatment outcomes for recurrent depression and bridge existing care gaps.

KEYWORDS:

Digital Health Application (DiGA), discharge management, depression, care gap, rehospitalization

AUTOR:INNEN



Magdalene Burghold ist als Referentin im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements tätig. Im Zuge ihrer Tätigkeit am Bezirkskrankenhaus Augsburg sowie ihres parallel absolvierten Masterstudiengangs Gesundheitsmanagement kristallisierte sich die Entwicklung des Behandlungsverlaufs und der Aufenthaltsrhythmen von depressiven Patienten als zentrales Forschungsthema heraus. Vor diesem Hintergrund wurde in Abstimmung mit dem Bezirkskrankenhaus Augsburg eine Masterarbeit zum Einsatz von DiGA bei Depressionen verfasst. In der Folge wurde in Zusammenarbeit mit Brit Schneider der Schritt zur Veröffentlichung eines Fachartikels eingeleitet.



Brit Schneider ist Professorin für Gesundheitsökonomie an der IU Internationale Hochschule und leitet dort das Fachgebiet Gesundheit sowie den Studiengang Gesundheitsmanagement (B.A.). In ihrer Forschung beschäftigt sie sich mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen, insbesondere digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), sowie mit Faktoren, die die Adhärenz bei digitalen Therapien beeinflussen. Vor ihrer Professur war Brit Senior Consultant in einer auf den Gesundheitsmarkt spezialisierten Unternehmensberatung mit dem Schwerpunkt Market Access. Für ihre Dissertation zu den Zusammenhängen von Gesundheit und Bildung erhielt sie 2008 den 12. Wissenschaftspreis der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen.



Sophie Brenner ist Professorin für Healthcare Management und Academic Director an der IU Internationale Hochschule und leitet dort den Bereich Operations Academic Content Creation. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen internationaler Gesundheitssystemvergleich, Digital Health und Adhärenz. Zuvor war Sophie als Unternehmensberaterin im Gesundheitswesen tätig und begleitete Entwicklungsprojekte in der Medizintechnikindustrie. Sophie hat zum Thema Leitlinienadhärenz bei T2DM an der UMIT Private Universität promoviert. Sie verfügt über umfangreiche internationale Erfahrung in Asien, Europa, dem Nahen Osten und den USA.



Alkomiet Hasan ist Professor für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Augsburg und leitet die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Er ist zudem Direktor des BKH Augsburg und Vorstand Krankenversorgung der Bezirksklinischen Schwaben. Seine klinisch-wissenschaftliche Ausbildung absolvierte er in Göttingen, London und München, bevor er 2020 nach Augsburg kam. Seine klinischen Schwerpunkte liegen in der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen wie Schizophrenie, therapieresistenter Depressionen und komorbider Suchterkrankungen. Wissenschaftlich beschäftigt sich Prof. Hasan mit evidenzbasierter Psychiatrie, Versorgungsforschung, Hirnstimulation und neurophysiologisch-orientierter Forschung. Seine Arbeiten wurden mehrfach ausgezeichnet. Er erhielt auch mehrere Auszeichnungen für sein Engagement in der Lehre an der LMU München.

Hintergrund

Psychische Störungen, insbesondere Depressionen, belasten die Gesundheit erheblich. Laut gesundheitsökonomischen Daten aus 2023 verursachen psychische Erkrankungen 13% der gesamten Krankheitskosten in Deutschland [1].

Chronische Erkrankungen und die lange Heilungsdauer beeinflussen oft lebenslang alle Lebensbereiche der Patienten. Depressionen führen zu Konzentrationsproblemen, Selbstzweifeln, Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken, Schlaf- und Gewichtsproblemen sowie Antriebslosigkeit und beeinträchtigen das tägliche Leben der Betroffenen [2].

Prävalenz und Barrieren

In Deutschland ist jeder dritte Mensch im Laufe seines Lebens von einer psychischen Erkrankung betroffen, aber nur die Hälfte erhält eine Behandlung [3, 4]. Gründe sind strukturelle Barrieren wie Therapieplatzmangel, besonders im ländlichen Raum, eingeschränkte Mobilität, lange Wartezeiten und hohe Behandlungskosten [5]. Einstellungsbezogene Barrieren betreffen die Stigmatisierung der Betroffenen sowie eine Präferenz für Selbsthilfe.

Laut dem aktuellen „Gesundheitsatlas Deutschland“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) waren 2022 rund 9,49 Millionen Menschen in Deutschland von Depressionen betroffen, was einer Prävalenz von 12,5 Prozent entspricht. In den letzten Jahren stieg die Zahl der Diagnosen kontinuierlich an, unter anderem auch getrieben durch die Corona-Pandemie. Besonders betroffen waren hiervon junge Menschen bis 24 Jahre sowie ältere Menschen über 65 Jahre [6].

Versorgungslücken und digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung in Deutschland führt zu Brüchen in der Versorgungskette. Besonders kritisch ist der Sektorübertritt von der stationären zur ambulanten Versorgung, der oft mit Rückfällen, suizidalen Krisen und Rehospitalisierung aufgrund mangelnder Nachsorgeangebote verbunden ist [7].

Hier könnten digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) helfen, die Wartezeiten zu überbrücken und erneuten Krankenhausaufenthalten vorzubeugen. DiGA sind mobile oder internetbasierte Anwendungen, die von den Patienten eigenständig sowie zeit- und ortsungebunden genutzt werden können. Als digitale Medizinprodukte niedriger Risikoklasse werden DiGA zur Unterstützung „bei der Behandlung von Erkrankungen oder dem Ausgleich von Beeinträchtigungen“ [8] eingesetzt. Die Kosten für DiGA werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Einsatzmöglichkeit und Nutzen von DiGA

DiGA sind häufig modular aufgebaut und eröffnen neue Perspektiven für Patient:innen und Behandelnde, indem sie digitale Komponenten in den therapeutischen Prozess integrieren und flexibel in verschiedenen Phasen der Behandlung sowie im privaten Umfeld genutzt werden können [9]. Die verschiedenen Einsatzmöglichkeiten von DiGA, wie integrative Blended Therapie, nicht angeleitete oder angeleitete Selbstmanagementprogramme, bieten individuell angepasste Unterstützung während des Übergangs von der stationären zur ambulanten Versorgung. Durch kognitive Verhaltenstherapie erhalten die Erkrankten Techniken, Bewältigungsstrategien oder Übungen zur Überwindung der Depression.

DiGA können nach einem Krankenhausaufenthalt als Unterstützungsangebot zur Verfügung gestellt werden, wodurch die Patienten ein umfassendes Informations- und Behandlungskonzept erleben und besser in den Therapieprozess eingebunden sind. Dieser partizipative Ansatz ermöglicht es den Patienten, ihren Therapieerfolg mitzubestimmen [10].

Im März 2025 sind in Deutschland 8 DiGA für die Behandlung von Depression im DiGA-Verzeichnis gelistet. 6 davon (deprexis®, edupression.com®, elona therapy Depression, My7steps App, Novego: Depressionen bewältigen und Selfapys Online-Kurs bei Depression) haben ihren Nutzen durch klinische Studien nachgewiesen und sind dauerhaft zugelassen. Zwei weitere (elona explore, MindDoc Auf Rezept) haben den finalen Nutznachweis noch nicht erbracht und wurden daher erst vorläufig in das DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen [11]. Alle DiGA dürfen aber bereits verordnet oder beantragt werden.

Zielsetzung der Untersuchung

Die Untersuchung zielt darauf ab, Versorgungslücken an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung von Depressionen zu identifizieren und zu analysieren, inwiefern digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) geeignet sind, diese Lücken zu schließen.

Methoden

Untersuchungsgegenstand und Vorgehen

Untersuchungsgegenstand sind stationär behandelte rezidivierende Depressionen. In einem zweistufigen Vorgehen wurden zunächst die internen Behandlungsabläufe und -schemata des Bezirkskrankenhauses Augsburg (BKH) beobachtet, dokumentiert und analysiert. Das BKH bietet ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsstrukturen und ist daher besonders geeignet, die Versorgung an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements zu analysieren. Auf dieser Grundlage wurde ein Behandlungspfad erstellt, der den typischen Behandlungsprozess im BKH für Menschen mit depressiven Erkrankungen vom Auftreten der ersten Symptome bis nach der Entlassung beschreibt.

Im zweiten Schritt wurden im Zeitraum vom 28.09.2023 bis zum 30.10.2023 3 Psychotherapeut:innen, 6 Ärzt:innen, 3 Pflegekräfte sowie eine Person aus dem Patientenmanagement aus dem BKH Augsburg zu bestehenden Versorgungslücken sowie zur Eignung von DiGA zur Schließung dieser Lücken befragt. Hierzu wurde den Befragten der Behandlungspfad in grafischer Form zur Kennzeichnung von Versorgungslücken bei psychiatrischen Erkrankungen vorgelegt. Anschließend wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt, um Erkenntnisse zur Eignung von DiGA zu gewinnen. Um möglichst viele Aspekte und Perspektiven abzudecken, wurden gezielt Personen mit ärztlichen, psychotherapeutischen, pflegerischen, abrechnungs- und therapiebezogenen Fachkenntnissen ausgewählt. Außerdem wurden zwei Fachexpert:innen von DiGA-Herstellern befragt.

Datenanalyse und Auswertung

Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert. Die erhobenen Daten wurden mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse in MAXQDA ausgewertet. Hierzu wurden

Kategorien primär induktiv entwickelt und codiert, um zentrale Themen und Muster zu identifizieren. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse wurden anschließend Handlungsempfehlungen abgeleitet, wie eine Behandlung mit DiGA in die Versorgung integriert werden kann.

Ergebnisse

Behandlungspfad des BKH bei Depression

Der Behandlungspfad wurde in drei Versorgungsstufen unterteilt:

- 1) Zeitraum vor der stationären Aufnahme
Die Zugangswege zur Krankenhausbehandlung umfassen die hausärztliche oder fachärztliche Einweisung, die Notaufnahme des BKH und Empfehlungen des Krisendienstes Schwaben.
- 2) Stationäre Behandlung
Während des stationären Aufenthalts bietet das BKH verschiedene Therapieangebote an, die von einem multiprofessionellen Team durchgeführt werden. Dieses Team besteht aus Fachkräften wie Ärzten, Psychotherapeuten, Ergo-, Kunst-, Musik- und Sporttherapeuten sowie dem Sozialdienst.
- 3) Ambulante Versorgung nach dem stationären Aufenthalt
Nach dem stationären Aufenthalt haben Patienten die Möglichkeit, eine Anschlussbehandlung im angegliederten Ambulanzzentrum oder in der Tagesklinik des BKH durchzuführen. Auch dort bestehen Wartezeiten. Alternativ erfolgt die Weiterbehandlung durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten oder es erfolgt keine Weiterbehandlung.

Versorgungslücke im Übergang von stationär nach ambulant

In den letzten Jahren ist die Anzahl an Depressionsdiagnosen auch im BKH Augsburg deutlich gestiegen. Waren es 2021 noch 678 Patient:innen, die im BKH mit rezidivierender depressiver Störung (F33) stationär behandelt wurden, so waren es 2023 bereits 700 Patient:innen. Patientenzahlen des BKH zeigen, dass 2023 mehr als 40 Prozent der Patienten mit Diagnose F33 innerhalb eines Jahres rehospitalisiert werden. Die durchschnittliche Dauer bis zur Wiederaufnahme in die Klinik beträgt knapp 74 Tage (10,5 Wochen).

Die Expert:innen des BKH waren sich einig, dass die größte Versorgungslücke in der Übergangsphase aus der stationären Behandlung zurück in die ambulante Versorgung besteht. So liegt die Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz zwischen 2 und 20 Wochen, wobei die Tendenz eher Richtung 20 Wochen geht [1, 14, 15]. Das klinische Personal weist die Patient:innen zwar früh darauf hin, sich einen ambulanten Platz für eine direkte Anschlussbehandlung zu organisieren. Dies ist jedoch aufgrund langer Wartezeiten und fehlender ambulanter Therapiemöglichkeiten häufig kaum realisierbar.

Alle befragten Expert:innen – sowohl die Mitarbeitenden des BKH Augsburg als auch die DiGA-Experten – äußerten in den Interviews, dass die Lücke zwischen der intensiven Betreuung im stationären Rahmen und der fehlenden ambulanten Anschlussbehandlung vielen Patient:innen das Gefühl gibt, im Stich gelassen zu werden. Gleichzeitig schätzen die Mitarbeitenden des BKH Augsburg dieses fehlende Therapieangebot als Auslöser dafür ein, dass die Patient:innen sich abgelehnt fühlen, demotiviert werden, in

vergangene Gedankenmuster zurückfallen und dadurch ein Rezidiv entwickeln. Die daraus folgenden Rehospitalisierungen sind aus Sicht der Krankenhausmitarbeiter häufig bereits im Vorhinein absehbar. Diese Versorgungslücke belastet nicht nur die Patient:innen, sondern auch das Gesundheitssystem [6, 7, 16].

DiGA als sinnvolle Ergänzung zur Behandlung im BKH

Alle befragten Experten sehen DiGA als sinnvolle Ergänzung zum bestehenden Versorgungssystem, da das Therapieangebot niederschwellig, dauerhaft und ortsunabhängig für die Patient:innen zugänglich ist. DiGA sprechen die Patient:innen auf einer anderen Ebene an, sind im Gegensatz zu einer personen- gebundenen Psychotherapie (F2F-PT) in der Qualität gleichbleibend und nicht von personeller Verfüg- barkeit abhängig.

Eine Kombination aus DiGA und F2F-PT wird von allen Befragten als gewinnbringend erachtet, da diese dazu beiträgt, Patient:innen umfassend zu behandeln. Eine Psychotherapeutin äußerte positiv:

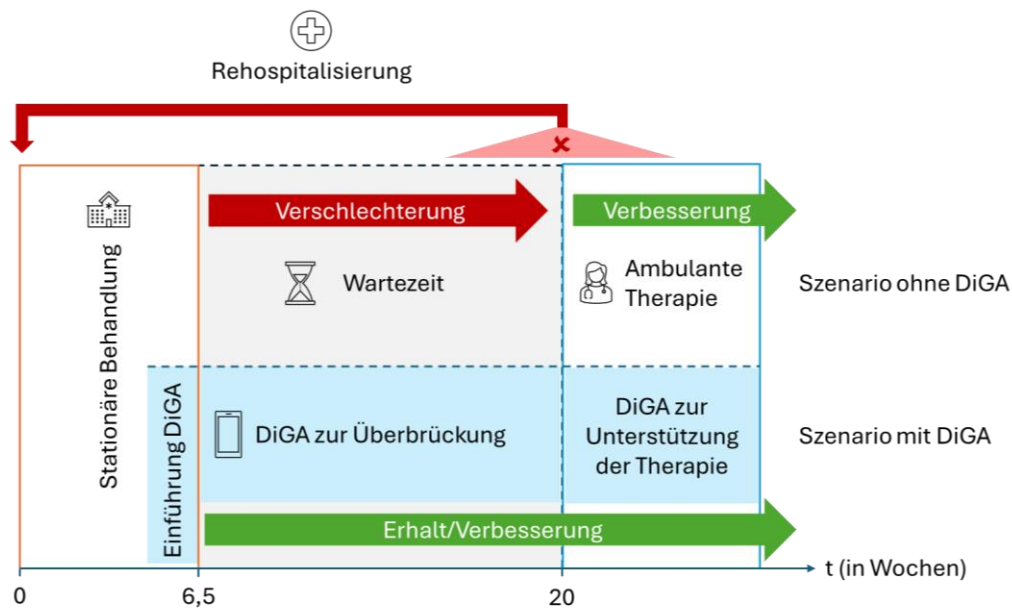
„Ich kann mir das tatsächlich per se sehr gut vorstellen, weil die Patienten nicht mit leeren Händen gehen. Sie haben noch eine Art von Angebot dabei, wie es weitergeht, ein Stück weitergehen kann.“

Damit verbunden ist die Hoffnung, dass es zu weniger Rehospitalisierungen kommt und die Patient:innen langfristig bessere Krankheitsverläufe aufweisen. Mittels einer Weiterführung von stationären Maß- nahmen in Form eines DiGA-gestützten Care-Modells könnten Rezidive verhindert werden.

Einbindung von DiGA in den Behandlungsablauf

Wie DiGA in die Behandlung integriert werden können, zeigt Abb. 1. Ausgangspunkt ist ein stationärer Aufenthalt mit einer durchschnittlichen Dauer von ca. 6,5 Wochen. Aus den Experteninterviews zeigt sich, dass es nach einer Entlassung aufgrund langer Wartezeiten bis zur Anschlusstherapie häufig zu einer Verschlechterung der Symptome kommt, welche für einen Teil der Patient:innen in einer Rehos- pitalisierung im BKH mündet (Szenario ohne DiGA).

In einem Szenario mit DiGA als Behandlungsoption wird der Einsatz zur Überbrückung der Wartezeiten als sinnvoll erachtet, um die Kontinuität der Versorgung zu verbessern, Versorgungslücken zu schließen und einer Verschlechterung des Gesundheitszustands nach der Entlassung aus der stationären Behan- lung entgegenzuwirken. Damit sich die Patient:innen schon während des Krankenhausaufenthalts an die Nutzung der DiGA gewöhnen und Unterstützung in der ersten Nutzungsphase erhalten können, wird von den Interviewpartner:innen eine frühzeitige Integration der DiGA in die Therapie als sinnvoll erach- tet. Nach Ansicht der Experten ist ab der 4. Woche, nach der akuten Phase, eine Integration von DiGA aus therapeutischer Sicht sinnvoll. Eine Einführung der DiGA könnte beispielsweise im Rahmen der sta- tionären Bezugspflege oder in Gruppentherapien erfolgen. Die Patienten erhalten dann bereits im Kran- kenhaus eine Einweisung in die Nutzung des Tools und können sich in einer geschützten Umgebung daran gewöhnen, Fragen stellen und Unterstützung bei Anwendungsproblemen erhalten. Dadurch wird die Chance geschaffen, dass die Patient:innen die digitale Anwendung auch nach der Entlassung weiter nutzen.

Abb. 1 Ansatzpunkte für DiGA in der Depressionstherapie


Quelle: Eigene Darstellung

Durch die konstante Nutzung der DiGA könnten weitere Rehospitalisierungen vermieden werden, da die Patient:innen im Zeitraum bis zur Anschlussbehandlung ein Tool zur Hand haben, mit dem sie selbstständig Übungen durchführen und so ihren Gesundheitszustand selbst stabilisieren können.

Zukünftige Nutzung von DiGA

Für die Zukunft erwarten alle befragten Expert:innen, dass die Nutzung digitaler Tools in der psychiatrischen Behandlung weiter voranschreitet. Erwartet wird weiterhin, dass sich auch das Nutzerspektrum verändern wird, da zunehmend medienaffine Patient:innen mit höherer Digitalkompetenz behandelt werden.

Gegenwärtig werden die technischen Anforderungen teilweise noch als Herausforderung gesehen. Dies gilt beispielsweise für Patient:innen, die nicht über geeignete technische Mittel verfügen, aufgrund ihrer Erkrankung, ihrer kognitiven Fähigkeiten oder ihres Alters mit der Technik überfordert sein könnten oder digitalen Tools generell kritisch gegenüberstehen. In diesen Fällen ist eine individuelle Anleitung und anfängliche enge Begleitung zwingend erforderlich, um eine korrekte und wirksame Anwendung sicherzustellen.

Zusammenfassend wurden die DiGA im psychiatrischen Klinikalltag als ein vielversprechendes Tool der Patientenversorgung bewertet. Besonders im Hinblick auf die Vielzahl an Patient:innen, die eine individuelle Betreuung benötigen, kann dadurch ein spezifisches, fach- und bedarfsgerechtes Angebot ermöglicht werden. Eine rein digitaltherapeutische Versorgung über DiGA oder andere digitale Angebote wird jedoch auch in Zukunft nicht alle Aspekte der Versorgungsqualität berücksichtigen können. Persönliche Aufklärung, Ansprache und Therapie werden sich hierdurch auch in Zukunft nicht ersetzen lassen. Zudem muss im Einzelfall immer bewertet werden, ob die erkrankte Person für die Nutzung einer DiGA infrage kommt und dem digitalen Angebot grundsätzlich offen gegenübersteht.

Diskussion

Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse

Die Analyse von Behandlungspfad und Interviews ergab, dass lange Wartezeiten nach der Entlassung häufig zu einer Verschlechterung der Symptome und sowie zu Rehospitalisierungen führen. Die lange Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz führt zu einer erheblichen Versorgungslücke. Alle befragten Expert:innen sehen DiGA als sinnvolle Ergänzung zum bestehenden Versorgungssystem, da sie niederschwellig, dauerhaft und ortsunabhängig zugänglich sind. Eine frühzeitige Integration von DiGA in die stationäre Therapie könnte helfen, Patient:innen an die digitale Technik zu gewöhnen und Vertrauen in die Lösung aufzubauen, bis ein ambulanter Therapieplatz verfügbar ist.

Für eine erfolgreiche Integration von DiGA sind die Bekanntmachung der Angebote, eine positive Einstellung des Personals und die umfassende Aufklärung der Patient:innen unerlässlich. Es bedarf klarer Abgrenzungen der Anwendungsbereiche, umfassender Aufklärung des Personals zu Haftungsfragen sowie der Berücksichtigung ethischer Aspekte. Darüber hinaus müssen sowohl Patienten als auch das therapeutische Personal über die notwendigen technischen Voraussetzungen verfügen. Es ist wichtig, dass Behandelnde wissen, dass DiGA verordnet oder empfohlen werden können, um Versorgungslücken zu schließen und eine direkte Anschlussbehandlung zu ermöglichen.

Wirksamkeit und Adhärenz bei digitalen Therapien

Die Wirksamkeit von digitalen Gesundheitsanwendungen gegen Depression ist durch klinische Studien bestätigt. Darüber hinaus gibt es einige Studien, die sich mit der Wirksamkeit im Vergleich zu ambulanten Therapieangeboten auseinandersetzen. In einer Studie von 2018 wurde in einer Metaanalyse mit 1.418 Teilnehmern untersucht, wie digitale Angebote im Vergleich zu einer klassischen kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) in Präsenz abschneiden. Das Ergebnis zeigte, dass digitale Tools und die Verhaltenstherapie in Präsenz die gleiche Wirksamkeit aufweisen [17]. Ein systematischer Review aus 106 Studien sowie eine Metaanalyse aus 83 Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen: beide Arbeiten zeigen, dass digitale Therapieangebote vergleichbare klinische Effekte erzielen wie F2F-PT [18], [19].

Ein entscheidender Faktor für den Erfolg von DiGA ist die Therapietreue (Adhärenz) der Patient:innen. Bei konsequenter Nutzung können DiGA helfen, ein Rezidiv zu verhindern und sicherstellen, dass die Patient:innen bis zum ersten ambulanten Termin fachgerecht betreut sind. Eine systematische Literaturarbeit zeigt einen positiven Zusammenhang zwischen Adhärenz und Wirkung digitaler Therapien bei Depression [20]. Eine Integration der DiGA schon im stationären Setting kann die Adhärenz fördern, indem frühzeitig auf Bedenken und Probleme Einfluss genommen wird.

Potenzial und Herausforderungen von DiGA im Entlassmanagement

DiGA allein können die Versorgungslücken nicht vollständig schließen. Die psychiatrische Versorgung ist komplex und erfordert umfassende Betreuung, insbesondere an den Übergängen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Ein systematischer Review zeigt, dass die Abbruchraten bei digitaler Therapie bei schwereren Krankheitsverläufen, langen Behandlungsdauern und Chronifizierung besonders hoch sind [20]. Patient:innen mit chronischen Verläufen oder fehlender sozialer Unterstützung benötigen ärztlich-therapeutische Begleitung, damit DiGA ihr volles Potenzial entfalten können.

DiGA können therapeutische Nachsorge daher nicht ersetzen, aber sie können unterstützend und überbrückend wirken, insbesondere aufgrund der langen Wartezeiten nach einem stationären Aufenthalt. Sie bieten großes Potenzial im klinischen Überleitungsmanagement sowie in der Nachsorge von depressiven Patient:innen. Aktuell bestehen bei der Behandlung von Patient:innen mit Depression erhebliche Versorgungslücken: 92% der Patient:innen werden nicht leitlinientreu anschlussversorgt, 21% werden innerhalb eines Jahres rehospitalisiert [20]. Da der Einsatz von DiGA als Internet- und Mobilbasierte Interventionen mittlerweile auch durch die Nationale Versorgungsleitlinie Depression empfohlen wird, kann durch deren Einsatz eine adäquate Anschlussversorgung sichergestellt werden.

Handlungsempfehlungen

Frühzeitige Einbindung von DiGA

DiGA bieten die Möglichkeit, die poststationäre Wartezeit auf einen Therapieplatz zu überbrücken und damit einer Verschlechterung des Krankheitsverlaufs entgegenzuwirken [20]. Besonders für Patient:innen mit Depression kann es aufgrund der Symptome wie allgemeine Antriebslosigkeit problematisch sein, sich eigenständig im Verzeichnis zu orientieren und eine DiGA auszuwählen. Um Patient:innen mit der DiGA und ihrer Nutzung vertraut zu machen und ersten Hürden im Zugang und bei der Nutzung zu begegnen, empfiehlt sich daher eine frühzeitige Einbindung in das Behandlungskonzept. Es wird empfohlen, den Zugang bereits während der stationären Behandlung zu ermöglichen.

Zugangswege im stationären Setting nutzen

Aktuell stehen verschiedene Wege zur Verfügung, wie Patient:innen eine DiGA erhalten können. Diese unterscheiden sich in ihrem Zugangsweg, dem Behandlungsstart, der Vergütung sowie der eigentlichen Zielsetzung einer Anwendung (Tab. 1):

- Für den Zweck einer Anschlussbehandlung oder zur Überbrückung von Wartezeiten im ambulanten Bereich können Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen Produkte aus dem DiGA-Verzeichnis verschreiben [21]. Die Patient:innen reichen das Rezept bei der Krankenkasse ein und erhalten anschließend den Freischaltcode (1). Seit 2022 können auch Krankenhäuser DiGA im Rahmen des Entlassmanagements zur weiteren ambulanten Versorgung gemäß § 39 Abs. 1a SGB V verordnen (2).
- Patient:innen können die DiGA auch ohne ärztliches Rezept bei ihrer Krankenkasse beantragen, sofern sie eine entsprechende Diagnose nachweisen (3). Es wird empfohlen, dass die Behandlung spätestens eine Woche vor der Entlassung beginnt, um ein zielgerichtetes Onboarding zu ermöglichen und die Patient:innen zunächst noch eng zu begleiten. Somit kann die DiGA zunächst noch komplementär zur stationären Behandlung eingesetzt und die Patient:innen schrittweise an die Nutzung herangeführt werden.
- Sofern das Krankenhaus Selektivverträge nach § 140a SGB V abgeschlossen hat, können Patient:innen durch das Krankenhaus mit einer DiGA versorgt und die DiGA in die Behandlung integriert werden (4).
- Eine DiGA kann auch dann komplementär zu anderen Behandlungsformen im Krankenhaus eingesetzt werden, wenn kein solcher Vertrag besteht (5). In diesem Fall erfolgt die Vergütung

aus dem Budget des Krankenhauses. Aufgrund der in Deutschland vorherrschenden sektoralen Trennung und der damit verbundenen unterschiedlichen Organisations- und Vergütungsstrukturen werden DiGA im stationären Setting bislang jedoch nur selten genutzt.

Tab. 1: Mögliche Zugangswege zu DiGA

	Setting	Zugangsweg	Behandlungsstart	Vergütung	Ziel
(1)	Ambulant	Niedergelassener, Tagesklinik, Ambulanz: Verordnung per Arzneimittelrezept durch Ärzt:innen	Nach der Entlassung, Zeitverzögerung möglich	Extrabudgetär, Vergütung per EBM. Erfüllung des Sachleistungsprinzips der Krankenkasse. Kostenerstattung an den Hersteller (§ 33a Abs 1 S. 1 SGB V).	Anschlussbehandlung, Überbrückung von Wartezeiten
(2)	Ambulant	Krankenhaus: Verordnung per Entlassrezept	Nach der Entlassung, Rezepteinlösung spätestens 7 Tage nach Entlassung	Extrabudgetär im Rahmen des Entlassmanagements (§ 39 Abs. 1a SGB V)	
(3)	Stationär/ambulant	Patient:in: Beantragung bei der Krankenkasse mit Diagnosenachweis	Ab Diagnosestellung möglich, spätestens ca. 1 Woche vor Entlassung	Extrabudgetär, Erfüllung des Sachleistungsprinzips der Krankenkasse. Kostenerstattung an den Hersteller (§ 33a Abs 1 S. 2 SGB V).	Einsatz komplementär zu anderen Behandlungsformen, Onboarding und Begleitung erster Krisen, poststationäre Nutzung zur Überbrückung von Wartezeiten.
(4)	Stationär/ambulant	Krankenhaus: im Rahmen der stationären Behandlung, Übergang in die ambulante Versorgung.	Ab Aufnahme möglich, spätestens ca. 1 Woche vor Entlassung	Extrabudgetär über Selektivverträge für innovative Versorgungsmodelle (§ 140a SGB V)	
(5)	Stationär	Krankenhaus: Einsatz im Rahmen der stationären Behandlung	Ab Aufnahme	Im Rahmen der DRGs, Preisverhandlung mit DiGA-Hersteller	Einsatz komplementär zu anderen Behandlungsformen

Quelle: Eigene Recherche

Für eine frühzeitige Einbindung der DiGA bietet sich die Beantragung durch die Patient:innen selbst mit Diagnosenachweis noch während des stationären Aufenthalts an (Setting (3) in Tab. 1). Die inhaltliche Unterstützung bei der Auswahl und ersten Anwendung der DiGA kann im Rahmen der Bezugspflege oder Psychotherapie erfolgen, wodurch eine ordnungsgemäße Nutzung in der folgenden ambulanten Phase unterstützt wird.

Motivierende Begleitung zur Adhärenzförderung

Durch eine persönliche, motivierende Begleitung in der Anfangsphase der Nutzung noch während des stationären Aufenthalts kann zudem die Adhärenz der Patienten gefördert werden, indem frühzeitig auf Bedenken und Probleme Einfluss genommen werden kann. Damit steigen die Chancen auf eine durchgängige und korrekte Nutzung der digitalen Anwendung und damit auf Behandlungserfolg in Form einer Stabilisierung oder Verbesserung der Symptomatik.

Angaben zur Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenskonflikt: M. Burghold, B. Schneider, A. Hasan und S. Brenner geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor:innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Alle Teilnehmenden des Interviewprogramms wurden über den Zweck der Befragung informiert und darüber aufgeklärt, dass ihre Angaben anonymisiert verwendet werden und sie die Interviews jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen können. Die Zustimmung erfolgte in Form einer Einverständniserklärung (Informed Consent).

Literaturverzeichnis:

1. DGPPN e. V (2024) Basisdaten Psychische Erkrankungen. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
2. Bauer M, Berghöfer A, Brakemeier E-L, Adli M (2022) Therapieresistenz bei Depressionen und bipolaren Störungen
3. Mantell PK, Schwegler C, Woopen C (2023) Psychische Erkrankungen als gesellschaftliche Aufgabe: interdisziplinäre Perspektiven auf aktuelle Herausforderungen. Springer, Berlin [Heidelberg]
4. Zarski A-C, Baumeister H, Ebert DD (2023) Technische Umsetzung, inhaltliche Gestaltung und Implementierungsmöglichkeiten. In: Ebert DD, Baumeister H (eds) Digitale Gesundheitsinterventionen. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, pp 3–12
5. Schomerus G, Spahlholz J, Speerforck S (2023) Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 66:416–422. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03679-3>
6. Ashrafian, S., Schüssel, K., Weirauch, H., Schlotmann, A., Brückner, G., & Schröder, H. (2024). *Gesundheitsatlas Deutschland: Depressionen*. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). <https://doi.org/10.4126/FRL01-006482745>
7. Pompetzki P, Benoy C, Walter M, Munsch S (2022) Inwiefern können App-basierte Nachsorgeinterventionen und neue technologische Entwicklungen psychiatrische Rehospitalisierungen reduzieren? Rosenfluh Publ AG 12–16
8. Bundesministerium für Gesundheit. (2023). Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/arznei-heil-und-hilfsmittel/digitale-gesundheitsanwendungen.html>
9. Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., & Wasem, J. (2019). Krankenhaus-Report 2019: Das digitale Krankenhaus. Springer-Verlag.
10. Ebert DD, Baumeister H (2023) Digitale Gesundheitsinterventionen: Anwendungen in Therapie und Prävention. Springer, Berlin, Heidelberg
11. BfArM (2025) <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis> (Stand 11. März 2025).
12. Dresing T, Pehl T (2020) Transkription: Implikationen, Auswahlkriterien und Systeme für psychologische Studien. In: Mey G, Mruck K (eds) Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, pp 835–854
13. Kuckartz U, Rädiker S (2022) Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 5th ed. Beltz, Weinheim und Basel
14. Ärzteblatt (2023) Im Schnitt 97 Tage Wartezeit auf Psychotherapie in Bayern. In: Dtsch. Ärztebl. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/140945/Im-Schnitt-97-Tage-Wartezeit-auf-Psychotherapie-in-Bayern>. Accessed 31 Jul 2023

15. Trümper A (2023) Psychotherapie: Auf dem Land wartet man bis zu einem Jahr. In: tagesschau.de. <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/psychotherapie-platz-101.html>. Accessed 31 Jul 2023
16. Rauschenberg C, Hirjak D, Ganslandt T, et al (2022) Digitale Versorgungsformen zur Personalisierung der stationsäquivalenten Behandlung. *Nervenarzt* 93:279–287. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01100-5>
17. Malischnig, D. (2023). E-Mental-Health in der Suchtbehandlung und Suchtprävention. Erfahrungen aus der Praxis für die Praxis. In W. Beiglb.ck, G. Gottwald-Nathaniel, W. Preinsperger, & O. Scheibenbogen (Hrsg.), *Suchtbehandlung und Digitalisierung: Suchtprävention und Suchttherapie zwischen menschlicher Begegnung und virtueller Realität* (S. 55–73). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-67489-5_4
18. Kambeitz-Illankovic L, Rzayeva U, Völkel L, et al (2022) A systematic review of digital and face-to-face cognitive behavioral therapy for depression. *Npj Digit Med* 5:144. <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00677-8>
19. Moshe I, Terhorst Y, Philippi P, et al (2021) Digital interventions for the treatment of depression: A meta-analytic review. *Psychol Bull* 147:749–786. <https://doi.org/10.1037/bul0000334>
20. Wiegand HF, Saam J, Marschall U, et al (2020) Challenges in the Transition from In-Patient to Out-Patient Treatment in Depression. *Dtsch Arztebl Int*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0472>
21. Bundesministerium für Gesundheit Digitale Gesundheitsanwendungenverordnung: DiGAV. BGBl 2020:768–798