

## Digitale Behandlung bei MS

# Erkrankte nicht mit DiGA alleine lassen

In einer Verlaufsbeobachtung des NTD-Netzwerkes wurde Personen mit MS eine digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) verschrieben. Patientinnen und Patienten wurden zu ihrem Gebrauch der Anwendung befragt. Erste Ergebnisse zeigten positive Effekte, aber auch Schwierigkeiten bei der Nutzung.

Mit Inkrafttreten des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) am 19. Dezember 2019 wurde die „App auf Rezept“ in die Gesundheitsversorgung eingeführt (§§ 33a und 139e, SGB V). Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind eine nicht medikamentöse Therapieoption für Erkrankte in definierten Indikationen. Sie können von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten verordnet werden [1].

Das NeuroTransData-Netzwerk (NTD) verfügt mit DESTINY (Database-assisted Therapy deCision support sYstem) über ein digitales Patientenmanagementsystem, das Neurologinnen und Neurologen sowie MFA bei der Behandlung unterstützt. DESTINY enthält als Registerdatenbank des NTD-Netzwerkes Informationen über die Indikationen bipolare Störungen, Demenz, Epilepsie, Migräne, Multiple Sklerose (MS), Parkinson und Bewegungsstörungen, Depression sowie Schizophrenie. Schwerpunkt ist die MS-Datenbank mit über 27.000 MS-Erkrankten.

Um Wirksamkeit und Nutzerfreundlichkeit einer DiGA für die Indikation MS mit Fatigue zu testen, fand eine Verlaufsbeobachtung statt. Sie wurde durch das NTD-Netzwerk organisiert und mithilfe von DESTINY durchgeführt.

### Verschreibung einer DiGA

Insgesamt wurden innerhalb des NTD-Netzwerkes 581 Personen, die der vorgegebenen Indikation (MS und Fatigue) entsprachen, eingeschlossen. Nach einem ärztlichen Gespräch mit den Patientinnen und Patienten, wurde die DiGA rezeptiert und Teilnehmende durch speziell geschulte MFA über Rezepteinlösung und Anwendung beraten. Während der Untersuchungsperiode hatten die Erkrankten jederzeit die Möglichkeit, sich an die MFAs zu wenden. Bei ihren routinemäßigen ärztlichen Vorstellungen wurden die Personen zur DiGA befragt. Einen Monat nach der Verordnung, wurden sie durch MFAs kontaktiert, um Probleme bezüglich der Rezepteinlösungen zu erkunden und gegebenenfalls zu unterstützen.

### Zwischenauswertung

Nachdem die Patientinnen und Patienten die Verordnung über die DiGA erhalten hatten, begann nach ebenfalls einem Monat eine Befragung durch Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise MFAs, ob die Anwendung bereits begonnen wurde. 376 Teilnehmende gaben im Telefonat an, das bereits getan zu haben. Nach sechs Monaten stellten sie sich im Rahmen der Routineuntersuchung wieder bei Ärztin oder Arzt vor. An dieser Visite nahmen 323 Erkrankte teil, von denen 249 auf Wunsch eine weitere Verordnung der DiGA erhielten (Abb. 1). Zum Follow-up nach einem Jahr sind bis dato 210 Patientinnen und Patienten erfasst. Das Forschungsvorhaben endet im September 2023, daraufhin kann eine Endauswertung folgen.

In der Visite 1 nach sechs Monaten wurden den Patientinnen und Patienten Fragen zu ihren Erfahrungen mit der Nutzung der DiGA gestellt. Die Befragung wurde mithilfe von DESTINY durchgeführt, Patientinnen und Patienten erhielten beispielsweise von ihren Ärztinnen und Ärzten oder MFAs im Wartezimmer Tablets, auf denen Fragebögen ausgefüllt werden konnten.

### Erste Ergebnisse

Während den ersten sechs Monaten nutzten 35 % der Patientinnen und Patienten die Anwendung mindestens einmal pro Woche, 70 % dagegen nur selten oder gar nicht, wobei eine „seltene Nutzung“ bestand, sobald sie alle zwei bis vier Wochen angewendet wurde. Vom Hersteller wird die Nutzungshäufigkeit mit ein bis zwei Mal pro Woche für die Dauer von je 30 Minuten empfohlen. Auf die Frage, ob sich die DiGA positiv auf den Umgang mit der Fatigue ausgewirkt

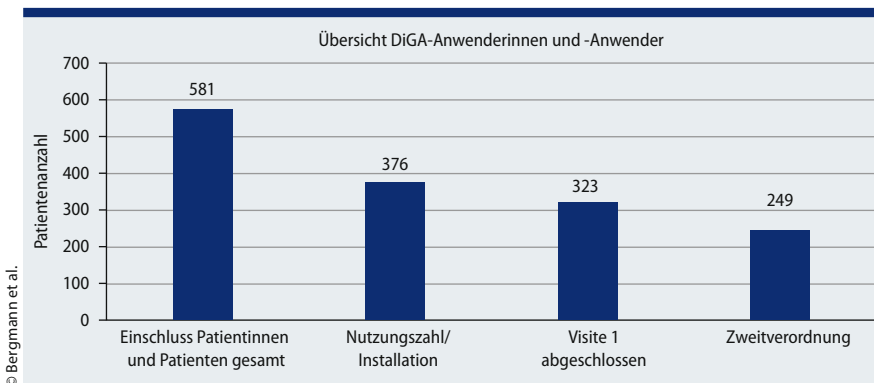


Abb. 1: Übersicht der Patientenverteilung vom Start des Forschungsvorhabens bis zur ersten Visite nach sechs Monaten

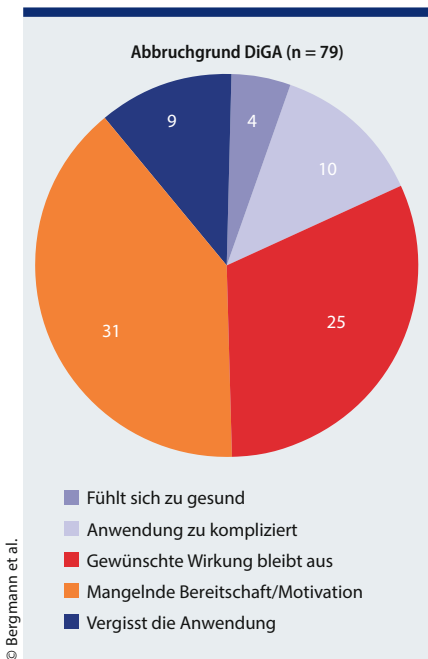


Abb. 2: Verteilung der Abbruchgründe einer DiGA-Nutzung

oder zu einer Besserung der Symptomatik geführt hat, gaben 52 % der Patientinnen und Patienten an, durch die Anwendung einen positiven Effekt verspürt zu haben. Allerdings berichteten auch 6 % der Personen, eine Verschlechterung durch die Anwendung wahrgenommen zu haben.

Weiterhin gaben mit 57 % etwas mehr als die Hälfte der Nutzenden an, mit der DiGA zufrieden gewesen zu sein. Ein ähnlicher Anteil würde die DiGA auch weiterempfehlen. Erkrankte, die abbrechen, gaben verschiedene Gründe dafür an. Am häufigsten wurden eine mangelnde Bereitschaft und Motivation genannt (Abb. 2).

### Bedeutung der DiGA

Mit der Verordnungsfähigkeit von DiGAs gibt es ein weiteres therapeutisches Element neben der klassischen medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung der Menschen mit MS und Fatigue.

Trotz intensiver Aufklärung durch geschultes Personal gebrauchten nur etwa zwei Drittel der aufgeklärten Patientinnen und Patienten die DiGA. Zudem schlossen nur 323 Erkrankte die Visite 1 ab. Personen, die danach keine Weiter-

verordnung wünschten, wurden trotzdem weiterhin beobachtet, um einen eventuellen nachhaltigen Effekt der DiGA aufzuzeigen, obwohl diese nicht vollständig für die gesamten 180 Tage der Verlaufsbeobachtung genutzt wurde.

Die häufigsten Abbruchgründe (mangelnde Motivation und Zweifel an der Wirksamkeit), zeigen, dass es nicht ausreicht, Patientinnen und Patienten mit der Anwendung nach einer Rezeptierung „alleine“ zu lassen.

### Vergleich mit anderen Therapieoptionen

Interessant ist der Vergleich mit Studien, die die Adhärenz beziehungsweise Therapietreue und Abbruchquoten bei der Gabe von Medikamenten untersuchten. Betrachtet man die Adhärenz bei chronischen Erkrankungen, die eine Medikation bedingen, liegt diese durchschnittlich nur bei maximal 50 %. Bei manchen Erkrankungen geht man nur von 25 % aus [2, 3].

In der Indikation MS bei Personen mit immunmodulatorischer Langzeittherapie bricht fast ein Drittel aller Patientinnen und Patienten unter der Therapie mit Interferon-β innerhalb von fünf Jahren ab. Dabei gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Präparaten und Applikationsformen [4, 5, 6, 7, 8]. In Studien wurden Personen nach ihrer bevorzugten Applikationsform gefragt. Dabei wurden weniger invasive Formen, wie die orale Applikation, favorisiert. Bei der Spritzenapplikation wird eine möglichst niedrige Frequenz bevorzugt [9]. Das spricht dafür, dass Erkrankte der nicht invasiven Behandlung mit DiGAs möglicherweise positiv gegenüberstehen.

Auslöser für die Beendigung der Medikamenteneinnahme sind mangelnde Wirksamkeit und Verträglichkeit, jedoch oft auch unspezifische Gründe wie „vergessen“ oder „keine Lust“. Bei Spritzen wird über Hautreaktionen, Nekrosen und „Spritzenmüdigkeit“ geklagt.

Insgesamt ist bei allen Therapieformen ein positives Verhältnis zu und ein Coaching durch Behandelnde, aber auch durch speziell ausgebildete MS-Nurses entscheidend für die Therapietreue der chronisch Erkrankten [10, 11, 6].

Somit ist es bei DiGAs, aber auch bei Medikamenten nicht ausreichend, nur

eine Verordnung zu rezeptieren. Um sicherzustellen, dass diese auch von den Patientinnen und Patienten angenommen und regelmäßig angewendet werden, müssen die Praxis, die behandelnde Person selbst sowie auch die speziell geschulten MFAs ein gutes System etablieren, um Erkrankte zu unterstützen. Dabei ist es wichtig, umfassend aufzuklären und auch während der Anwendung routinemäßig oder bei aufkommenden Fragen in Bezug auf Genehmigung durch die Krankenkassen, Installation und Anwendung, zur Seite zu stehen.

Um den Effekt einer zusätzlichen Behandlung mit DiGAs abzusichern, sollten schon frühzeitig, also vor der Zulassung, alle Beteiligten in die Entwicklung mit einbezogen werden. Die Nutzerfreundlichkeit und Einfachheit der Anwendung sind entscheidender für den Erfolg als die in Studien nachgewiesene Wirksamkeit. Ist dies nicht gewährleistet, kommt es zu Abbrüchen oder mangelnder Nutzung und die Anwendung erreicht nie den wirksamen Bereich.



Literatur als Zusatzmaterial online unter <https://doi.org/10.1007/s15016-023-3130-x>

### AUTOREN

#### Dr. med. Arnfin Bergmann

Neurologe, Psychotherapeut  
CEO NeuroTransData GmbH, NTD Study Group, Neuburg



#### Dr. med. Ulrich Kausch

Neurologe, NTD Study Group, Bogen

#### Dr. med. Monika Köchling

Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, NTD Study Group Grevenbroich

#### Philip van Hövell

CEO Rewoso AG (real world solutions) Zürich, Schweiz

#### Anastasia Wolf

Gesundheitsökonomin  
NeuroTransData GmbH, NTD Study Group Neuburg