Prof. Dr. Viviane Scherenberg, MPH
Dr. Ursula Kramer, MBA

Krankenkassen-Apps: Hintergründe, Status quo und Herausforderungen

Zusammenfassung

Die Marktdurchdringung von Smartphones und damit Gesundheits-Apps auch bei älteren Nutzern steigt stetig. Eine Bestandsaufnahme derzeit existierender Krankenkassen-Apps zeigte, dass der Fokus derzeit auf universell ausgerichtete, primärpräventive Apps gelegt wird. Apps zur Unterstützung des Selbstmanagements von Patienten mit spezifischen chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes, Asthma) liegen nicht vor. Damit ist die Wahrscheinlichkeit gegeben, dass es auch hier zu einem „healthy user effect" kommt, da ohnehin gesundheitsbewusste und tendenziell eher einkommensstarke Bevölkerungsschichten einen Nutzen ziehen und präventive Rationalisierungspotenziale unzureichend ausgeschöpft werden.

Schlüsselwörter

Gesundheits-Apps, Krankenkassen, Anwendungsgebiete, Zielgruppen, Selbstmanagement, Primärprävention

Mehr als die Hälfte aller Bundesbürger über 14 Jahre (55 % und damit 39 Millionen Bundesbürger) besitzen ein Smartphone (BITKOM 2014), auf dem durchschnittlich bis zu 23 Applikationsprogramme (Apps) installiert sind (BITKOM 2012). Die durch diese Zahlen sichtbare Beliebtheit bietet – auch für gesetzliche Krankenversicherungen (GKVn) – neue Möglichkeiten der Zielgruppenerreichung für unterschiedlichste Bereiche, angefangen von der Primärprävention bis hin zum Diabetesmanagement. Doch wollen GKVn Apps beispielsweise dazu nutzen ihrer gesetzlichen Pflicht zur gesundheitlichen Aufklärung und Beratung nachzukommen (§ 1 SGB V), müssen sie im hochsensiblen Gesundheitsmarkt einiges beachten.

>> 83 Prozent der Smartphone-Besitzer (21 Millionen Bundesbürger) haben gemäß einer Studie des Bundesverbands Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e.V. (BITKOM) Apps installiert (BITKOM 2013). Jeder fünfte Smartphone-Besitzer nutzt laut Forsa-Umfrage im Auftrag des AOK-Bundesverbands Gesundheits-Apps (AOK-Bundesverband 2013). Der amerikanische Markt hält ähnliche Zahlen parat, hier sind es 19 % App-Nutzer, die primär Fitness- und Trainingsdaten (38 %), das Essverhalten (31 %), der Gewichtsverlauf (12 %), der Menstruationszyklus (7 %) oder Blutdruckdaten (5 %) dokumentieren (Fox & Duggan 2012). Umfangreiche gesundheitliche App-Unterstützungsmöglichkeiten offenbart die Datenbank „MyHealthApps.net" mit derzeit 370 Apps in 47 Sprachen und 150 unterschiedlichen Einsatzgebieten, angefangen vom Finder von Behinderten-Toiletten über Muttermal-Scanner bis hin zu Blutdrucktagebüchern (www.myhealthapps.net; Stand 01.04.2014). Dabei hat sich die Dauer der Beschäftigung mit Apps seit 2011 laut einer repräsentativen Studie des Marktforschungsinstituts Nielsen deutlich erhöht: Waren es Ende 2011 noch 18 Stunden und 18 Minuten, so stieg der Zeitfaktor Ende 2013 auf 30 Stunden und 15 Minuten (Nielsen 2014).

App ist nicht gleich App

Ein Konsens über eine einheitliche Definition von Gesundheits-Apps liegt bis dato nicht vor, daher werden Begriffe wie Gesundheits-, Medizin- und Health-Apps oft synonym verwendet, obgleich diese verschiedene Ziele und Zielgruppen anvisieren. Grob definiert können Gesundheits-Apps, gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946 als mobile Applikationen bezeichnet werden, die das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden positiv, nachhaltig und auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse beeinflussen sollen (Scherenberg & Kramer 2013). Im Hinblick auf rechtliche Aspekte ist eine Differenzierung in Anlehnung an die verbreitete Klassifikation in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention notwendig. Denn verfolgen Apps eine medizinische Zweckbestimmung und unterstützen beispielsweise die Therapie chronischer Erkrankungen (Tertiärprävention), stellen sie Medizinprodukte laut Paragraf 5 des deutschen Medizinproduktegesetzes und der europäischen Medizinprodukterichtlinie 93/42/EWG dar. In der Praxis ist die Frage, ob eine App (z.B. zur mobilen Visite, zur Betrachtung von Röntgenbildern, zur Unterstützung der Diagnostik und Therapieentscheidung) tatsächlich als Medizinprodukt einzustufen ist, oft schwer und sorgte bei der EU-Kommission für die Herausgabe eines neuen MEDDEV-Leitfadens (MEDcal DEVice) (EU-Kommission 2012). Werden Apps zu Therapie- und Diagnostikzwecken eingesetzt und haben das Zulassungsverfahren beim Bundesamt für Risikobewertung und dem Paul-Ehrlich-Institut nicht durchlaufen, besteht die Gefahr, dass im Zweifel der Hersteller das Haftungsrisiko trägt. Denn von den Stores selbst werden vor Veröffentlichung nur technische Mängel geprüft. Nicht ohne Grund, denn im Februar 2013, wurden allein 58.886 Low-quality-Apps von Google nachträglich aus den Stores entfernt (Perez 2013).

Risiken und Nebenwirkungen

Unabhängig technischer Risiken (z.B. Datenschutz, Weitergabe von persönlichen Daten), vor denen Bürger gewarnt werden (Verbraucherzentrale 2011), ist bei Gesundheits-Apps ein besonderes Augenmerk auf gesundheitliche Aspekte zu legen. Auch dies nicht ohne Grund, wie eine Studie des Department of Dermatology der University of Pittsburgh offenbarte: Denn drei von vier untersuchten Hautkrebs-Apps, stuften 30 % der 188 Bilder, die von Dermatologen als harmlose Hautflecken diagnostiziert wurden, als nicht harmlos ein. Dabei schwankte die Trefferquote zwischen 6,8 bis 98,1 % (Wolf et al. 2010). Ob der Schaden nun größer ist, wenn Patienten mit Diagnose-Apps scheinbare Sicherheit gewinnen oder ihnen eine beunruhigende Falschdiagnose ausgestellt wird, ist ein Appell an die Verantwortung der Anbieter und der Patienten in Bezug auf den achtsamen Umgang mit solchen Medien notwendig. Zudem können Interessenkonflikte seitens der Anbieter bestehen, entsprechend ist sicherzustellen, dass die Nutzer erkennen, wann es sich um Gesundheitsinformationen oder um werbliche Inhalte handelt. Die Offenlegung der Werbe- und Finanzpolitik der jeweiligen Anbieter, das Vorhandensein von Kontaktdaten sowie die Einhaltung von Datenschutzrichtlinien sollten daher selbstverständlich zu qualitätssichernden Standards gehören. Darüber hinaus sollten Gesund-



Abb. 1: Status-quo Krankenkassen-Apps. n = 61 (Stand 01.08.2014, eigene Erhebung).

heitsinformationen immer zielgruppengerecht, sachlich korrekt und mit Quellen belegt werden, wie es das Aktionsforum Gesundheitsinformationssysteme (agfis) empfiehlt (afgis 2010, Klemperer et al. 2010). Derartige qualitätsbezogene Transparenzkriterien und Orientierungshilfen haben sich für gesundheitsbezogene Websites bereits bewährt, so garantiert das HON-Siegel der Stiftung Health on the Net (HON) oder das afgis-Siegel die Einhaltung überprüfbarer Qualitätsmerkmale. Für Gesundheits-Apps gibt es in Anlehnung dieser Qualitätsfaktoren ebenfalls erste Ansätze: So können sich Anbieter freiwillig zur Einhaltung transparenter Qualitätskriterien eines HealthOnApp-Ehrenkodex (www.healthon.de) verpflichten. Durch freiwillige Selbstverpflichtungen auf bestimmte Werte, die zu einer automatischen Selbstkontrolle führen, rückt die Qualität in den Fokus, da sich Anbieter so beim App-Nutzer profilieren und mit hohen Downloadzahlen und einer weiten Marktdurchdringung belohnt werden.

Die Einhaltung des Ehrenkodex überwacht die Community aller App-Nutzer und Entwickler. Denn nur sie haben in dem schnell wachsenden Markt überhaupt die Möglichkeit, Verstöße zeitnah festzustellen und anzuzeigen und somit das Vertrauen in das Medium Gesundheits-App zu stärken. Krankenkassen-Apps stehen Nutzern bisher kostenlos zur Verfügung, da die GKVn ein Interesse daran haben, durch eine Verhaltensänderung Krankheitskosten einzusparen. Andere Institutionen bieten in den App Stores kostenlose Light-Apps an, um die eigentliche Vollversion der App oder App-gestützte Zusatzprodukte (sogenannte Gadgets: Blutzuckermessgeräte, Waagen, Tracker etc.) zu verkaufen. So hat sich der Absatz vernetzbarer Personenwaagen bereits fast verdoppelt, während sich der Absatz von mobil vernetzten Blutdruckmessgeräten um rund ein Viertel erhöht hat (GfK 2014). Der Preis für eine Gesundheits-App ist kein qualitätsbestimmender Faktor, denn ob Apps kostenpflichtig oder gratis angeboten werden, hängt in erster Linie vom ökonomischen Interesse des Anbieters und der Möglichkeit ab, wie Entwicklungskosten amortisiert werden können. Anhand anonymer Bewertungen anderer Nutzer können Rückschlüsse auf die wahrgenommene App-Qualität gezogen werden. Dies allerdings mit Vorsicht, da 45 % der Nutzer davon ausgehen, dass digitale Bewertungen manipuliert sind (Fittkau & Maaß 2008).

Status quo, Anwendungsgebiete und Möglichkeiten

Wie viele Gesundheits-Apps sich in den Kategorien Medizin, Gesundheit und Fitness oder in gesundheitsrelevanten Kategorien, wie Sport, Lifestyle, Essen und Trinken z.B. im weltweiten Google Play Store (mit rund 1,5 Millionen Apps) (Anni App 2014) tatsächlich befinden, ist nicht quantifizierbar. Bei einer Bestandsaufnahme existierender Krankenkassen-Apps in den beiden größten App Stores: 1.) Google Play (für Android Apps) und 2.) Apple iTunes Store (für iPhone Apps) (Canalys 2013) mit kassen- und gesundheitsbezogenen Suchbegriffen („Keywords“: Krankenkasse, AOK, TK, DAK, Barmer, BKK, IKK, Vorsorge, Ernährung, Bewegung, Stress, Diabetes etc.) sowie verwandte Synonyme konnten 61 (ausschließlich kostenlose) GKV-Apps identifiziert werden (Stand 01.08.2014). 45 Apps haben einen (mehr oder weniger) eindeutigen präventiven Gesundheitsbezug, wobei sich neun dieser Apps zielgruppenspezifisch an junge Familien und Schwangere

(6), Kinder (1, Zahngesundheit), pflegende Angehörige (1) sowie türkische Mitbürger (1, Vorsorge) richten, während der Großteil universell ausgerichtet ist. Apps, die keinen direkten Gesundheitsbezug aufwiesen (16), sind ebenfalls in erster Linie universell ausgerichtet oder zielen auf junge Menschen (2) und Vermögensberater (1) ab.

Die Vielfalt der digitalen Unterstützung ist groß, angefangen von Apps im Bereich der klassischen präventiven Handlungsfelder Ernährung, Stress und Bewegung bis hin zu Vorsorgeplaner und Impf-Apps (siehe Abbildung 1). Im Bereich Sucht konnte keine App identifiziert werden. Im Vergleich zu Pharma-Apps, wird deutlich, dass sich die GKVn stark im Bereich der universell ausgerichteten Primärprävention engagieren, während sich die Pharmaindustrie als Partner für das Management bestimmter Krankheitsbilder sieht (z. B. Asthma, Allergien) (Scherenberg & Kramer 2013). Demzufolge scheint es der Pharmaindustrie eher um direkte Ansprachemöglichkeiten von Patientengruppen in ihrem Produktumfeld zu gehen und den Kassen um präventive Kosteneinsparung und Neukundengewinnung. Dabei nehmen zwei identifizierte Bewegungs- beziehungsweise Fitness-Apps der GKVn (Barmer GEK; DAK) eine Koppelung mit ihrem Bonusprogramm vor. Die Versicherten werden damit auch jenseits von Präventionskursen für gesundheitsbewusstes Verhalten und die Kontrolle der persönlichen Gesundheitsdaten (Ernährungs-, Bewegungs-, Schlafprofile) belohnt. Einerseits ist davon auszugehen, dass auch hier ohnehin gesundheitsbewusste Smartphone-Nutzer und damit eher „gute" Risiken profitieren („healthy user effect"). Damit haben andererseits gerade einkommensschwache (Nichtbesitzer von Smartphones) und damit gesundheitlich vulnerable Bevölkerungsgruppen mit dem theoretisch größten präventiven Rationalisierungspotenzial das Nachsehen, während gesunde Versicherte von den neuen Technologien einen monetären Nutzen ziehen können (Scherenberg 2011). Zwar dürfen die GKVn persönliche Gesundheitsprofile der Apps ihrer Versicherten nicht auswerten, andererseits wird das gesundheitsför-

Literatur

afgis (2010): afgis-Checkliste: Medizinische Website, Version 1.0, März 2010, URL: http://www.afgis.de/standards/afgis-checkliste-medizinische-website-version-1.0-maerz-2010/files/afgis_checkliste_medizinische_websitev1.pdf (01.08.2014).

Anni App (2014): The state of Play – A look on the grow of Google Play, Report, http://blog.appannie.com/google-io-special-report-launch-2014/ (01.08.2014).

AOK-Bundesverband (2013): Prävention bei Männern muss digital sein: Jeder Fünfte nutzt bereits Gesundheits-Apps, Pressemeldung vom 01.03.2013, http://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2013/ index_09735.html (01.08.2014).

BITKOM (2012): Der App-Boom geht weiter, URL:http://bitkom.org/files/ documents/BITKOM-Presseinfo_App-Verbreitung_10_10_2012.pdf (01.08.2014).

BITKOM (2013): Zahlungsbereitschaft von Apps steigt, Pressmeldung vom 4. Februar 2013, http://www.bitkom.org/files/documents/BITKOM-Presseinfo_Bezahl-Apps_04_02_2013.pdf (01.08.2014).

BITKOM (2014): Smartphones stärker verbreitet als normale Handys, URL: http://www.bitkom.org/79602_79598.aspx (01.08.2014).

Canalys (2013): 11% quarterly growth in downloads for leading app stores, Pressemitteilung vom 08.04.2013, http://www.canalys.com/static/press_release/2013/canalys-press-release-080413-11-quarterly-growth-downloads-leading-app-stores.pdf (01.08.2014).

Daugherty BL, Schap TRE, Ettienne-Gittens R et al. (2012): Novel technologies for assessing dietary intake: Evaluating the usability of a mobile telephone food record among adults and adolescents, in: Journal of Medical Internet Research, Jahrgang 14, Ausgabe 2, S. 13.

Eimeren v B, Frees B (2012): 76Prozent der Deutschen online – neue Nutzungssituationen durch mobile Endgeräte, Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2012, http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/fileadmin/Online12/0708-2012_Eimeren_Frees.pdf (10.08.2013).

Endeavour Partner (2013): Inside Wireless - How the Science of Human Behavior Change Offers the Secret to Long-Term-Engagement, http://endeavourpartners.net/assets/ Endeavour-Partners-Wearables-White-Paper-20141.pdf (01.08.2014).

EU-Kommission (2012): MEDDEV 2.1/6 GUIDELINES ON THE QUALIFICATION AND CLASSIFICATION OF STAND ALONE SOFTWARE USED IN HEALTHCARE WITHIN THE REGULATORY FRAMEWORK OF MEDICAL DEVICES, URL:http://ec.europa.eu/health/ medical-devices/files/meddev/2_1_6_ol_en.pdf (01.08.2014).

Fox S, Duggan M (2012): Mobile Health 2012, URL: http://pewinternet.org/~/media/Files/Reports/ 2012/PIP_MobileHealth2012.pdf (01.08.2014).

Gesellschaft für Konsumforschung (GfK): „Mobile Health" verspricht erhebliches Potenzial nach zöglichem Anfang, Pressemitteilung vom 24.02.2014, http://www.gfk.com/de/news-und-events/presse/pressemitteilungen/seiten/mobile-health-verspricht-erhebliches-potenzial-nach-zoegerlichem-anfang.aspx (01.08.2014).

Gimple H, Nißen M, Görlitz R (2013): Quantifying the Quantified Self: A Study on the Motivations of Patients to Track Their Own Health, Completed Research Paper, Thirty Fourth International Conference on Information Systems, Milan 2013, http://aisel.aisnet.org/cgi/viewcontent. cgi?article=1050&context=icis2013 (01.08.2014).

Heidemann C, Du Y, Schubert I et al. (2013): Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: Bundesgesundheitsblatt, Ausgabe 56(5/6), S. 668-677·

Klemperer D, Lang B, Koch K et al. (2010): Die „Gute Praxis Gesundheitsinformation", in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Ausgabe 104, S. 66-68.

Madelin R (2013): European Directory of Health Apps (2012-2013), URL: http://g3ict.org/download/p/fileId_955/productId_265 (01.08.2014).

Nielsen (2014): Smartphones: So many apps, so much time, http://www.nielsen.com/us/en/insights /news/2014/smartphones-so-many-apps--so-much-time.html (01.08.2014).

Perez S (2013): Nearly 60K Low-Quality Apps Booted From Google Play Store In February, Points To Increased Spam-Fighting, Meldung vom 08.04.2013 auf TechCrunch, URL:http://techcrunch.com /2013/04/08/nearly-60k-low-quality-apps-booted-from-google-play-store-in-february-points-to-increased-spam-fighting/ (01.08.2014).

Purcell K, Entner R, Henderson N (2010): The Rise of Apps Culture, PIP-Report, http://pewinternet.org/~/media//Files/Reports/2010/PIP_Nielsen%20Apps%20Report.pdf (01.08.2014).

Scherenberg V (2011): Nachhaltigkeit in der Gesundheitsvorsorge, Gabler Verlag, Wiesbaden.

Scherenberg V, Kramer U (2013): Schöne neue Welt: Gesünder mit Health-Apps? Hintergründe, Handlungsbedarf und schlummernde Potenziale, in: Jahrbuch Healthcare Marketing 2013, New Business Verlag, Hamburg, S. 115-119.

Schollas S (2014): „Make it count"1: Selbstoptimierte Körper zwischen Gamification und Marketing, http://www.ruhr-uni-bochum.de/genderstudies/kulturundgeschlecht/pdf/schollas_make.pdf (01.08.2014).

Verbraucherzentrale (2011): Smartphone & Apps - „Alleskönner" mit Risiken, http://www.vzb.de/Smartphone-Apps-Alleskoenner-mit-Risiken (01.08.2014).

Wacker M, Holle R, Heinrich J, Ladwing KH, Peters A, Leidl R & Menn, P (2013). The association of smoking status with healthcare utilisation, productivity loss and resulting costs: results from the population-based KORA F4 study. BMC Health Services Research, Ausgabe 13, S. 278.

Wang J (2012): How Fitbit Is Cashing in on the High-Tech Fitness Trend, Enterprise Magazin, Ausgabe Juli 2012, http://www.entrepreneur.com/article/223780 (01.08.2014).

Wolf JA, Moreau JF, Akilov O et al. (2013): Diagnostic Inaccuracy of Smartphone Applications for Melanoma Detection, in: JAMA Dermatology, Jahrgang 149, Ausgabe 4, S. 422-426.

derliche Verhalten bei der Bonusberechtigung automatisch transparent.

Auffällig ist, dass die GKVn für Volkskrankheiten trotz möglicher Einsparungspotenziale z.B. für rund 7 % Diabetiker (Heidemann et al. 2013) keine App-gestützten Alltagshilfen (Diabetesmanagement) anbieten. Diabetiker scheinen demnach keine interessante Zielgruppe darzustellen, oder es wird davon ausgegangen, dass sie über kein Smartphone verfügen. Für die Typ-1-Diabetiker, in erster Linie Jugendliche und junge Erwachsene, trifft dies sicher nicht zu. Anzumerken ist auch, dass nicht mehr nur Jugendliche und junge Erwachsene Smartphones nutzen. Denn gerade der stärkste Zuwachs an Smartphone-Besitzern ist bei den über 65 Jährigen zu verzeichnen, der innerhalb nur eines Jahres (2013/2014) von 7 auf 17 % angestiegen ist und sich somit mehr als verdoppelt hat (BITKOM 2014). Auch für andere Versichertengruppen mit Risikofaktoren konnten keine mobilen Helfer identifiziert werden, z.B. Nichtraucher-Apps. Dies verwundert, da laut einer Studie des Instituts für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen am Helmholtz Zentrum München die Kosten des Rauchens hochgerechnet auf ca. 31,3 Milliarden Euro pro Jahr (2008) beziffert werden (Wacker et al. 2013). Zu konstatieren ist, dass bei Chroniker-Apps aus Sicht der GKVn trotz morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) immer noch die Gefahr besteht, ein Klientel anzuziehen, das wenig attraktiv erscheint. Dies weist darauf hin, dass aus systemischen Gründen immer noch zu wenig ökonomische Anreize zur Prävention bestehen (Scherenberg 2011).

Ob Gesundheits-Apps wirksam sind und Kosten einsparen, werden nur Langzeitstudien beweisen können. Erste Studien offenbaren indes, dass Apps durchaus in der Lage sind, einen Einfluss auf die Motivation zu nehmen. So zeigte eine Studie zur mobilen Anwendung einer Ernährungsakte, dass gerade Jugendliche im Vergleich zu Erwachsenen Apps nutzen, um ihr Ernährungsverhalten zu kontrollieren (Daugherty et al. 2012). Anhänger der sogenannten Bewegung „The Quantified Self" (Das gemessene Selbst), die regelmäßig sämtliche Körperfunktionen und -bedürfnisse erfassen, nehmen nicht nur in den USA, sondern auch in Deutschland kontinuierlich zu (siehe http://quantifiedself.com). Besonders beliebt ist das Vermessen von körperlichen Aktivitäten (Laufen, Gehen, Fahrradfahren etc.) und Körperdaten (z. B. Body-Maß-Index) (Gimpel, Nißen & Görlitz 2013). Respektive bei technikaffinen, männlichen Nutzern scheinen Tracking- und Gesundheits-Apps Motivationseffekte auszulösen. So gaben bei einer Forsa-Umfrage im Auftrag des AOK-Bundesverbandes 42 % Männer (und 30 % Frauen) an, dass sich ihr Gesundheitsverhalten durch Gesundheits-Apps positiv verbessert hat (AOK-Bundesverband 2013). Ob diese (Technik-)Begeisterung anhält, bleibt abzuwarten, denn laut „Mobile Health Report" sind es eher Frauen, unter 50 Jahre, mit einem hohen Bildungsstatus und Haushaltsnettoeinkommen, bei denen innerhalb der letzten 12 Monate eine Veränderung im Gesundheitszustand aufgetreten ist (Fox & Duggan 2012), die Gesundheits-Apps nutzen. Entsprechend scheint der persönliche Leidensdruck und Nutzen ein persönliches Motiv dafür zu sein, ob Apps genutzt werden oder nicht. Dabei sollen Self-Tracking-Technologien, wie beispielsweise digitale Schrittzähler bzw. Apps, in der Lage sein, die Schrittzahl pro Tag um bis zu 43 % zu steigern (Wang 2013). Zu konstatieren ist, dass bei dieser internen Anbieteruntersuchung nur aktive Self-Tracker einbezogen wurden. Gesundheitliche Gefahren, wie das Suchtpotenzial sowie die Verdrängung der eigenen Körperwahrnehmung werden bisher noch stark außer Acht gelassen und sollten stärker erforscht werden. Sie sind insbesondere dann gegeben, wenn die neuen Möglichkeiten der Selbstkontrolle und -optimierung dazu verführen, ständig neue eigene Rekorde aufzustellen und die eigenen Leistungen über soziale Medien (z. B. Facebook) mit denen anderer Nutzer in Beziehung zu setzen und so eine zusätzliche Vergleichs-, Regulations- und Kontrollebene entsteht. Nutzer müssen sich darüber hinaus auch im Klaren sein, dass eine regelmäßige Nutzung von Tracking-Apps bereits bei geringer Nutzung ein detailliertes Profil über Nutzungs- und Lebensgewohnheiten der Anwender liefert, die zu Marketingzwecken ausgewertet und genutzt werden können (Schollas 2014). Ob Apps langfristig genutzt werden, um die Motivation zu steigern, bleibt abzuwarten. Denn Untersuchungen haben zeigt, dass rund ein Drittel der Apps nach 3 Monaten (Purcell et al. 2010), rund die Hälfte aller Tracking-Apps nach 24 Monaten nicht mehr genutzt werden (Endeavour Partner 2013) oder Apps gar nur zu Testzwecken installiert und direkt wieder gelöscht werden (Eimeren & Frees 2012).

Fazit

Ob Gesundheits-Apps im Vergleich zu konventionellen Verfahren der Gesundheitsaufklärung sowie der verhaltensbezogenen Motivierung und Stabilisierung spezifischer Hochrisikogruppen oder chronisch erkrankten Menschen (Diabetiker, Asthmatiker etc.) auf lange Sicht in der Lage sind, Rationalisierungspotenziale im Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention auszuschöpfen, um insbesondere jene zu erreichen, die bisher kein gutes Gesundheitsverhalten aufweisen (Stichwort: Präventionsdilemma), darüber fehlen wissenschaftliche Langzeitstudien. Erst wenn die Evidenz über gesundheitsökonomische Potenziale vorliegt und damit die Kassen einen stärkeren Anreiz haben ihren Fokus auf die gesundheitliche Wirksamkeit zu legen, kann die Dynamik im Markt weiter beflügelt werden. Dabei wird die Akzeptanz von Gesundheits-Apps an der Qualität und dem Nutzen der Applikationen gemessen. Der Aufklärung der Nutzer kommt dabei eine bedeutende Rolle in diesem Qualitätsprozess zu. Da jeder Laie theoretisch Gesundheits-Apps in Stores einstellen kann, besteht die Gefahr, dass auch gute Gesundheits-Apps von Kassen (z. B. deren Content wissenschaftlich seriösen Quellen zugrunde liegt), mitunter von schlechten Apps überlagert werden, die mitunter mehr Schaden als Nutzen anrichten (siehe Beispiel Hautkrebs-Apps), deren gesundheitliche Nebenwirkungen und Risiken in Punkto Kosten mitunter von den Kassen getragen werden muss. <<

Health-Apps: Background, status quo and challenges

As Smartphones are increasingly penetrating the market, so is the use of health apps even among elderly people. An inventory of existing, current health insurance apps has shown that the focus is shifting to universally orientated, primarily preventative apps. There are no apps which support self-management of patients with chronic illnesses (e.g. diabetes, asthma). As, in any case, health-conscious people, who according to the latest trends, are in the higher income social brackets will benefit from it and preventative rationalisation potential is not being sufficiently exploited, it's probable that a "healthy user effect" will arise.

Keywords

Health-apps, health insurance agencies, application areas, target groups, self-management, primary prevention

Autorenerklärung

Viviane Scherenberg ist Professorin für Prävention und Gesundheitsmanagement an der APOLLON Hochschule in Bremen. Ursula Kramer ist Geschäftsführerin der Agentur Sanawork und Initiatoren der Initiative Präventionspartner in Freiburg. Die Autoren haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte im Rahmen einer Qualitätsoffensive HealthOn (www.healthon.de) - der Initiative Präventionspartner in Zusammenarbeit mit der APOLLON Hochschule - und wurde ohne finanzielle Unterstützung Dritter durchgeführt.

Prof. Dr. Viviane Scherenberg, MPH
ist Dekanin Prävention und Gesundheitsförderung an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen sowie Mit-Initiatorin des HealthOn-Ehrenkodex. Studium der Betriebswirtschaft an der AKAD und Public Health, Studium (MPH) an der Universität Bielefeld, Promotion an der Universität Bremen.
Kontakt: viviane.scherenberg@apollon-hochschule.de



Dr. Ursula Kramer, MBA
ist Geschäftsführerin der Agentur Sanawork Kommunikation in Freiburg sowie Initiatorin der Initiative Präventionspartner und des HealthOn-Ehrenkodex. Studium der Pharmazie an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg, Promotion an der Eberhard-Karl-Universität in Tübingen.

Kontakt: ursula.kramer@sanawork.de

