

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

**Digitale Fähigkeiten und Gesundheitskompetenz:
Eine qualitative Untersuchung der Chancen und
Herausforderungen von älteren Menschen**

Bachelorarbeit

im Studiengang Gesundheitswissenschaften

vorgelegt von

Finja Bruns

Matrikelnummer:



Hamburg, 31.07.2025

Erstgutachterin: Prof. Dr. Johanna Buchcik (HAW Hamburg)

Zweitgutachterin: Prof. Dr. phil. Dörte Naumann (HAW Hamburg)

Abstract

Hintergrund: Die Gesundheit älterer Menschen gewinnt im Zuge des demografischen Wandels zunehmend an Bedeutung. Ein zentraler Einflussfaktor ist die Gesundheitskompetenz - also die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Mit der Digitalisierung wird auch die digitale Gesundheitskompetenz wichtiger. Studien zeigen, dass beide Bereiche bei älteren Menschen oft gering ausgeprägt sind. Dabei fehlen qualitative Erkenntnisse zu den subjektiven Perspektiven älterer Menschen. Die Arbeit untersucht daher folgende Fragestellung: Welche Chancen und Herausforderungen ergeben sich durch digitale Fähigkeiten für die Gesundheitskompetenz älterer Menschen?

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden fünf leitfadengestützte Interviews mit Senior:innen geführt - drei mit digitalen Fähigkeiten und zwei ohne. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass sich durch digitale Fähigkeiten verschiedene Chancen für die Gesundheitskompetenz von Senior:innen ergeben können - beispielsweise durch erleichterten Zugang zu einer großen Informationsmenge, vielfältigen und verständlichen Darstellungsformen sowie die Möglichkeit, verlässliche Gesundheitsquellen zu finden und miteinander zu vergleichen. Gleichzeitig zeigen sich Herausforderungen für die Gesundheitskompetenz von Senior:innen durch digitale Fähigkeiten - insbesondere beim Beurteilen von Gesundheitsinformationen. Dazu zählen unüberschaubare Informationsmengen, nicht zielgruppengerechte Gestaltung der Inhalte, Falschinformationen und kommerzielle Angebote. Zudem können fehlende Kompetenzen der digitalen Gesundheitskompetenz zu Herausforderungen führen.

Diskussion: Digitale Fähigkeiten reichen für eine umfassende Gesundheitskompetenz allein nicht aus. Hierfür ist ein Zusammenspiel spezifischer Kompetenzen der digitalen Gesundheitskompetenz und einer unterstützenden Informationsumgebung nötig. Zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit braucht es den Ausbau digitaler Gesundheitskompetenz bei Senior:innen und die Weiterentwicklung von unterstützenden Informationsumgebungen. Zukünftige Forschung sollte untersuchen, welche Methoden sich dafür eignen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Hintergrund.....	3
2.1 Gesundheitskompetenz	3
2.2 Digitale Gesundheitskompetenz.....	7
2.3 Digitale Fähigkeiten: Begriffsbestimmung und -abgrenzung	11
3. Forschungsstand	12
3.1 Gesundheitskompetenz und Gesundheit	12
3.2 Digitale Gesundheitskompetenz und Gesundheit	14
3.3. Studienlage von älteren Menschen.....	16
3.3.1 Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen	16
3.3.2 Digitale Teilhabe im Alter: Nutzung, Barrieren und Handlungsoptionen	18
4 Forschungsziel und -fragestellung.....	20
5. Methodik.....	21
5.1 Forschungsdesign	21
5.2 Erhebungsinstrument: Interviewleitfaden	22
5.3 Stichprobe	23
5.4 Datenerhebung	24
5.5 Transkription	25
5.6 Datenauswertung: Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz	26
6. Ergebnisse.....	30
6.1 Vorgehensweise mit digitalen Fähigkeiten	30
6.1.1 Finden von Gesundheitsinformationen - Vorgehensweise.....	30
6.1.2 Verstehen von Gesundheitsinformationen - Vorgehensweise.....	32
6.1.3 Beurteilen von Gesundheitsinformationen - Vorgehensweise	33

6.2 Barrieren mit digitalen Fähigkeiten.....	35
6.2.1 Finden von Gesundheitsinformationen – Barrieren	35
6.2.2 Verstehen von Gesundheitsinformationen - Barrieren	35
6.2.3 Beurteilen von Gesundheitsinformationen - Barrieren	36
6.3 Vorgehensweise ohne digitale Fähigkeiten.....	38
6.3.1 Finden von Gesundheitsinformationen - Vorgehensweise.....	38
6.3.2 Verstehen von Gesundheitsinformationen - Vorgehensweise.....	40
6.3.3 Beurteilen von Gesundheitsinformationen - Vorgehensweise	41
6.4 Barrieren ohne digitale Fähigkeiten	44
6.4.1 Finden von Gesundheitsinformationen - Barrieren	44
6.4.2 Verstehen von Gesundheitsinformationen - Barrieren	47
6.4.3 Beurteilen von Gesundheitsinformationen - Barrieren	48
7 Diskussion	49
7.1 Interpretation der Ergebnisse	49
7.1.1 Chancen digitaler Fähigkeiten für die Gesundheitskompetenz von Senior:innen	49
7.1.1.1 Chancen beim Finden von Gesundheitsinformationen.....	50
7.1.1.2 Chancen beim Verstehen von Gesundheitsinformationen.....	51
7.1.1.3 Chancen beim Beurteilen von Gesundheitsinformationen	52
7.1.2 Herausforderungen digitaler Fähigkeiten für die Gesundheitskompetenz von Senior:innen	53
7.1.2.1 Herausforderungen beim Finden von Gesundheitsinformationen.....	54
7.1.2.2 Herausforderungen beim Verstehen von Gesundheitsinformationen.....	55
7.1.2.3 Herausforderungen beim Beurteilen von Gesundheitsinformationen	56
7.2 Methodendiskussion.....	59
7.3 Implikationen für die Praxis und Forschung	60
8. Fazit	61
9. Literaturverzeichnis.....	63

10. Anhang	67
Anhang 1: Interviewleitfaden.....	67
Anhang 2: Informationsblatt zur Teilnahme am Interview und zur Datenverarbeitung.....	70
Anhang 3: Einwilligung zur Interviewteilnahme und Datenverarbeitung	71
Anhang 4: Interviewprotokoll	72
Anhang 5: Definition zentraler Kategorien.....	75
Anhang 6: Chancen mit digitalen Fähigkeiten - Hierarchisches Code-Modell	81
Anhang 7: Herausforderungen mit digitalen Fähigkeiten – Hierarchisches Code-Modell	82
Anhang 8: Chancen ohne digitale Fähigkeiten – Hierarchisches Code-Modell	83
Anhang 9: Herausforderungen ohne digitale Fähigkeiten – Hierarchisches Code-Modell	84
Anhang 10: Eidesstattliche Erklärung.....	85

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Integriertes Modell der Gesundheitskompetenz (Sørensen et al., 2012, S. 9, Übersetzung nach Schaeffer, Berens et al., 2021, S. 4)	4
Abbildung 2: Das aktualisierte Lilienmodell (Milanti, 2025, S. 2)	9
Abbildung 3: eHealth-Literacy-Framework (eHLF) von Norgaard et al. (2015, S. 533).....	10
Abbildung 4: Ablaufmodell der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in sieben Phasen (Kuckartz Rädiker, 2022, S. 132).....	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Matrix mit vier Dimensionen der Gesundheitskompetenz, angewendet an die drei Gesundheitsbereiche (Sørensen et al., 2012, S. 10, eigene Übersetzung)	5
Tabelle 2: Übersicht zu den Merkmalen der Interviewteilnehmenden	24

Abkürzungsverzeichnis

AOK.....	Allgemeiner Ortskrankenkassen-Bundesverband
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
eHLF	eHealth-Literacy-Framework
HLS19	The Health Literacy Survey 2019-2021
HLS-GER 2.....	Health Literacy Survey Germany 2
mpfs	Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest
M-POHL	Measuring Population and Organizational Health Literacy
WHO	World Health Organization

1. Einleitung

Die ältere Bevölkerung nimmt im Zuge des demografischen Wandels einen wachsenden Stellenwert in der Gesellschaft ein (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ], 2025, S. 48-49). Daher ist es zentral, die Gesundheit älterer Menschen gezielt zu fördern und dabei auch neue gesellschaftliche Entwicklungen wie die Digitalisierung zu berücksichtigen.

Ein entscheidender Faktor für die Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung ist die Gesundheitskompetenz. Diese lässt sich zusammenfassen als die Fähigkeit Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Je besser ausgeprägt die Gesundheitskompetenz einer Person ist, desto leichter fällt es ihr beispielsweise medizinische Entscheidungen zu treffen, Risikofaktoren zu erkennen und sich über Gesundheitsthemen auf dem Laufenden zu halten (Sørensen et al., 2012, S. 8-10). Die Gesundheitskompetenz steht in einem Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten, dem subjektiven Gesundheitszustand und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten (The Health Literacy Survey 2019-2021 [HLS19] Consortium of the World Health Organization [WHO] Action Network „Measuring Population and Organizational Health Literacy“ [M-POHL], 2021, S. VII-VIII).

Dabei gewinnt die digitale Gesundheitskompetenz zunehmend an Bedeutung, da immer mehr gesundheitsbezogene Informationen digital bereitgestellt werden (Schaeffer, Berens, et al., 2021, S. 5). Auf der einen Seite kann dies Informationsdefizite verringern (WHO, o.D.). Auf der anderen Seite kann es dabei jedoch für viele Menschen herausfordernd sein, den Überblick zu behalten und die individuell relevanten Informationen zu finden. Zusätzlich kann dies erschwert werden, da viele der digital verfügbaren Gesundheitsinformationen gezielt falsch und irreführend bereitgestellt werden (Schaeffer, Berens, et al., 2021, S. 5). Die Verbreitung von Falschinformationen kann zu Verwirrung, Risikoverhalten und Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem führen (WHO, o.D.).

Aktuelle Studien zeigen, dass die ältere Bevölkerung durchschnittlich über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügt - insbesondere die digitale Gesundheitskompetenz ist häufig schwach ausgeprägt. (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021, S. VII, 121, 292-293; Schaeffer, Berens et al., 2021, S. 23, 69).

Zwar nutzen immer mehr Senior:innen digitale Geräte und das Internet (Initiative D21 e.V., 2024, S. 4; Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest [mpfs], 2024, S. 31), doch geht dies häufig mit Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von digitalen Gesundheitsinformationen einher (Schaeffer, Berens, 2021, S. 69).

Trotz vorliegenden quantitativen Studien fehlen vertiefte qualitative Erkenntnisse darüber, welche Chancen und Herausforderungen sich durch digitale Fähigkeiten für die Gesundheitskompetenz älterer Menschen ergeben. Dabei ist insbesondere relevant, wie ältere Menschen mit und ohne digitale Fähigkeiten das Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen subjektiv erleben, um so unterschiedliche Sichtweisen zu erkennen und daraus die Möglichkeiten und Barrieren digitaler Fähigkeiten für die Gesundheitskompetenz abzuleiten.

Um dieser Forschungslücke nachzugehen, werden in dieser Arbeit die Perspektiven älterer Menschen mit und ohne digitale Fähigkeiten anhand leitfadengestützter Interviews untersucht.

Nach dieser Einleitung folgt in Kapitel 2 der theoretische Hintergrund, in dem Gesundheitskompetenz und digitale Gesundheitskompetenz definiert und durch theoretische Modelle erklärt werden. Zudem wird der Begriff digitale Fähigkeiten definiert und von dem verwandten Begriff digitale Kompetenzen abgegrenzt. Kapitel 3 widmet sich dem Forschungsstand. Es wird dargestellt, welche Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Gesundheitskompetenz beziehungsweise digitaler Gesundheitskompetenz bestehen. Darüber hinaus wird der Forschungsstand zur Gesundheitskompetenz älterer Menschen sowie zu ihrer digitalen Teilhabe, bestehenden Barrieren und Handlungsoptionen dargestellt. Es folgt Kapitel 4, in dem das Forschungsziel und die Forschungsfrage präzisiert werden. Anschließend beschreibt Kapitel 5 das methodische Vorgehen: das Forschungsdesign, die Entwicklung des Interviewleitfadens, die Auswahl und Rekrutierung der Stichprobe, sowie die Durchführung, Transkription und Auswertung der Interviews mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz und Rädiker, 2022). Im Anschluss werden die Ergebnisse der Interviews in Kapitel 6 dargestellt. Die Perspektiven von Senior:innen mit und ohne digitalen Fähigkeiten werden getrennt nach Vorgehensweise und Barrieren beim Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen beschrieben. Kapitel 7 beinhaltet

die Diskussion der Arbeit. Zunächst werden die Ergebnisse diskutiert und die Forschungsfrage beantwortet. Grundlage hierfür ist die Interpretation der Ergebnisse unter Berücksichtigung der Personen mit und ohne digitale Fähigkeiten, sowie des theoretischen Hintergrunds und des aktuellen Forschungsstands. Anschließend wird das methodische Vorgehen diskutiert, gefolgt von der Ableitung möglicher Implikationen für Forschung und Praxis. Kapitel 8 schließt die Arbeit mit einem Fazit ab und fasst die wichtigsten Erkenntnisse zusammen.

2. Hintergrund

2.1 Gesundheitskompetenz

Der Begriff Gesundheitskompetenz wurde lange Zeit unterschiedlich definiert und konzipiert. Aus diesem Grund analysierten Sørensen et al. (2012, S. 2) in einer systematischen Übersichtsarbeit bestehende Definitionen sowie Konzepte und entwickelten auf Grundlage dessen eine umfassende Definition: „Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern“ (Sørensen et al., 2012, S. 3; Übersetzung nach Bitzer & Sørensen, 2018, S. 754).

Auf Grundlage ihrer systematischen Übersichtsarbeit konzipierten Sørensen et al. (2012, S. 8-9) zusätzlich ein Modell zur Gesundheitskompetenz (Abbildung 1). Das Modell umfasst die wichtigsten Dimensionen der Gesundheitskompetenz, Faktoren, die die Gesundheitskompetenz beeinflussen, sowie die Wechselwirkungen von Gesundheit und Gesundheitskompetenz.

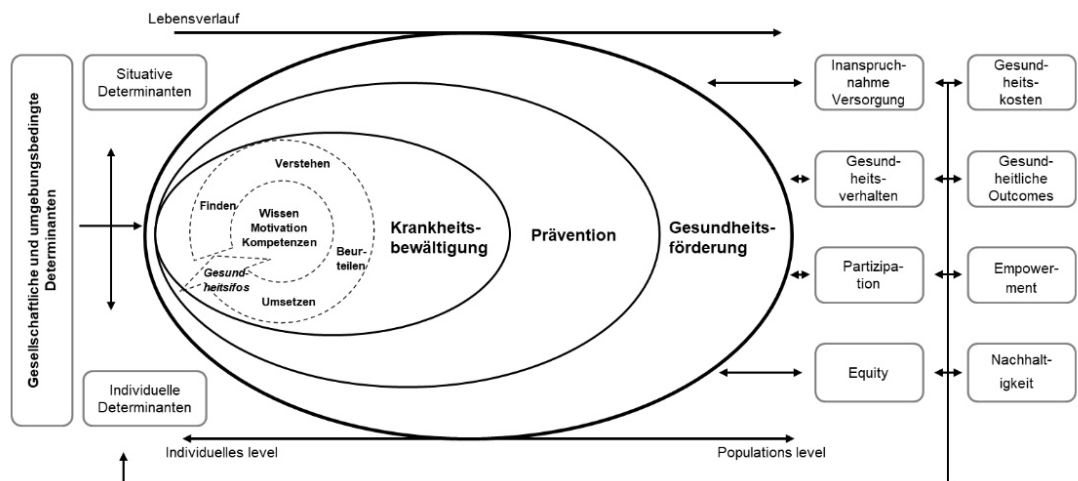


Abbildung 1: Integriertes Modell der Gesundheitskompetenz (Sørensen et al., 2012, S. 9, Übersetzung nach Schaeffer, Berens et al., 2021, S. 4)

In der Mitte des Modells sind die Fähigkeiten zu sehen, die mit dem *Finden*, *Verstehen*, *Beurteilen* und *Umsetzen* beziehungsweise *Anwenden* von Gesundheitsinformationen als Prozess, verbunden sind. Jedes dieser Fähigkeiten braucht wiederum bestimmte kognitive Fähigkeiten und ist abhängig von der Qualität der zur Verfügung gestellten Informationen.

Das Finden umfasst die Kompetenz gesundheitsrelevante Informationen zu suchen, zu finden und zu erhalten. Das Verstehen beinhaltet die Kompetenz erhaltene Gesundheitsinformationen zu verstehen. Das Beurteilen bezeichnet die Fähigkeit die erhaltenen gesundheitsrelevanten Informationen zu interpretieren, zu filtern und beispielsweise hinsichtlich der Vertrauenswürdigkeit zu bewerten. Das Umsetzen beziehungsweise Anwenden umfasst die Kompetenz, Gesundheitsinformationen zu kommunizieren und diese zu nutzen, um Entscheidungen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit zu treffen.

Das Durchlaufen des Prozesses - vom Finden über das Verstehen und Beurteilen bis hin zu der Umsetzung von Gesundheitsinformationen - ist entscheidend für die Bereiche der Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung. Es befähigt Personen dazu, die Kontrolle über die Gesundheit in diesen Bereichen auch bei persönlichen, strukturellen, sozialen und wirtschaftlichen Gesundheitsbarrieren zu übernehmen. In Tabelle 1 sind 12 Dimensionen der Gesundheitskompetenz abgebildet, die sich aus der Kombinationen der vier Ebenen der Gesundheitskompetenz und den

Gesundheitsbereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung ergeben (Sørensen et al., 2012, S. 9 - 10).

	Zugang	Verstehen	Bewerten	Anwenden
Krankheitsbewältigung	Fähigkeit, Informationen zu medizinischen und klinischen Themen zu erhalten	Fähigkeit, medizinische Informationen zu verstehen und die Bedeutung abzuleiten	Fähigkeit, medizinische Informationen zu interpretieren und zu bewerten	Fähigkeit, souveräne Entscheidungen in medizinischen Fragen zu treffen
Krankheitsprävention	Fähigkeit, Informationen zu Risikofaktoren zu erhalten	Fähigkeit, Informationen zu Risikofaktoren zu verstehen und die Bedeutung abzuleiten	Fähigkeit, Informationen über Risikofaktoren zu interpretieren und zu bewerten	Fähigkeit, fundierte Entscheidungen über gesundheitliche Risikofaktoren zu treffen
Gesundheitsförderung	Fähigkeit, sich über Gesundheitsthemen auf dem Laufenden zu halten	Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen und die Bedeutung abzuleiten	Fähigkeit, Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen zu interpretieren und zu bewerten	Fähigkeit, sich reflektierte Meinung zu gesundheitlichen Themen zu bilden

Tabelle 1: Matrix mit vier Dimensionen der Gesundheitskompetenz, angewendet an die drei Gesundheitsbereiche (Sørensen et al., 2012, S. 10, eigene Übersetzung)

Da die Gesundheitskompetenz von kognitiven sowie psychosozialen Entwicklungen und Kontextbedingungen abhängig ist und diese sich ständig im Wandel befinden, ist die Gesundheitskompetenz mit dem Konzept des lebenslangen Lernens verknüpft.

Das Modell in Abbildung 1 stellt nicht nur die Kernaspekte der Gesundheitskompetenz dar, sondern auch deren zentralen Einflussfaktoren. Dabei wird zwischen weiter entfernten (distalen) und näherliegenden (proximalen) Einflussgrößen unterschieden. Zu den distalen Faktoren zählen gesellschaftliche und umweltbedingte Determinanten wie demografische Gegebenheiten, kulturelle und sprachliche Aspekte, politische Strukturen sowie soziale Systeme. Die proximalen Faktoren umfassen hingegen individuelle Determinanten wie das Alter, Geschlecht, die ethnische Zugehörigkeit, der sozioökonomische Hintergrund, Bildungstand, Beruf, Beschäftigungsart, das Einkommen sowie Lese- und Schreibfähigkeiten. Zudem gehören situative Determinanten, darunter

soziale Unterstützung, das soziale Umfeld, Medienkonsum und das physische Umfeld zu den proximalen Faktoren.

Auf der rechten Seite des Modells (Abbildung 1) sind die Folgen der Gesundheitskompetenz abgebildet. Eine mangelnde Gesundheitskompetenz kann zu erhöhter Nutzung von gesundheitlichen Dienstleistungen und damit zu höheren Ausgaben im Gesundheitssystem führen. Des Weiteren beeinflusst die Gesundheitskompetenz das Gesundheitsverhalten und damit auch direkt die Gesundheitsergebnisse. Hat eine Person eine hohe Gesundheitskompetenz führt dies zur Partizipation, die Person kann also verstärkt an gesundheitsbezogenen Entscheidungen teilnehmen und gewinnt somit mehr Ermächtigung (Empowerment). Eine Förderung der Gesundheitskompetenz auf Bevölkerungsebene kann außerdem zu mehr Chancengleichheit und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen führen (Sørensen et al., 2012, S. 9-10).

Die Gesundheitskompetenz wird außerdem durch organisatorische Strukturen und verfügbare Ressourcen beeinflusst (Osborne et al., 2021, S. XIII-XIV). Für die Gesundheitskompetenz einer Person, ist es also beispielsweise relevant, wie verständlich und zugänglich Organisationen, Gesundheitsinformationen bereitstellen (Santana et al., 2021, S. 259-262). Aus diesem Grund gewinnt seit einigen Jahren auch die *organisatorische Gesundheitskompetenz* an Bedeutung. Diese umfasst den „Grad, in dem Organisationen es Einzelpersonen gerecht ermöglichen, Informationen und Dienstleistungen zu finden, zu verstehen und zu nutzen, um gesundheitsbezogene Entscheidungen und Maßnahmen für sich selbst und andere zu treffen“ (Santana et al., 2021, S. 259; eigene Übersetzung).

In diesem Zuge ist auch die *Responsivität* des Umfeldes relevant. Gesundheitsfachkräfte, Organisationen, Gesundheitssysteme oder politische Entscheidungsträger:innen sind *responsiv*, wenn sie die unterschiedlichen Bedürfnisse im Bereich der Gesundheitskompetenzen berücksichtigen. Sie können eine unterstützende Umgebung schaffen, indem sie einen fairen Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten ermöglichen. Eine förderliche Umgebung ermöglicht es Individuen, Gesundheitsinformationen durch mündliche, schriftliche und digitale Kommunikation und durch soziale Ressourcen zu erhalten, zu verstehen, zu bewerten und umzusetzen und so ihre Gesundheit zu fördern (Osborne et al., 2021, S. XIII-XIV).

Die Bedeutung einer unterstützenden und responsiven Umgebung zur Förderung der Gesundheitskompetenz wurde in den letzten Jahren zunehmend anerkannt.

In den letzten Jahren bekam die Thematik der responsiven Umgebung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zunehmend Aufmerksamkeit. Zur Förderung der Gesundheitskompetenz auf struktureller Ebene, gibt es mittlerweile verschiedene politische Initiativen und Strategien. Ein bedeutendes Beispiel ist die „Shanghai-Erklärung über Gesundheitsförderung“ der WHO (2016, S. 13), in der Gesundheitskompetenz als eine der drei zentralen Prioritäten der Gesundheitsförderung definiert wurde. Auch auf nationaler Ebene gewinnt das Thema der Gesundheitskompetenz an Bedeutung. In dem „Nationalen Aktionsplan für Gesundheitskompetenz“ wird Gesundheitskompetenz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen und zeigt in 15 Empfehlungen auf, wie die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung gefördert werden kann (Schaeffer, Hurrelmann et al., 2018, S. 5).

In der vorliegenden Arbeit liegt der Schwerpunkt auf der Gesundheitskompetenz und den Prozessen des Findens, Verstehens und Beurteilens gesundheitsbezogener Informationen, in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Die Anwendung von Gesundheitsinformationen, als vierte Dimensionen im Modell von Sørensen et al. (2012, S. 9) wird in dieser Arbeit aufgrund des begrenzten Umfangs nicht weiter untersucht. In der Diskussion werden zusätzlich strukturelle und systembezogene Einflussfaktoren thematisiert und betrachtet wie diese das Finden, Verstehen und Bewerten von Gesundheitsinformationen erschweren oder erleichtern können.

Im Folgenden wird die digitale Gesundheitskompetenz als eine Erweiterung der allgemeinen Gesundheitskompetenz vorgestellt.

2.2 Digitale Gesundheitskompetenz

Die Digitalisierung und die damit verbundenen nötigen Kompetenzen bilden neue Herausforderungen in Bezug auf die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Seit Beginn der Digitalisierung ist ein starker Zuwachs an gesundheitsrelevanten Informationen zu verzeichnen. Bei dieser Fülle an Informationen kann es für viele Menschen herausfordernd sein, den Überblick zu behalten und die relevanten Informationen zu finden. Zudem werden zunehmend gezielt gesteuerte, fehlerhafte und irreführende

Informationen verbreitet, was das Finden von vertrauenswürdigen und verlässlichen Gesundheitsinformationen zusätzlich verkompliziert (Schaeffer, Berens, et al., 2021, S. 5). In diesem Kontext spricht auch die WHO von einer *Infodemie*. Gemeint ist damit, dass durch die Digitalisierung die Verbreitung von Informationen stark zunimmt. Dies kann auf der einen Seite Informationsdefizite ausgleichen, auf der anderen Seite jedoch auch zur Verbreitung von Falschinformationen, Verwirrung, Risikoverhalten und Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem führen (WHO, o.D.).

Die Digitale Gesundheitskompetenz basiert auf dem Konzept der allgemeinen Gesundheitskompetenz und wurde um digital-spezifische Fähigkeiten ergänzt (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021, S. 278-279).

Die digitale Gesundheitskompetenz umfasst „individuelle, soziale und technische Kompetenzen und Ressourcen, die für das Suchen und Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden digital verfügbarer Gesundheitsinformationen wichtig sind“ (Kolpatzik et al., 2020; zitiert nach Zeeb et al., 2023, S. 1). Diese Definition basiert auf einem dynamischen Konzept und dem Prinzip des lebenslangen Lernens sowie des Empowerments. Die digitale Gesundheitskompetenz kann Personen dabei unterstützen, durch den Einsatz digitaler Medien und Gesundheitsanwendungen einen höheren Grad an Selbstbestimmung und Lebensqualität zu erreichen (Kolpatzik et al., 2020; zitiert nach Zeeb et al., 2023, S. 2). In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff digitale Gesundheitskompetenz verwendet. Dieser schließt verwandte Begriffe wie *eHealth Literacy* oder *elektronische Gesundheitskompetenz* mit ein, sofern sie im jeweiligen Kontext vergleichbare Aspekte beschreiben.

Geprägt wurde der Begriff *eHealth Literacy* von Normann und Skinner (2006, S. 2), welche das Lilien-Modell in den frühen 2000er Jahren konzipierten.

Dieses Modell veranschaulicht, dass die digitale Gesundheitskompetenz aus verschiedenen, miteinander verknüpften Kompetenzbereichen besteht. Um die Verbindungen der verschiedenen Kompetenzen zu veranschaulichen, wird als Metapher eine Lilie genutzt. Das Modell wurde kürzlich von Milanti et al. (2025, S. 1-3) aktualisiert und erweitert (Abbildung 2). Im Folgenden wird anhand des Modells erläutert, welche Kompetenzen für die digitale Kompetenz von Bedeutung sind.

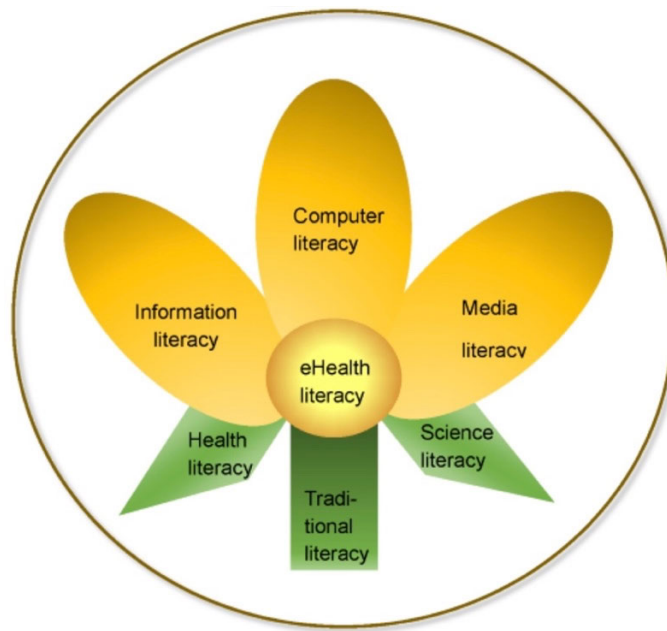


Abbildung 2: Das aktualisierte Lilienmodell (Milanti, 2025, S. 2)

In der Mitte der Lilie ist die digitale Gesundheitskompetenz (*eHealth literacy*) zu finden, welche von der Blüte, den Blütenkelchen und dem Stiel gestützt und genährt wird. Als Basis der digitalen Gesundheitskompetenz werden Lese- Schreib- und b (*Traditional literacy*) als Stiel der Blume abgebildet. Die zwei Kelchblätter symbolisieren die Gesundheits- und Wissenschaftskompetenz, welche die Blüte schützen und stabilisieren. Gesundheitskompetenz (*Health literacy*) meint hier das Verstehen und den reflektierten Umgang mit dem Gesundheitssystem. Die Wissenschaftskompetenz (*Science literacy*) beschreibt die Fähigkeit, grundlegende Prinzipien der Wissenschaft zu verstehen. Die Blütenblätter visualisieren in dem Modell die Computer-, Informations- und Medienkompetenz und bilden damit den auffälligen Teil der Lilie, da diese Kompetenzen zentral für den Umgang mit digitalen Technologien sind. Informationskompetenz (*Information literacy*) beinhaltet das Finden, Verstehen, Beurteilen, Extrahieren und Nutzen sowie das sichere und ethische Erstellen von Informationen. Computerkompetenz (*Computer literacy*) umfasst die Fähigkeit mit digitalen Technologien umzugehen, sich an technologische Veränderungen anzupassen und so die Gesundheit zu fördern. Das dritte Blütenblatt ist die Medienkompetenz (*Media literacy*), welche die Fähigkeit beinhaltet, Medieninhalte mit einem kritischen Blick zu hinterfragen, sie bewusst einzuordnen und gezielt zu nutzen, um sich eine eigene Meinung zu bilden und darauf basierende Entscheidungen zu treffen. Der äußere Kreis des Modelles, stellt

die kontextbedingten Faktoren dar, welche eine Person beim Umgang mit digitalen Technologien ausgesetzt ist (Milanti et al., 2025, S. 1-3).

Der Allgemeinen Ortskrankenkassen-Bundesverband (AOK) griff das ursprüngliche Lilien-Modell aus dem Jahr 2006 von Normann und Skinner (2006, S. 2-3) auf und entwickelte es weiter, in dem drei Dimensionen ergänzt wurden: Die Datenkompetenz (*Data Literacy*) umfasst die Fähigkeit, Daten kritisch zu erfassen, zu organisieren, zu analysieren und zu nutzen. Eine weitere Dimension stellen Datenschutzkompetenzen sowie technische Fähigkeiten zum Schutz personensensibler Daten (*Privacy Literacy*) dar. Außerdem ergänzt wurde die Kompetenz, das Internet gezielt und sicher zur Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen einzusetzen (*Navigation Literacy*) (Kolpatzik et al., 2020, S. 7-8).

Ein weiteres Modell der digitalen Gesundheitskompetenz ist das eHealth-Literacy-Framework (eHLF) von Norgaard et al. (2015, S. 533) (Abbildung 3). Dieses hebt die Bedeutung äußerer Einflussfaktoren auf die digitale Gesundheitskompetenz noch stärker hervor. Das Modell verdeutlicht, dass der Umgang mit digitalen Gesundheitsdiensten, das Erleben von Sicherheit und die Motivation zur Nutzung nicht allein von der Person abhängen. Entscheidend ist ebenso, ob das System einen funktionierenden Zugang zu digitalen Angeboten bereitstellt und ob diese auf die individuellen Bedürfnisse der Nutzer:innen abgestimmt sind.

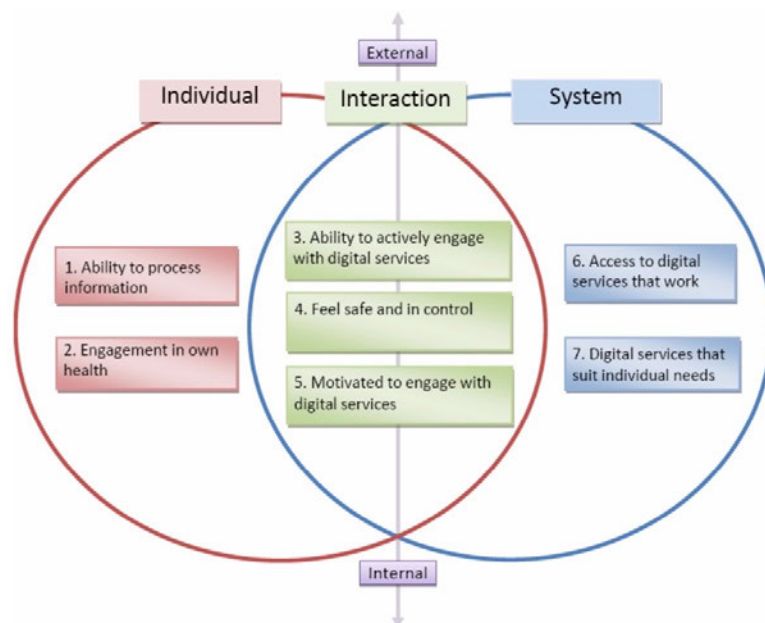


Abbildung 3: eHealth-Literacy-Framework (eHLF) von Norgaard et al. (2015, S. 533)

In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus bei der digitalen Gesundheitskompetenz auf den Prozessen des Findens, Verstehens und Beurteilens digital verfügbarer gesundheitsbezogener Informationen. Die vierte Dimension, also die Anwendung von digitalen Gesundheitsinformationen wird auch in Bezug auf die digitale Gesundheitskompetenz bewusst nicht weiter untersucht.

Die im Lilien-Modell und von der AOK dargestellten Einzelkompetenzen - wie Computer-, Informations- und Medienkompetenz - werden im Rahmen der Interviews nicht einzeln untersucht, dienen jedoch als konzeptionelle Grundlage, um zu verdeutlichen, welche digitale Kompetenzen dem Finden, Verstehen und Bewerten digitaler Gesundheitsinformationen zugrunde liegen.

Im Anschluss wird erläutert, wie der Begriff digitale Fähigkeiten in dieser Arbeit verstanden und von digitalen Kompetenzen unterschieden wird.

2.3 Digitale Fähigkeiten: Begriffsbestimmung und -abgrenzung

In der wissenschaftlichen Literatur existiert bisher keine einheitliche Definition des Begriffs digitale Fähigkeiten. In dieser Arbeit orientiert sich das Begriffsverständnis an der Definition von *digital skills* der Hochschule Mittweida (o.D.) und der Begriff digitale Fähigkeiten wird sinngemäß entsprechend verwendet. Demnach beschreiben digitale Fähigkeiten grundlegende Fertigkeiten, die für die Nutzung digitaler Geräte und das Internet nötig sind. Dazu zählen beispielsweise das Surfen im Netz, das Versenden von E-Mails sowie die grundlegende Bedienung von Computern, Tablets oder Smartphones.

Im Unterschied dazu beschreibt der Begriff digitale Kompetenz einen umfassenderen Rahmen, der über rein technische Fertigkeiten hinausgeht. Digitale Kompetenz beinhaltet die Fähigkeit, digitale Technologien sicher, kritisch und verantwortungsvoll zu nutzen (Council of the European Union, 2018, S. 9). Digitale Fähigkeiten können als ein Teilaspekt digitaler Kompetenzen angesehen werden (Vuorikari et al., 2022, S. 3). Sie bilden - neben weiteren Wissensbeständen und Einstellungen wie etwa Motivation und Werte - eine wichtige Grundlage, reichen jedoch allein nicht für einen sicheren, kritischen und verantwortungsvollen Umgang mit digitalen Medien aus (Vuorikari et al., 2022, S. 3; Council of the European Union, 2018, S. 9).

Da im Rahmen dieser qualitativen Untersuchung keine standardisierte Kompetenzmessung erfolgt und keine validen Aussagen über das Vorhandensein digitaler Kompetenzen der interviewten Personen im engeren Sinne getroffen werden können, wird in der Analyse auf den Begriff digitale Fähigkeiten zurückgegriffen. Es wird davon ausgegangen, dass die interviewten Personen über grundlegende digitale Fähigkeiten verfügen, da sie digitale Geräte wie Smartphones regelmäßig nutzen. Die Verwendung des Begriffs digitale Fähigkeiten ermöglicht somit eine realistische Beschreibung des digitalen Vorwissens der Teilnehmenden.

Auf Grundlage des dargestellten theoretischen Hintergrundes wird im folgenden Kapitel der aktuelle Forschungsstand zum Thema dargestellt. Dabei werden zunächst Zusammenhänge zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheit sowie zwischen digitaler Gesundheitskompetenz und Gesundheit beleuchtet. Anschließend folgt die aktuelle Studienlage von älteren Menschen. Hierbei wird zunächst auf Gesundheitskompetenz sowie digitale Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen eingegangen. Daraufhin folgt ein Abschnitt zur digitalen Teilhabe im Alter - mit Fokus auf Nutzung, bestehende Barrieren und mögliche Handlungsoptionen.

3. Forschungsstand

3.1 Gesundheitskompetenz und Gesundheit

Die Gesundheitskompetenz ist ein entscheidender Faktor für die Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung. Je besser eine Person Gesundheitsinformationen finden, verstehen, bewerten und anwenden kann, desto leichter fällt es ihr beispielsweise medizinische Entscheidungen zu treffen, Risikofaktoren zu erkennen und sich über Gesundheitsthemen auf dem Laufenden zu halten (Sørensen et al., 2012, S. 10). Gesundheitskompetenten Personen gelingt es besser, komplexe Anleitungen zur Selbstversorgung - wie etwa Medikamentenpläne - zu verstehen, notwendige Veränderungen des Lebensstils zu planen, gesundheitsbewusste, fundierte Entscheidungen zu treffen sowie einschätzen zu können, wann ärztliche Hilfe notwendig ist und wie man entsprechende Versorgungsangebote erreicht (Mitic & Rootman, 2011, S. 3).

Im Jahr 2018 initiierte das WHO-Aktionsnetzwerk M-POHL (Measuring Population and Organizational Health Literacy) die Health Literacy Survey 2019-2021 (HLS19),

um die Gesundheitskompetenz in der erwachsenen Bevölkerung international vergleichbar zu erfassen. Insgesamt nahmen 17 Länder der europäischen WHO-Region an der Erhebung teil, darunter auch Deutschland (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021, S. X-XI). Für einen besseren Lesefluss wird diese Quelle im Folgenden als HLS19 Consortium (2021) zitiert. Die Ergebnisse der HLS19 zeigen signifikante Zusammenhänge zwischen der Gesundheitskompetenz und verschiedenen gesundheitsrelevanten Indikatoren, wie dem Gesundheitsverhalten, dem Gesundheitszustand sowie der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten (ebd., VII-VIII). Der positive Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und gesundheitsbezogenem Verhalten zeigt sich in vielen Ländern in einer vermehrten körperlichen Aktivität bei Personen mit hoher Gesundheitskompetenz. In den Gruppen mit sehr niedriger Gesundheitskompetenz waren im Durchschnitt nur 27 % der Befragten intensiv körperlich aktiv, während in den Gruppen mit hoher Gesundheitskompetenz 52 % der Befragten eine hohe körperliche Aktivität angaben (ebd., S. 159). Des Weiteren konnte in vielen Ländern ein Zusammenhang zwischen dem Verzehr von Obst und Gemüse und der Gesundheitskompetenz festgestellt werden. Der Anteil an Personen mit hohem Obst- und Gemüseverzehr lag bei Personen mit sehr niedriger Gesundheitskompetenz bei 63 %, während der Anteil bei Personen mit sehr hoher Gesundheitskompetenz 83 % betrug (ebd., S. 161).

Außerdem zeigen die Ergebnisse der HLS19, dass eine hohe Gesundheitskompetenz mit einem besseren Gesundheitszustand einhergeht. So zeigte sich in fast allen Ländern ein signifikanter Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand: Personen mit hoher Gesundheitskompetenz bewerteten ihren Gesundheitszustand deutlich häufiger als „gut“ oder „sehr gut“, als diejenigen Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz (ebd., 168-169). Hinsichtlich des Gesundheitszustandes konnte außerdem gezeigt werden, dass eine höhere Gesundheitskompetenz im Durchschnitt mit weniger gesundheitlichen Einschränkungen und chronischen Erkrankungen einhergeht. Aus der Gruppe mit Personen mit sehr niedriger Gesundheitskompetenz gaben 33 % der Befragten an, eine oder mehrere Gesundheitsprobleme oder chronische Erkrankungen zu haben und in der Gruppe mit der höchsten Gesundheitskompetenz waren es lediglich 12 % (ebd., S. 171). Zudem besteht ein überwiegend positiver und beinahe linearer Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und den wahrgenommenen Einschränkungen durch

Gesundheitsprobleme: Mit steigender Gesundheitskompetenz nimmt der Anteil der Personen zu, die sich durch chronische Erkrankungen oder gesundheitliche Probleme überhaupt nicht beeinträchtigt fühlen (ebd., S. 174). Im Rahmen der HLS19 wurde auch der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten untersucht. Personen mit höherer Gesundheitskompetenz suchten im Durchschnitt seltener hausärztliche Versorgung auf und nutzten Notfalldienste seltener als Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz. Besonders deutlich wird dies bei der Nutzung von Notfalldiensten: Während in der Gruppe mit sehr niedriger Gesundheitskompetenz 35 % der Befragten im letzten Jahr mindestens eine Notfallbehandlung in Anspruch nahmen, waren es in der Gruppe mit sehr hoher Gesundheitskompetenz nur 21 % (ebd., S. 183-188).

Die Ergebnisse der HLS19 verdeutlichen, dass die Gesundheitskompetenz in einem engen Zusammenhang mit zentralen Gesundheitsaspekten steht.

Im Folgenden werden die aktuellen Forschungsergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen digitaler Gesundheitskompetenz und Gesundheit dargestellt.

3.2 Digitale Gesundheitskompetenz und Gesundheit

Neben der allgemeinen Gesundheitskompetenz gewinnt auch die digitale Gesundheitskompetenz und ihre Zusammenhänge mit der Gesundheit in der Forschung zunehmend an Bedeutung.

In der im vorherigen Kapitel vorgestellten Studie HLS19 wurde neben der allgemeinen Gesundheitskompetenz auch die digitale Gesundheitskompetenz in 13 der insgesamt 17 Ländern gemessen (HLS19 Consortium, 2021, S. 276-278, 280). Um die gesundheitlichen Folgen der digitalen Gesundheitskompetenz zu untersuchen, wurde die subjektive Gesundheit, das Vorliegen chronischer Erkrankungen und Gesundheitsproblemen, Einschränkungen durch chronische Erkrankungen sowie Gesundheitsprobleme und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten abgefragt (ebd., S. 307). Die Ergebnisse zeigen, dass eine höhere digitale Gesundheitskompetenz im Durchschnitt mit einer besseren subjektiven Gesundheit sowie mit weniger Einschränkungen durch langfristige Krankheiten oder Gesundheitsproblemen verbunden ist. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen digitaler Gesundheitskompetenz und subjektivem Gesundheitszustand konnte in neun von dreizehn Ländern festgestellt werden. Wurde

zusätzlich die allgemeine Gesundheitskompetenz berücksichtigt, verringerte sich der Einfluss der digitalen Gesundheitskompetenz deutlich und blieb nur noch in zwei Ländern bestehen, während die allgemeine Gesundheitskompetenz in neun Ländern einen signifikanten Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitszustand zeigte. Bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten zeigten sich die stärksten Zusammenhänge bei dem Besuch von Hausärzt:innen und Fachärzt:innen. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen digitaler Gesundheitskompetenz und der Nutzung von Hausärzt:innen bestand in sieben Ländern. Wurde die allgemeine Gesundheitskompetenz zusätzlich einbezogen, blieb der Effekt der digitalen Gesundheitskompetenz nur noch in drei Ländern bestehen (ebd., S. 301-302, 308).

Eine Studie der AOK aus dem Jahr 2020 untersuchte ausschließlich die digitale Gesundheitskompetenz in der deutschen Bevölkerung, die allgemeine Gesundheitskompetenz wurde dabei nicht berücksichtigt. Im Rahmen einer Online-Befragung wurden insgesamt 8.500 Personen im Alter zwischen 18 und 75 Jahren zur digitalen Gesundheitskompetenz befragt (Kolpatzik et al., 2020, S. 9). Die Ergebnisse der AOK-Studie zeigen ebenfalls, dass digitale Gesundheitskompetenz im engem Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitszustand steht. Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzten, wiesen deutlich häufiger eine eingeschränkte digitale Gesundheitskompetenz auf. So verfügten 60,3 % der Befragten mit einem schlechten Gesundheitszustand über eine geringe oder moderate digitale Gesundheitskompetenz, während es bei Personen mit einem sehr guten Gesundheitszustand nur 40,6 % waren. Auch in Bezug auf chronische Erkrankungen zeigt sich ein klarer Zusammenhang: 50,9 % der Befragten ohne chronische Erkrankung verfügten über eine hohe oder sehr hohe digitale Gesundheitskompetenz, während dieser Anteil bei Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen auf 43,2 % sank (ebd., 2023, S. 14).

Die Verringerung der Zusammenhänge in der HLS19 nach Berücksichtigung der allgemeinen Gesundheitskompetenz (HLS19 Consortium, 2021, S. 301-302, 308) zeigt, dass die digitale Gesundheitskompetenz allein nicht ausreicht, um einen Zusammenhang zur Gesundheit festzustellen. Dies könnte daran liegen, dass die digitale Gesundheitskompetenz inhaltlich auf der allgemeinen Gesundheitskompetenz aufbaut und um die spezifischen Anforderungen digitaler Gesundheitsinformationen und -ressourcen angepasst wurde (ebd., S. 278-279). Dennoch bleibt die digitale Gesundheitskompetenz von eigenständiger Bedeutung, da der Umfang an digitalen -

Gesundheitsinformationen zunimmt und für diese gewisse Kompetenzen notwendig sind, damit sie zur Gesundheitserhaltung genutzt werden können und nicht zu neuen Gesundheitsrisiken führen (Schaeffer et al., 2021, S. 5).

Im Folgenden werden die zentralen Forschungsergebnisse zu älteren Menschen dargestellt.

3.3. Studienlage von älteren Menschen

Die deutsche Bevölkerung wird im Zuge des demografischen Wandels zunehmend älter. Dabei ist die ältere Bevölkerung sehr heterogen: Alter ist vielfältig und wird von Faktoren wie Geschlecht, Bildungsstand, Einkommen, Migrationsgeschichte und gesundheitlichem Zustand geprägt. Diese Vielfalt bringt Chancen, geht aber auch mit ungleichen Teilhabechancen einher. Besonders ältere Menschen in prekären Lebenslagen oder mit Einschränkungen haben oft schlechteren Zugang - etwa zu digitalen Angeboten -, leiden vermehrt an gesundheitlichen Einschränkungen und sind gesellschaftlich weniger sichtbar (BMFSFJ, 2025, S. 48-49).

Angesichts der wachsenden gesellschaftlichen Bedeutung älterer Menschen ist es von hoher Relevanz, ihre Gesundheitskompetenz und im Zuge der Digitalisierung - insbesondere ihre digitale Gesundheitskompetenz - genauer zu betrachten. Im Folgenden wird daher der aktuelle Forschungsstand zu diesen Themenbereichen dargestellt.

3.3.1 Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen

In der HLS19 wurden verschiedene soziodemografische und sozioökonomische Determinanten - darunter auch das Alter - hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit der allgemeinen Gesundheitskompetenz untersucht.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Gesundheitskompetenz im Durchschnitt aller Länder bei Personen zwischen 66 und 76 Jahren verschlechtert - in vielen Ländern sogar kontinuierlich (HLS19 Consortium, 2021, S. VII, 121).

Die Health Literacy Survey Germany 2 (HLS-GER 2) stellt die deutsche Teilstudie der europäischen HLS19-Erhebung dar und untersucht die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Die Ergebnisse zeigen, dass 65,1 % der in Deutschland

lebenden Personen ab 65 Jahren eine problematische oder inadäquate Gesundheitskompetenz aufweisen (Schaeffer, Berens et al., 2021, S. 23).

Neben der allgemeinen Gesundheitskompetenz wird auch das Thema digitale Gesundheitskompetenz von älteren Menschen in der Forschung näher untersucht. Die Ergebnisse der HLS-GER 2 ergaben, dass in Deutschland 78,7 % der Personen ab 65 Jahren über eine „inadäquate“ digitale Gesundheitskompetenz verfügen und nur 14 % der Befragten ab 65 Jahren weisen eine hohe digitale Gesundheitskompetenz auf. Damit war in der HLS-GER 2 die Gruppe der 65-Jährigen und Älteren diejenige Altersgruppe, deren digitale Gesundheitskompetenz am schwächsten ausgeprägt ist (ebd., S. 68). Das Beurteilen digitaler Gesundheitsinformationen fällt der deutschen Bevölkerung durchschnittlich am schwersten. Laut den Ergebnissen der HLS-GER 2 gaben 82,6 % der Befragten an, dass es ihnen „schwierig“ oder „sehr schwierig“ fällt, die Vertrauenswürdigkeit von digitalen Gesundheitsinformationen einzuschätzen. Zudem haben 82 % Schwierigkeiten zu beurteilen, ob hinter den Informationen kommerzielle Interessen stehen (ebd. S. 69).

In der HLS19 wurden ältere Personen - hier ab 75 Jahren - als die am stärksten vulnerable Bevölkerungsgruppe im Hinblick auf digitale Gesundheitskompetenz identifiziert (HLS19 Consortium, 2021, S. 292-293).

In der Studie der AOK zur digitalen Gesundheitskompetenz in Deutschland wurden die Ergebnisse ebenfalls nach Altersgruppen differenziert. Hier zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Der Anteil, der über 65-Jährigen mit hoher oder sehr hoher Gesundheitskompetenz liegt insgesamt bei 45 % und damit deutlich höher als in den zuvor genannten Studien. Dennoch wiesen auch in dieser Studie 27,8 % der Personen ab 65 Jahren eine geringe Gesundheitskompetenz auf (Kolpatzik et al., 2020, S. 13).

Die Unterschiede in den Ergebnissen der HLS19 beziehungsweise der HLS-GER 2 und der AOK-Studie lassen sich vermutlich auf methodische Unterschiede zurückführen. Während in der HLS19 sowohl Online- als auch Telefoninterviews zum Einsatz kamen, wurden in der HLS-GER 2 mündlich-persönliche Interviews geführt (HLS19 Consortium, 2021, S. VI; Schaeffer, Berens et al., 2021, S. 11). Die AOK-Studie hingegen wurde ausschließlich online durchgeführt (Kolpatzik et al., 2020, S. 9). Dies hat zur Folge, dass in der HLS19 und HLS-GER 2 auch Personen ohne digitale

Fähigkeiten oder Geräte erreicht wurden und die AOK-Studie sich nur an Personen richtete, die digitale Fähigkeiten und Geräte und somit Zugang zu der Online-Befragung hatten. Außerdem wurden in den Studien unterschiedliche Fragebögen genutzt (HLS19 Consortium, 2021, S. 280-281; Schaeffer, Berens et al., 2021, S. 11; Kolpatzik et al., 2020, S. 9-12).

Die Ergebnisse sind somit nicht vergleichbar und dennoch relevant. Alle sind zu dem Ergebnis gekommen, dass ein großer Anteil der älteren Bevölkerungsgruppe eine geringe digitale Gesundheitskompetenz sowie eine eingeschränkte allgemeine Gesundheitskompetenz aufweist.

Wie im theoretischen Hintergrund im Kapitel zur digitalen Gesundheitskompetenz erläutert, setzt der kompetente Umgang mit Gesundheitsinformationen verschiedene Fähigkeiten beziehungsweise Kompetenzen voraus (Milanti et al., 2025, S. 1-3). Daher beschäftigt sich das folgende Kapitel mit der Nutzung digitaler Geräte und den digitalen Kompetenzen von älteren Menschen. Es beleuchtet bestehende Ungleichheiten und Barrieren der digitalen Teilhabe und zeigt auf, welche Maßnahmen notwendig sind, um älteren Menschen eine selbstbestimmte und chancengerechte digitale Teilhabe zu ermöglichen.

3.3.2 Digitale Teilhabe im Alter: Nutzung, Barrieren und Handlungsoptionen

Mittlerweile verfügt ein erheblicher Teil der älteren Bevölkerung über eigene digitale Geräte. Die Ergebnisse einer Sonderauswertung der deutschen Studie D21-Digital-Index 2023/2024 zeigen, dass 72 % der 68- bis 77-Jährigen und 42 % der 78-Jährigen und Älteren ein Smartphone besitzen (Initiative D21 e.V., 2024, S. 4)

Die Verbreitung digitaler Geräte zeigt sich auch in dem Anstieg der Internetnutzung. Laut der SIM-Studie von 2024 nutzen 51 % der 70- bis 79-Jährigen mehrmals täglich das Internet, bei den über 80-Jährigen liegt dieser Anteil bei 26% (mpfs, 2024, S. 18). Gleichzeitig zeigt sich, dass 38 % der über 80-Jährigen das Internet bisher gar nicht nutzen (ebd., S. 31).

Trotz Zunahme digitaler Geräte- und Internetnutzung sind die tatsächlichen digitalen Fähigkeiten und Kompetenzen in der älteren Bevölkerung sehr unterschiedlich ausgeprägt. Der D21-Digital-Index 2024/2025 untersuchte auch die digitalen

Basiskompetenzen in der deutschen Bevölkerung. Insgesamt verfügen 49 % der deutschen Bevölkerung ab 14 Jahren über alle fünf definierten Basiskompetenzen. Betrachtet man die ältere Generation wird deutlich, dass diese Kompetenzen mit zunehmenden Alter abnehmen: So verfügen 36 % der 68- bis 77-Jährigen über alle fünf Basiskompetenzen, während dieser Anteil bei der Altersgruppe, der ab 78-Jährigen auf 12 % sinkt (Initiative D21 e.V., 2025, S. 21-23). Auch auf europäischer Ebene zeigt eine Studie ähnliche Ergebnisse: Laut der Eurostat-Erhebung 2023 verfügten lediglich 28 % der 65- bis 74-Jährigen in der EU über mindestens grundlegende digitale Fähigkeiten (Eurostat, 2024).

In diesem Zusammenhang wird auch von dem sogenannten „Digital Skill Gap“ gesprochen. Dieser meint die ungleiche Verteilung von digitalen Fähigkeiten in der Bevölkerung. Besonders gefährdet sind dabei Personen mit niedrigem Bildungsstand, geringem Einkommen und ältere Personen. Für sie besteht die Gefahr, durch fehlende digitale Fähigkeiten von wichtigen Lebensbereichen wie gesundheitlichen Dienstleistungen, Beratungsangeboten oder der gesellschaftlichen Teilhabe ausgeschlossen zu werden (Initiative D21 e.V., 2025, S. 23-25; Initiative D21 e.V., 2021, S. 14).

Darüber hinaus beeinflussen auch persönliche Hürden - wie Unsicherheit, Überforderung oder mangelndes Interesse - das Erleben und die Nutzung digitaler Angebote. In einer US-Erhebung des Pew Research Centers aus dem Jahr 2015 gaben 34 % der über 65-Jährigen an, gar nicht oder nur wenig sicher beim Umgang mit digitalen Geräten zu sein. Weitere 48 % gaben an, bei der Nutzung neuer digitaler Geräte auf Hilfe angewiesen zu sein (Anderson & Perrin, 2017, S. 11). In der SIM-Studie von 2024 wurden ältere Personen, die kein Internet nutzen, nach den persönlichen Gründen befragt. Neben fehlender Notwendigkeit oder fehlendem Interesse gaben 43 % der Befragten an, dass ihnen das Erlernen zu aufwendig ist. Für 37 % ist das Internet zu unsicher und weitere 43 % trauen sich die Internetnutzung nicht zu (mpfs, 2024, S. 34)

Damit ältere Menschen digitale Souveränität und damit die sozialen, strukturellen und individuellen Herausforderungen überwinden können, braucht es Maßnahmen auf drei Ebenen: individuell, institutionell und gesellschaftlich.

Auf individueller Ebene müssen ältere Menschen selbst in der Lage sein, digitale Geräte entsprechend ihren persönlichen Bedürfnissen und Vorlieben anzuwenden. Hierfür sind sowohl praktisches Wissen zur Bedienung von Geräten als auch ein

Verständnis für die möglichen Auswirkungen der Nutzung notwendig. Auf institutioneller Ebene müssen Organisationen, Einrichtungen und Netzwerke, Bildungsangebote zur Verfügung stellen. Es gibt bereits niedrighschwellige Angebote, diese sollten jedoch noch ausgeweitet und als kommunale Daseinsvorsorge anerkannt werden. Damit individuelle und institutionelle Ansätze greifen, braucht es außerdem gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Hierzu zählen beispielsweise flächendeckendes Internet, transparente Datenschutzregeln und finanzielle Förderungen. Politik und Verwaltung sollten bestehende Bildungsangebote professionalisieren und ausbauen, um digitale Teilhabe älterer Menschen langfristig zu sichern (BMFSFJ, 2020, S. 35-37).

In Bezug auf die Gesundheit betont der Neunte Altersbericht in diesem Zusammenhang, dass digitale Gesundheitsangebote barrierefrei gestaltet werden müssen, sodass sie für alle Menschen nutzbar sind - insbesondere für ältere Menschen mit Behinderungen und geringen digitalen Kompetenzen (BMFSFJ, 2025, S. 21-22)

Erst das Zusammenspiel individueller Kompetenzen, institutioneller Unterstützung und geeigneter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen ermöglicht eine nachhaltige und chancengerechte digitale Teilhabe älterer Menschen - auch in Bezug auf die Gesundheitsversorgung.

Auf Grundlage des dargestellten theoretischen Hintergrunds und des Forschungsstands werden im folgenden Kapitel das Forschungsziel sowie die zugrunde liegende Fragestellung der Arbeit erläutert.

4 Forschungsziel und -fragestellung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung der Chancen und Herausforderungen, die sich durch digitale Fähigkeiten für die Gesundheitskompetenz älterer Menschen ergeben. Im Mittelpunkt stehen die individuellen Perspektiven der Senior:innen - sowohl mit als auch ohne digitale Fähigkeiten.

Untersucht werden dabei die drei Dimensionen der Gesundheitskompetenz nach Sørensen et al., (2012, S. 8-9): Das Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen.

Während bestehende Forschung sich bisher vor allem auf die quantitative Erhebung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung konzentriert, fehlen tiefere qualitative

Erkenntnisse darüber, welche Chancen und Herausforderungen sich durch digitale Fähigkeiten für die Gesundheitskompetenz älterer Menschen ergeben.

Besonders relevant ist dabei, wie ältere Menschen mit und ohne digitale Fähigkeiten selbst das Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen subjektiv erleben, um so unterschiedliche Sichtweisen zu erkennen und daraus die Möglichkeiten und Barrieren von digitalen Fähigkeiten abzuleiten. Die vorliegende Arbeit soll dazu beitragen diese Forschungslücke zu schließen. Die gewonnenen Ergebnisse sollen dabei helfen, Maßnahmen und Forschungsansätze zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit zu entwickeln, um so die Gesundheit älterer Menschen und der Bevölkerung insgesamt zu stärken.

Ausgehend von dieser Zielsetzung ergibt sich folgende Forschungsfrage: Welche Chancen und Herausforderungen ergeben sich durch digitale Fähigkeiten für die Gesundheitskompetenz älterer Menschen?

In den folgenden Kapiteln wird das methodische Vorgehen der Untersuchung dargestellt. Dazu zählen das Forschungsdesign, der Interviewleitfaden als Erhebungsinstrument, die Stichprobenbeschreibung und Rekrutierung sowie die einzelnen Schritte der Datenerhebung, Transkription und Auswertung.

5. Methodik

5.1 Forschungsdesign

Für die vorliegende Arbeit wurde ein qualitativer Forschungsansatz in Form von Interviews gewählt, um subjektives Erleben und individuelle Bedeutungen zu erfassen (Schreier et al., 2023, S. 202-203, 209). Dieser Ansatz eignet sich gut für die Beantwortung der Forschungsfrage, da im Mittelpunkt die individuellen Erfahrungen und Sichtweisen von Senior:innen mit und ohne digitalen Fähigkeiten stehen. Durch die qualitative Methodik können die persönlichen Bedeutungen differenziert erfasst und unerwartete Aspekte entdeckt werden.

Für die Datenerhebung wurde das problemzentrierte Interview gewählt. Es zeichnet sich durch eine aktive, explorative Gesprächsführung und eine mitgestaltende Rolle der forschenden Person aus. Durch die Methode ist es möglich, die zentralen Aspekte

der Forschungsfrage - insbesondere die Dimensionen der Gesundheitskompetenz - aufzugreifen, ohne die Offenheit der Interviews einzuschränken. Problemzentrierte Interviews folgen dabei keinem strikten Ablauf und ein Interviewleitfaden dient dabei als Orientierungshilfe und unterstützt die Gesprächsführung. (May & Mruck, 2020, S. 319-320).

Da es sich bei der Untersuchung um Forschung mit Menschen handelt, wurde vorab geprüft, ob ein Ethikvotum notwendig ist. Ein ausgefüllter Selbstbeurteilungsbogen der Ethikkommission der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (2022) ergab - mit einer Ausnahme - , dass keine Antragstellung notwendig war. Es fand eine Pseudonymisierung statt und keine vollständige Anonymisierung. Eine Rückführung auf die Personen war jedoch nur durch die Interviewerin möglich, da keine Zuordnungsliste geführt wurde. Ein Ethikantrag erschien daher nicht notwendig. Die Durchführung der Interviews orientierte sich an der Deklaration von Helsinki - insbesondere in Bezug auf die informierte Einwilligung und Datenschutz (World Medical Association, 2024).

Im Folgenden erfolgt eine Beschreibung des eingesetzten Interviewleitfadens als Erhebungsinstrument.

5.2 Erhebungsinstrument: Interviewleitfaden

Als Erhebungsinstrument wurde ein Interviewleitfaden gewählt (Anhang 1). Diese Methode eignet sich besonders für problemzentrierte Interviews, da sie eine strukturierte, zugleich aber offene Gesprächsführung ermöglicht (Helfferich, 2019, S. 669-670; Mey & Mruck, 2020, S. 320). So konnten gezielt Aspekte der Gesundheitskompetenz thematisiert werden und gleichzeitig konnten auch persönliche Erfahrungen und unerwartete Themen angesprochen werden.

Zur Vergleichbarkeit der beiden Gruppen - Senior:innen mit und ohne digitalen Fähigkeiten - wurde ein einheitlicher, thematisch strukturierter Leitfaden verwendet. Dieser orientiert sich an den Dimensionen der Gesundheitskompetenz - dem Finden, Verstehen und Bewerten von Gesundheitsinformationen -, die sich aus dem theoretischen Hintergrund ableiten ließen (Sørensen et al., 2012, S. 8-9; Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 51). Die Fragen wurden in Alltagssprache und mit Verzicht auf Fachbegriffe formuliert. Für jeden thematischen Bereich wurde eine erzählgenerierende Leitfrage

entwickelt, welche durch optionale Vertiefungsfragen vertieft werden konnte. Zu Beginn des Interviews wurden zudem Fragen zum Alter, subjektivem Gesundheitszustand und Nutzung digitaler Geräte gestellt.

Vor den geplanten Interviews wurde der Leitfaden in einem Pilotinterview mit einer älteren Person erprobt und anschließend überarbeitet (Schreier et al., 2023, S. 257).

Im Folgenden wird die Stichprobe näher beschrieben. Dabei wird auf die Auswahlkriterien, die Rekrutierung der Teilnehmenden sowie auf deren zentralen Merkmale eingegangen.

5.3 Stichprobe

Für die qualitative Untersuchung wurden zunächst vier Personen befragt - zwei mit und zwei ohne digitale Fähigkeiten. Diese Zusammensetzung wurde gewählt, um verschiedene Perspektiven auf die Chancen und Herausforderungen digitaler Fähigkeiten für die Gesundheitskompetenz älterer Menschen erfassen zu können.

Als Einschlusskriterium galt für alle Teilnehmenden ein Mindestalter von 65 Jahren sowie ausreichende kognitive und sprachliche Fähigkeiten, um die Interviewfragen verstehen und beantworten zu können. Personen mit digitalen Fähigkeiten sollten seit mindestens einem Jahr ein Smartphone oder Tablet besitzen und nutzen. Die Teilnehmenden ohne digitale Fähigkeiten besitzen hingegen kein eigenes Smartphone, Tablet oder Ähnliches und nutzen in der Regeln keine Geräte anderer Personen. Der Besitz eines Fernsehers war in beiden Gruppen zulässig, da hierfür keine digitalen Fähigkeiten erforderlich sind - insbesondere keine, wie sie etwa für die gezielte Internetrecherche notwendig wären.

Durch ein zuvor absolviertes Praktikum in einer seniorenorientierten Einrichtung bestand bereits Kontakt zur Zielgruppe. Dort konnten zwei Personen mit digitalen Fähigkeiten telefonisch kontaktiert werden. Für die Rekrutierung der beiden Personen ohne digitale Fähigkeiten wurden Kontakte über den Bekanntenkreis der interviewenden Person hergestellt. Auch diese wurden telefonisch kontaktiert. Alle vier Personen erklärten sich mit einem Interview einverstanden, woraufhin individuelle Termine vereinbart wurden.

Eine der zwei Personen mit digitalen Fähigkeiten, nutzt diese nicht für die Suche nach Gesundheitsinformationen. Während der Auswertung der ersten vier Interviews stellte sich heraus, dass dadurch zu wenig Daten von den Personen mit digitalen Fähigkeiten vorlagen. Aus diesem Grund wurde eine weitere Person mit digitalen Fähigkeiten rekrutiert und befragt. Die Auswahl erfolgte durch den Bekanntenkreis der Interviewenden Person.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über zentrale Merkmale der Teilnehmenden, die jeweils am Tag des Interviews vor Beginn des Gesprächs erhoben wurden.

Tabelle 2: Übersicht zu den Merkmalen der Interviewteilnehmenden

Teilnehmer:in	Alter	Geschlecht	Wohnort	Digitale Fähigkeiten	Digitale Geräte	Interviewsituation
B1	72	weiblich	Land	nein	Fernseher	telefonisch
B2	81	weiblich	Stadt	ja, seit 15-20 Jahren	Smartphone, Tablet	persönlich in der Wohnung von B2
B3	82	weiblich	Stadt	ja, seit 10 Jahren	Fernseher, Smartphone, Tablet	persönlich in der Wohnung von B3
B4	76	weiblich	Land	nein	Fernseher	persönlich in der Wohnung von B4
B5	73	männlich	Stadt	ja, seit 3 Jahren	Smartphone, Fernseher	persönlich in der Wohnung von B5

Im Folgenden Kapitel wird das genaue Vorgehen der Datenerhebung erläutert.

5.4 Datenerhebung

Die Datenerhebung der ersten vier Interviews erfolgte im Zeitraum vom 09.05.2025 bis zum 12.06.2025. Das fünfte Interview wurde am 28.06.2025 durchgeführt. Vier der fünf Interviews wurden persönlich (face-to-face) in den Wohnungen der Teilnehmenden durchgeführt. Ein Interview fand aufgrund der großen räumlichen Distanz telefonisch statt.

Zu Beginn jedes Interviews erfolgte eine kurze Begrüßung und die Vorstellung des Forschungsvorhabens. Dabei wurde auch erklärt, was unter dem Begriff Gesundheitskompetenz verstanden wird und welche inhaltlichen Schwerpunkte im Rahmen der Befragung gesetzt werden. Anschließend wurden die Teilnehmenden über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, den pseudonymisierten Umgang mit ihren Daten sowie die geltenden datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen aufgeklärt. Zu diesem Zweck erhielten sie zwei schriftliche Dokumente: Ein Informationsblatt, das Ziel, Ablauf und datenschutzrechtliche Aspekte der Befragung zusammenfasst, sowie ein separates Blatt mit der dazugehörigen Einwilligungserklärung (Anhang 2 und 3). Das Informationsblatt durften die Teilnehmenden behalten, während die unterschriebene Einwilligungserklärung der interviewenden Person übergeben wurde.

Bevor mit dem Interviewleitfaden und der Audioaufnahme begonnen wurde, wurde nochmals betont, dass es im Interview ausschließlich um die persönlichen Sichtweisen und den individuellen Erfahrungen der befragten Person geht.

Vor Beginn der Audioaufnahme wurden einige einleitende Fragen zum Alter, zum subjektiven Gesundheitszustand sowie zur Nutzung digitaler Geräte gestellt. Diese Angaben wurden dokumentiert und in einem Interviewprotokoll festgehalten (Anhang 4). Außerdem wurde in dem Protokoll die Interviewsituation, beispielsweise Störfaktoren, notiert. Anschließend folgte das Interview entlang des Interviewleitfadens. Zur Erhebung der Daten wurde das Interview mithilfe iOS-App „Sprachmemos“ audioaufgezeichnet.

Im Folgenden wird beschrieben, wie und nach welchen Regeln die Audioaufzeichnungen der Interviews transkribiert wurden.

5.5 Transkription

In der qualitativen Forschung werden Interviews in der Regel zunächst verschriftlicht (transkribiert) (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 42). In der vorliegenden Untersuchung wurde hierfür die Transkriptionsfunktion von Microsoft Word genutzt. Nach der automatischen Transkription wurden die Audioaufnahmen zur Überprüfung erneut abgespielt und die erstellten Transkripte parallel dazu mitgelesen.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Transkriptionsregeln nach Kuckartz und Rädiker (2022, S. 200-201) verwendet. Zu ihnen zählen unter anderem folgende Aspekte: Die Interviews werden wortgetreu und nicht zusammenfassend transkribiert, Dialekte werden ins Hochdeutsche übertragen, sprachliche Unebenheiten werden geringfügig geglättet, Pausen werden durch „(...)“ markiert und nichtsprachliche Äußerungen wie „lacht“ in Klammern gesetzt.

Zur Sicherstellung des Datenschutzes wurden alle personenbezogenen Angaben in den Transkripten gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (Verordnung [EU] 2016/679, Art. 4, Nr. 5) pseudonymisiert. Hierfür wurden die Namen der Teilnehmenden durch die Kürzel B1, B2, B3, B4 und B5 ersetzt. Auf die Erstellung einer separaten Zuordnungsliste wurde bewusst verzichtet. Das Vorgehen wird dennoch als Pseudonymisierung eingeordnet, da die Zuordnung zu den realen Personen für die interviewende Person aufgrund der begrenzten Anzahl der Teilnehmenden weiterhin möglich ist. Nach Abschluss der Transkription wurden die Audiodateien vollständig gelöscht. Die Transkripte können auf Anfrage bereitgestellt werden.

Im Anschluss wird dargelegt, wie die Daten analysiert und ausgewertet wurden.

5.6 Datenauswertung: Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz

Für die Datenauswertung wurde die qualitative Inhaltsanalyse von Udo Kuckartz gewählt (Kuckartz und Rädiker, 2022). Hierfür wurde die QDA-Software MAXQDA genutzt. Mithilfe von QDA-Softwares lassen sich qualitative Daten computergestützt auswerten und analysieren (ebd., S. 196).

Die qualitative Inhaltsanalyse von Udo Kuckartz ist ein Verfahren zur Analyse von Kommunikationsinhalten wie Texten oder Bildern. Diese qualitative Inhaltsanalyse eignet sich gut für problemzentrierte Interviews und zeichnet sich durch ihr systematisches und kontrolliertes Vorgehen aus (ebd., S. 39-42).

Bevor auf das genauere Vorgehen eingegangen wird, ist es wichtig relevante Begriffe zu erläutern: Zentrale Elemente dieses Ansatzes sind sogenannte *Kategorien*, also inhaltliche Ordnungsbegriffe, die bestimmten Textstellen zugewiesen werden (ebd., S. 54-56). Der Prozess des Zuordnens wird *codieren* genannt (ebd., S. 67). Die Kategorien können *deduktiv*, das heißt auf der Grundlage von Theorie, Forschungsstand oder

dem Interviewleitfaden, oder *induktiv*, also aus dem Material zum Beispiel den Transkripten, heraus entwickelt werden (ebd., S. 72, 82). Zudem kann die Kategoriebildung auch als Mischform *deduktiv-induktiv* erfolgen (ebd. S. 102-103). Die Gesamtheit aller Kategorien ergeben das *Kategoriesystem*, welches sowohl übergeordnete *Haupt-* als auch differenziertere *Subkategorien* umfasst (ebd., S. 61-62).

Für die Datenauswertung der vorliegenden Untersuchung wurde die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse gewählt (ebd., S. 104). Abbildung 4 zeigt den Ablauf der Inhaltsanalyse in sieben Phasen. Die Darstellung zeigt den nicht-linearen Charakter der Analyse und verdeutlicht, dass sich die Analysephasen überlappen und die Forschungsfrage den gesamten Prozess prägt (ebd., S. 106-107, 132).

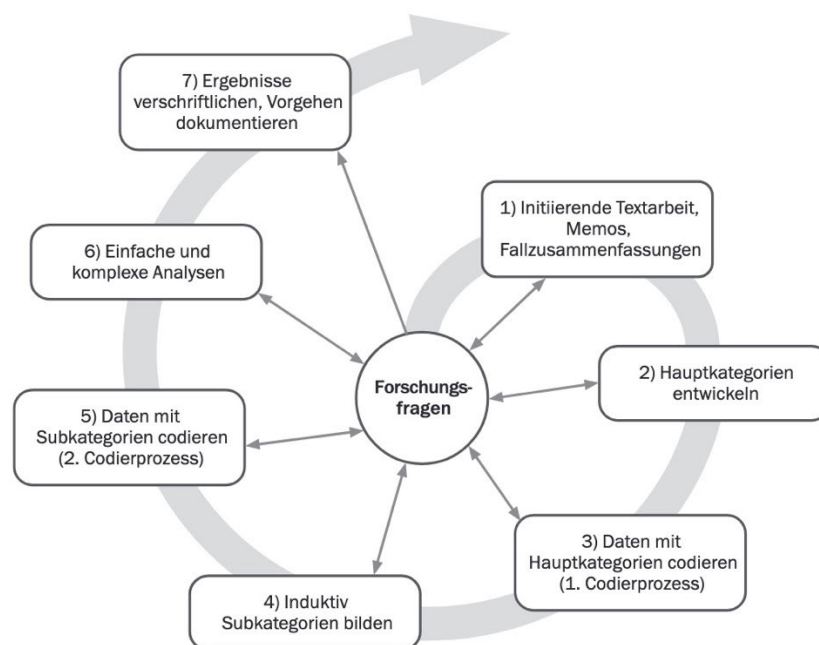


Abbildung 4: Ablaufmodell der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in sieben Phasen (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 132)

Im Folgenden werden die Phasen anhand der vorliegenden Untersuchung erläutert.

Phase 1: Initiierende Textarbeit, Memos, Fallzusammenfassung: In dieser Phase wurden die Transkripte intensiv gelesen und währenddessen relevante Textausschnitte markiert sowie erste Gedanken, wie Auswertungsideen oder Besonderheiten, in Form von Memos festgehalten. Außerdem wurde für jedes Interview eine Fallzusammenfassung in Form von Memos erstellt (ebd., S. 132-133).

Phase 2: Hauptkategorien entwickeln: Die Hauptkategorien wurden deduktiv aus der Forschungsfrage abgeleitet. Es ergaben sich vier Bereiche: Chancen und Herausforderungen für die Gesundheitskompetenz bei Personen mit beziehungsweise ohne digitalen Fähigkeiten. Diese umfassten sowohl digitale als auch nicht-digitale Aspekte. Ziel war es, Unterschiede sichtbar zu machen, um besser zu verstehen, welche Chancen und Herausforderungen sich durch digitale Fähigkeiten für die Gesundheitskompetenz ergeben.

Die Benennung der Hauptkategorien orientierte sich an der Forschungsfrage, in der explizit nach „Chancen und Herausforderungen“ gefragt wurde. Diese Begrifflichkeiten dienten im Codierprozess als strukturelle Hilfe. Es stellte sich später während der Auswertung heraus, dass der Begriff „Chancen“ - insbesondere bei Personen ohne digitale Fähigkeiten - begrifflich zu ungenau war, da die codierten Aussagen nicht immer explizite Chancen, sondern überwiegend Strategien und gewohnte Vorgehensweisen im Umgang mit Gesundheitsinformationen darstellten. Aus Gründen der Konsistenz zum ursprünglich entwickelten Categoriesystem wurden die Kategorien trotzdem beibehalten und nur die Definitionen angepasst. Im Ergebnisteil wurde bewusst auf die Begriffe „Chancen“ und „Herausforderungen“ verzichtet und zunächst die Vorgehensweise und genannten Barrieren dargestellt. Die Diskussion und Interpretation der tatsächlichen Chancen und Herausforderungen folgt später im Diskussionsteil.

Die einzelnen Haupt- und Subkategorien wurden zur Nachvollziehbarkeit und Unterstützung des Codierungsprozesses präzise definiert und in Memos festgehalten (ebd., S. 132-133). Die Definitionen der zentralen Kategorien können im Anhang 5 eingesehen werden.

Phase 3: Daten mit Hauptkategorien codieren : Im ersten Codierdurchlauf wurde das gesamte Material entlang der zuvor entwickelten Hauptkategorien codiert (ebd., S. 134-136).

Phase 4: Induktiv Subkategorien bilden: In Phase 4 werden die Subkategorien gebildet. Dies geschieht in der Regel induktiv (ebd. S. 138). In der vorliegenden Untersuchung wurde ein hierarchisches Categoriesystem erstellt und ein deduktiv-induktives Vorgehen angewendet: Als erste Ebene der Subkategorien wurden den Hauptkategorien jeweils die drei Dimensionen der Gesundheitskompetenz - Finden, Verstehen und Bewerten von Gesundheitsinformationen - untergeordnet, um einen direkten

Bezug zum Forschungsvorhaben herzustellen. In einer weiteren Ebene wurden zusätzliche Subkategorien induktiv aus dem Material heraus entwickelt. Im Anhang 6 bis 9 ist das Categoriesystem in *hierarchischen Code-Modellen* übersichtlich dargestellt. Aufgrund des begrenzten Platzes wurde nicht ein einziges Gesamtmodell abgebildet, sondern für jede der vier Hauptkategorie ein eigenes Modell mit den zugehörigen Subkategorien erstellt.

Phase 5: Daten mit Subkategorien codieren (2. Codierprozess): Im zweiten Codierdurchlauf wurden die zuvor entwickelten Subkategorien den bereits mit den Hauptkategorien versehenen Textstellen genauer zugeordnet. Die Phasen 4 und 5 erfolgten dabei in mehreren Durchläufen (ebd., S. 142).

Als Zwischenschritt vor Phase 6 wurde eine Themenmatrix aus Fällen (befragte Personen) mal Themen (Kategorien) erstellt, welche alle codierten Textstellen enthielt. Anschließend wurden daraus fallbezogene thematische Zusammenfassungen geschrieben. Für jede befragte Person wurde dabei zu den Subkategorien Finden, Verstehen, und Beurteilen jeweils eine kurze Zusammenfassung verfasst, getrennt nach Chancen und Herausforderungen sowie nach digitalen Fähigkeiten. Auf diese Weise entstand ein Überblick darüber, welche Person zu welchen Dimensionen der Gesundheitskompetenz welche Aussagen gemacht hat (ebd., S. 143-147).

Phase 6: Einfache und komplexe Analyse: In dieser Phase wurde die Ergebnisdarstellung vorbereitet. Um die Chancen und Herausforderungen von Personen mit und ohne digitalen Fähigkeiten vergleichbar und übersichtlich abzubilden, wurde zunächst eine tabellarische Fallübersicht erstellt. Grundlage dafür bildeten die zuvor erstellten fallbezogenen thematischen Zusammenfassungen. Diese wurden in eine Tabelle übertragen, bei der die Subkategorien (Finden, Verstehen, Beurteilen) als Spalten und die einzelnen Fälle als Zeilen angeordnet waren. In den Tabellenfeldern wurden die jeweiligen inhaltlichen Zusammenfassungen eingetragen. Dieses Vorgehen ermöglichte eine gute und übersichtliche Grundlage für die Analyse (ebd., S. 150-151). Anschließend erfolgte die detaillierte Auswertung entlang der vier Hauptkategorien (Chancen und Herausforderungen bei Personen mit beziehungsweise ohne digitalen Fähigkeiten). Innerhalb jeder Hauptkategorie wurde jeweils anhand der drei Subkategorien - Finden, Verstehen und Beurteilen - analysiert (ebd., S. 148).

Phase 7: Ergebnisse verschriftlichen: Auf Grundlage der zuvor beschriebenen Analyse wurden die Ergebnisse verschriftlicht.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der durchgeführten Interviews dargestellt. Zunächst werden die Aussagen der Personen mit digitalen Fähigkeiten dargelegt. Der Fokus liegt dabei auf die Vorgehensweise jeweils beim Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen und anschließend werden die dabei genannten Barrieren dargelegt. Im Anschluss folgen die Ergebnisse der Interviews mit Personen ohne digitale Fähigkeiten, ebenfalls differenziert nach Vorgehensweise und Barrieren und den drei Dimensionen.

Da B3 digitale Fähigkeiten zwar besitzt, diese aber bewusst nicht zur Suche nach Gesundheitsinformationen nutzt, finden sich von ihr Aussagen sowohl in den Abschnitten der Personen mit als auch in denen der Personen ohne digitale Fähigkeiten.

6. Ergebnisse

6.1 Vorgehensweise mit digitalen Fähigkeiten

6.1.1 Finden von Gesundheitsinformationen - Vorgehensweise

Im Zusammenhang mit dem Finden von Gesundheitsinformationen greifen zwei Personen mit digitalen Fähigkeiten routinemäßig auf Google zurück und empfinden diesen Zugang als hilfreich.

B2 bezeichnet Google als ihren „größten Helfer“, wenn es um Gesundheitsfragen geht. Sie formuliert Suchbegriffe um, wenn sie mit den ursprünglichen Beschreibungen nicht die erwünschten Informationen erhält. Außerdem erklärt sie, dass sie durch ihre regelmäßige Internetnutzung keine Schwierigkeiten erlebt, gesundheitsrelevante Informationen zu finden:

„Eigentlich funktioniert alles recht gut. Eigentlich finde ich das, wonach ich suche und, und sonst umschreibe ich das, aber eigentlich finde ich immer den Weg und habe bisher eigentlich auch immer meine Antworten gefunden.“ Sie betont: *„(...) Dadurch, dass ich also viel im Netz sowieso unterwegs bin, macht mir das keine Schwierigkeiten das zu finden, was ich wissen möchte.“* (B2)

Auch B5 betont, dass er das Internet als zentrale Ressource bei der Suche nach Gesundheitsinformationen nutzt. Er hebt hervor, dass er zufrieden mit der Entscheidung ist, sich ein Smartphone gekauft und den Umgang damit gelernt zu haben:

„Ja also, dass ich damals mir ein iPhone gekauft habe und das alles gelernt habe, war gut. Ich suche immer in Google und gebe da meine Fragen ein. Das klappt super.“ (B5)

B5 unterstreicht außerdem seine gewonnene Selbstständigkeit durch die Möglichkeit der Internetrecherche. Er schildert, dass er nicht bei jeder Beschwerde sofort ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen oder sich an andere Personen wenden muss, sondern zunächst digitale Informationen nutzt, um einzuschätzen, ob ein Arztbesuch notwendig ist:

„(...) Ich habe keine Lust ständig und immer zum Arzt zu gehen. Nein, nein, ich googel das erstmal allein dann und meist finde ich eine Antwort. Ich brauche nicht sofort zum Arzt oder irgendwen sonst Fragen. Von daher, ich kann dann ja immer noch zum Arzt gehen, wenn was ist. Oder manchmal sagt mir Google auch, oder gibt mir irgendeine Antwort und dann weiß ich, geh mal lieber doch zum Arzt.“ (B5).

Darüber hinaus schildert B5, dass er sich vor Kurzem mithilfe von Google auf einen Arzttermin vorbereitet und sich im Internet im Vorhinein einen Überblick verschafft hat:

„(...) da hatte ich tatsächlich einen, einen Termin hier in der Nähe bei mir für meinen Rücken. Das war super, da habe ich vorher die Tage schon ein bisschen was in Google geschaut was das sein könnte. Da, und da war ich beim Arzt schon ein bisschen aufgeklärt. Also nur so für den Überblick, der Arzt konnte mir dann auch gut helfen.“ (B5)

Während B2 bei der Suche nach Gesundheitsinformation nicht auf bestimmte Webseiten zurückgreift, sondern so lange sucht bis sie „die passende Antwort gefunden“ hat, bevorzugt B5 für ihn bekannte gesundheitsbezogene Webseiten wie die von Krankenkassen oder die Apotheken Umschau:

„(...) also oft finde ich etwas auf den Seiten der AOK oder, wie heißen die, die, die Techniker Krankenkasse. Also wenn mir die vorgeschlagen werden bei Google, klicke

ich darauf. Und sonst, ja, da gibt es ja so viel, ich finde immer irgendwas. Die Apotheken Umschau macht auch viel im Internet.“ (B5).

Auch B3, die ihr Smartphone zwar nicht für die Suche nach Gesundheitsinformationen nutzt, verweist auf eine mögliche Chance der digitalen Nutzung. Sie schaut regelmäßig Fernsehsendungen zur Gesundheitsaufklärung wie „Visite“ oder die „Ernährungs-Docs“ und bewertet diese als positiv. Sie erwähnt, dass solche Inhalte ebenfalls über das Smartphone zugänglich sind:

„(...) es gibt ja ganz viele Filme, Filme, Kurzfilme. Die gibt es oft bei Visite, bei der Sendung Visite, im Fernsehen. Kurzfilme, wo gezeigt wird, wie die Neuronen funktionieren, auf die Ausschüttung von dieses und jenes. Solche Sachen finde ich spannend und die gucke ich mir auch gerne an. Da geht es einfach um Wissensvermittlung und auch um Verständnis zu haben. Auch auf dem Smartphone kann man sich sowas anschauen.“ (B3)

6.1.2 Verstehen von Gesundheitsinformationen - Vorgehensweise

Im Zusammenhang mit dem Verstehen gesundheitsbezogener Informationen schilderten B2, B5 und B3 verschiedene Möglichkeiten, ihre digitalen Fähigkeiten zu nutzen, um Inhalte nachzuvollziehen.

B2 berichtet, dass sie bei unbekannten Begriffen oder unklaren Formulierungen ihre Suche im Internet fortsetzt, bis sie eine Erklärung gefunden hat:

„Und wenn ich ein Wort nicht verstehe, dann gehe ich gleich weiter. Frag das nach und so kriegt man dann die Erklärung.“ (B2) Und weiter erklärt sie: *„Dann guck ich genau diese Ausdrücke nach und gut ist es. Dann wird das klar und das alles über Google letztendlich.“ (B2)*

Auch B5 berichtet eine ähnliche Vorgehensweise. In der Regel kann er „einfache Informationen“ gut verstehen und wenn er auf komplexe Informationen stößt, sucht er nach alternativen Quellen:

„Wenn ich dann merke, das ist mir alles zu kompliziert, dann such ich halt nochmal anders und auf anderen Seiten. Am Ende versteh ich das dann schon.“ (B5)

Hilfreich seien für ihn insbesondere Webseiten mit übersichtlicher Gestaltung sowie Bilder und Videos:

„Ja wie schon erwähnt, leichter ist es natürlich, wenn die Seiten, auf denen ich dann bin, übersichtlich sind und ich mir schnell einen Überblick verschaffen kann.“ (B5) Er ergänzt: *„Oder es gibt auch oft Bilder dazu oder manchmal finde ich Videos, die das gut erklären. So verstehe ich das dann auch.“ (B5)*

B3, die ihre digitalen Fähigkeiten nicht für die Suche nach Gesundheitsinformationen nutzt, erwähnt, dass sie gesundheitsbezogene Fernsehsendungen gut versteht, wenn die Zusammenhänge und Prozesse im Körper in einer verständlichen Sprache erklärt werden. Diese Fernsehsendungen sind wie bereits erwähnt auch über Smartphones abrufbar.

„(...)wenn mir da deutlich gemacht wird, wie reagiert der Körper? Wie sind die Zusammenhänge? (...) wo gezeigt wird, wie die Neuronen, Neuronen funktionieren, auf die Ausschüttung von dieses und jenes (...) Da geht es einfach um Wissensvermittlung und auch um Verständnis (...)“ (B3) Weiter erklärt sie: *„Die haben eine verständliche Sprache, mit Erklärungen und so. Da kann ich gut folgen.“ (B3)*

Darüber hinaus erhält B1 bei Verständnisproblemen Unterstützung von ihrem Sohn, da dieser noch „affiner“ als sie ist.

6.1.3 Beurteilen von Gesundheitsinformationen - Vorgehensweise

Im Zusammenhang mit dem Beurteilen von Gesundheitsinformationen schildern B2 und B5 verschiedene Herangehensweisen, um die Verlässlichkeit digitaler Gesundheitsinformationen zu beurteilen. Die gezielte Wahl auf vertraute Quellen oder das Meiden bestimmter Quellen kann dabei als eine Strategie der Beurteilung verstanden werden.

B2 berichtet, dass sie gezielt auf ihr bekannte Internetseiten zurückgreift. Plattformen wie TikTok schließt sie für sich aus da dort „ja jeder irgendwas erzählen“ kann:

„Ich würde keine Informationen meinetwegen von TikTok oder solchen Seiten mir runterziehen, sondern wenn dann eben wirklich bei Google bleiben oder bei den bekannten und gebräuchlichen Seiten.“ (B2)

Um sich ein Urteil zu bilden, vergleicht B2 verschiedene Quellen:

„Ich versuche dann zu hinterfragen und vielleicht auch noch andere Antworten und Erklärungen zu finden und ziehe daraus mein Resümee.“ (B2)

Auch B5 beschreibt, dass er sich an für ihn vertraute Internetseiten und Informationen, die plausibel klingen orientiert:

„(...) Ich achte dann darauf, ob das eine Seite ist, die ich kenne oder die irgendwie offiziell aussieht. Also wenn da AOK oder Techniker draufsteht, dann denke ich das wird schon passen.“ (B5) Er ergänzt zudem: *„Wenn ich sowas schon mal gehört hab oder wenn das logisch klingt, dann glaub ich das eher.“ (B5)*

B3 antwortet auf die Frage, wieso sie ihr Smartphone nicht für die Suche nach Gesundheitsinformationen nutzt, dass hinter Inhalten aus dem Internet oft kommerzielle Interessen stehen und jede Person dort Informationen veröffentlichen kann:

„Also ich sag immer, also meine Meinung ist: Papier ist geduldig. Man kann viel erzählen und wenn ich hier so im Smartphone, wie meine Freundin das macht, die sitzt morgens und guckt erstmal was gibt es alles im Smartphone und was gibt es, guck mal hier sind neue Pillen für dies und das und der hat das und das. Und da sage ich, also das Ding ist geduldig, da kann man so viel reinschreiben, das muss ich nicht haben. Das glaube ich einfach nicht oder das will ich auch nicht glauben.“ (B3) Zudem betont sie: *„Also ich bin da skeptisch und sage mir: Jeder möchte auf irgendeine Art und Weise Geld verdienen. Und er will mein Geld haben und dafür habe ich ein zu langes Leben hinter mir, dass ich alles, was hier angeboten wird, auch glaube. Nein, der eine sagt, du musst unbedingt zu deinem Essen Ergänzungsmittel haben, du musst diese Vitamine dazu nehmen, du musst und alles, was sie da schreiben, das hört sich wunderbar an und man würde auch sagen: Ja. Und dann steht nachher ganz unten: kostet nur 65€ eine Packung oder so“ (B3)*

Ausgehen von der geschilderten Vorgehensweise beim Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen mit digitalen Fähigkeiten, werden nun die genannten Barrieren aufgezeigt.

6.2 Barrieren mit digitalen Fähigkeiten

6.2.1 Finden von Gesundheitsinformationen – Barrieren

Beim Finden von Gesundheitsinformationen wurden von den Personen mit digitalen Fähigkeiten unterschiedliche Herausforderungen angesprochen.

B2 äußert mögliche Schwierigkeiten anderer Personen. Dabei betont sie die Bedeutung einer klaren Formulierung von Suchbegriffen:

„Ja, das anzuwenden, sich auch selber richtig auszudrücken und nicht so einen Satz einzugeben. Dann werden ja nur Worte rausgepickt. Also man muss es schon richtig formulieren, um auf den Punkt zu kommen.“ (B2) Und weiter erklärt sie: *„Das ist vielleicht bei manchen das Problem, dass da nicht richtig sauber gearbeitet wird. Ja, genau.“* (B2)

B5 berichtet, dass Werbung oder zu kleine Schrift teilweise herausfordernd sind:

„(...) manchmal gibt es bei Google, nein, ich meine auf, auf vielen Internetseiten, viel Werbung. Da muss man dann tausend Sachen wegklicken, und ich habe kaum einen Überblick. Das nervt dann schon.“ (B5) Ergänzend schildert er: *„Oder, manches ist sehr klein geschrieben (...).“* (B5)

6.2.2 Verstehen von Gesundheitsinformationen - Barrieren

Im Zusammenhang mit dem Verstehen von Gesundheitsinformationen nennen B2 und B5 verschiedene Aspekte, die beim Verstehen zu Herausforderungen führen können.

B2 bereiten lateinische Fachausdrücke beim ersten Lesen Schwierigkeiten:

„Manches ist natürlich, da viele lateinische Ausdrücke gebraucht werden, zuerst ein bisschen schwierig.“ (B2)

Auch B5 berichtet, dass fremde Wörter oder komplexe Texte bei ihm zu Verständnisproblemen führen können:

„Wenn da Wörter drinstehen, die ich nicht kenne, oder wenn es so umständlich geschrieben ist, dann komme ich nicht gut mit.“ (B5)

Er nennt außerdem lange Texte und unübersichtliche Seitenstrukturen als erschwerende Faktoren:

„(...) manche Artikel sind so lang, da bin ich nach der Hälfte schon raus. Das ist meinem Kopf dann zu viel. Oder, oder manchmal, wenn alles durcheinander ist oder zu viel auf der Seite los ist, dann weiß ich gar nicht mehr, wo ich lesen soll.“ (B5)

6.2.3 Beurteilen von Gesundheitsinformationen - Barrieren

Im Zusammenhang mit dem Beurteilen der Verlässlichkeit digitaler Gesundheitsinformationen äußern B2, B3 und B5 verschiedene Herausforderungen. Den Befragten fällt es teilweise schwer, Informationen im Hinblick auf ihre Verlässlichkeit einzuschätzen.

B2 beschreibt, dass Sie das Bewerten von digitalen Gesundheitsinformationen teilweise als herausfordernd erlebt, da sie keine medizinischen Fachkenntnisse hat:

„Ja gut, das ist natürlich ein bisschen schwierig, weil man da nicht Fachmann genug ist.“ (B2)

Auf die Frage, woran sie erkenne, ob eine Information vertrauenswürdig ist, antwortet sie, dass sie dies nicht weiß:

„Nein, ehrlich gesagt wüsste ich da irgendwie nichts.“ (B2)

Auch B5 schildert Schwierigkeiten, beim Beurteilen, da ihm nicht immer ersichtlich ist, ob die Informationen von medizinisch geschulten Personen sind:

„(...) oft weiß man halt nicht, ob das von Ärzten kommt oder einfach nur von jemandem, der einem irgendwas erzählen will.“ (B5)

B3 antwortet auf die Frage, woran sie im Internet erkennt, ob eine Gesundheitsinformation vertrauenswürdig ist, dass man dies nicht beurteilen kann und sie auch nicht Internetseiten von Gesundheitseinrichtungen vertrauen würde:

„Ich denke, das ist immer offen, das kann man gar nicht so sagen. Ich kann auch nicht sagen, das ist jetzt eine Seite, die das, was weiß ich das UKE rausgibt oder [Name der Einrichtung], dass das unbedingt glaubwürdig ist.“ (B3)

B3 beschreibt das Vertrauen in digitale Gesundheitsinformationen als ein Risiko, dass sie möglicherweise eingehen würde:

„Vielleicht gehe ich auch das Risiko ein, dass ich sage, ja, das probiere ich jetzt mal. Und dann merke ich, falle ich rein oder falle ich nicht rein. Aber das ist ein kalkuliertes Risiko.“ (B3)

B3 berichtet, dass sie bei ihrer Freundin beobachtet, wie sie regelmäßig Informationen zu Gesundheitsprodukten im Internet abrufen. B3 ist der Meinung, dass ihre Freundin die Inhalte nicht ausreichend hinterfragt und diese zu schnell glaubt:

„Man kann viel erzählen und wenn ich hier so im Smartphone, wie meine Freundin das macht, die sitzt morgens und guckt erstmal was gibt es alles im Smartphone und was gibt es, guck mal hier sind neue Pillen für dies und das und der hat das und das.“ (B3) Weiter berichtet sie: *„(...) ich sehe das bei meiner Freundin (...) die hat Freude daran im Internet das zu sehen und zu sagen: Hier könnte ich das bestellen. Ich sag: Willst du gesund werden oder der Apotheker? Da sehe ich das, wie sie das auch glaubt und ich sage ihr dann immer wieder: Mensch glaube nicht alles, was drinsteht.“ (B3)*

Darüber hinaus berichtet B3, dass manche Personen erfahrungsgemäß Gesundheitsinformationen aus dem Internet oder Fernsehen zu schnell auf sich selbst beziehen. Sie hält es für problematisch, wenn Menschen Symptome deuten und daraufhin selbst eine Diagnose stellen oder Produkte kaufen:

„Ich glaube schon, dass viele denken: Ja, ich habe das doch auch im Hals (...) oder das kribbelt hier, das ist bestimmt irgendwas. Und dann die Personen, die auch noch weiter gehen und schauen, was sagt denn das Smartphone, wie ich das behandeln soll. Davon halte ich nichts.“ (B3)

B5 fällt eine Bewertung schwer, wenn sich Informationen widersprechen:

„Wenn die eine Seite das sagt und die andere was ganz anderes. Wie soll ich das denn dann beurteilen?“ (B5)

Auch B2 hebt die Widersprüchlichkeit von Informationen hervor. Sie erlebt dies bei der Informationslage zur elektronischen Patientenakte und schildert, dass dies bei ihr Unsicherheit auslöst:

„Also das, was einen natürlich im Moment ein bisschen verunsichert, ist diese Patientenakte, ob das nun kommt oder nicht. Diese Informationen darüber sind ja auch widersprüchlich. (...)“ (B2)

B2 äußert zudem die Sorge, dass die große Menge an Gesundheitsinformationen im Internet bei manchen Personen zu Verwirrung führen könnte. Sie berichtet außerdem, dass erfahrungsgemäß Ärzt:innen digitalen Informationen häufig kritisch gegenüberstehen. Vor diesem Hintergrund hält sie es für sinnvoll, vereinzelt lieber eine ärztliche Einschätzung einzuholen:

„Ich habe so ein bisschen Angst, je mehr Informationen verfügbar sind, je verwirrender wird für manche das Gesamtbild meine ich. Sie merken das schon, wenn Sie bei Ärzten sind und sagen: Ich habe aber das und das gelesen bei Google, sagen wir jetzt mal, dann fällt bei denen schon die Klappe herunter, denn die Ärzte sehen das gar nicht gerne, weiß ich aus Erfahrungen. Ja und insofern, je mehr wir darüber lesen, natürlich soll man Grundwissen haben und wenn man spezielle Fragen hat, soll man darauf auch Antworten kriegen, aber ob es nicht manchmal besser ist, dann doch ein persönliches Gespräch mit dem Arzt zu haben, als sich das nur aus dem Internet zu ziehen.“ (B2)

Neben B2 erklärt auch B5, dass er, wenn er unsicher bezüglich der Verlässlichkeit ist, eine Arztpraxis aufsuchen würde:

„Wenn ich wirklich mal nicht weiß und unsicher bin, frag ich einfach meinen Hausarzt und gut ist.“ (B5)

Im Anschluss wird die Vorgehensweise von Personen ohne digitale Fähigkeiten beim Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen dargestellt.

6.3 Vorgehensweise ohne digitale Fähigkeiten

6.3.1 Finden von Gesundheitsinformationen - Vorgehensweise

Die befragten Personen, die keine digitalen Fähigkeiten besitzen (B1, B4) oder diese nicht für die Suche nach Gesundheitsinformationen nutzen (B3) erhalten ihre Informationen aus unterschiedlichen Quellen. Hierzu zählt beispielsweise die Familie, Ärzt:innen, Zeitungen sowie gesundheitsbezogene Fernsehsendungen.

B1 erzählt, dass sie bei Fragen zu ihrer Gesundheit meist ihre Tochter oder Enkeltochter fragt:

„Ja, da würde ich sagen, wenn ich irgendwelche Fragen habe, dann frag ich entweder die Tochter oder die Enkeltochter.“ (B1)

Wenn B1 für Terminvereinbarungen die Kontaktdaten von Ärzt:innen benötigt, kann sie diese in der lokalen Zeitung nachschlagen:

„Ja ansonsten, wenn man jetzt so Arzttermine und so weiter haben möchte, gucke ich samstags in unsere Zeitung, die wir alle hier im Ort kriegen, und dort stehen dann auch die Rufnummern drin, dass man jemand anrufen kann, wenn was ist. Das klappt gut.“ (B1)

Bei Ärzt:innen schätzt B1 besonders, wenn die zwischenmenschliche Ebene stimmt und sich die Person Zeit für sie nimmt:

„Ja, das ist ja auch eine Vertrauenssache und wenn man jemandem gegenüber sitzt und die Chemie stimmt, wissen Sie, dann kann man auch fragen und vertraut dann auch. Da hat man auch das Gefühl, dass er sich Zeit nimmt.“ (B1)

Auch B4 nennt als Informationsquelle ihre:n Hausärzt:in oder wendet sich ebenfalls bei Bedarf an ihre Familie. Darüber hinaus fährt sie zur Apotheke und klärt vor Ort ihre Fragen

„Ja, meist bekomme ich Infos von meinem Hausarzt. (...) und dann frag ich dann schon mal meine Tochter“ (B4) Sie ergänzt: *„Apotheke fällt mir noch ein, da fahr ich auch mal hin, wenn ich Fragen habe und die sind auch ganz nett.“ (B4)*

Außerdem liest B4 die Apotheken-Zeitschrift

„Ja, also die Apotheker-Zeitschrift, Die gucke ich mir gerne an und die lese ich auch.“ (B4)

B3 war beruflich als Hebamme und Krankenschwester tätig. In Bezug auf ihre Gesundheit verlässt sie sich in erste Linie auf ihr eigenes Körpergefühl, sowie ihr erlerntes Wissen oder sucht ärztliche Hilfe auf:

„Also ich warte erst mal ab, weil ich, also ich war lange Zeit in Afrika und habe da in der Funktion, in der Funktion eines Arztes gearbeitet. Also ich habe die Leute angeguckt, habe gefragt, habe die Diagnose gestellt und die Behandlung verordnet. Nein und so mache ich das auch mit mir. Was tut dir weh? Wie tut es weh? Was hast du gestern gemacht? Woher kommt es? Die, die Rückenschmerzen, ist das jetzt

Muskelkater oder hast du schwer gehoben? Hast du dich irgendwie verhoben? Da gucke ich schon selbst, was tut mir weh? Und wenn es dann, wenn ich nicht auf den Punkt komme, was es ist, dann gehe ich schon zum Arzt und frage ihn.“ (B3)

B3 berichtet, dass dieser Weg gut für sie funktioniert:

„Wissen Sie, es funktioniert gut. Ich kann mich gut auf mich selbst verlassen und wenn ich etwas nicht weiß, dann hat der Arzt eine Antwort.“ (B3)

Obwohl B3 bewusst ihr Smartphone und damit auch nicht ihre digitalen Fähigkeiten zur Suche nach Gesundheitsinformationen nutzt, schaut sie Fernsehsendungen zu Gesundheitsthemen:

„Also, die Gesundheitsinformationen, die gegeben werden, auch im Fernsehen, es gibt da ja auch, die Ernährungs-Docs, es gibt die Gesundheits-Docs, es gibt die Sport-Docs, es gibt ja jede Menge (...)“ (B3)

6.3.2 Verstehen von Gesundheitsinformationen - Vorgehensweise

Die Befragten Personen, die keine digitalen Fähigkeiten besitzen oder nutzen (B1, B4 und B3) berichten, dass sie Gesundheitsinformationen insbesondere in persönlichen Gesprächen mit Fachleuten und der Familie gut verstehen. Teilweise wird hier der Vorteil genannt, bei Verständnisproblemen direkt nachfragen zu können.

B1 versteht die Gesundheitsinformationen, die sie von Ärzt:innen erhält, meist gut und bei Unklarheiten kann sie nachhaken

„Ja, von Ärzten meistens gut und wissen Sie, wenn mal nicht, habe ich die Möglichkeit nachzufragen, genau wie bei meiner Familie. (...) (B1)

Bei ihrer Familie kann B1 ebenfalls nachfragen und diese recherchiert für sie im Internet, bis sie etwas Zutreffendes gefunden haben

„Und bei meiner Tochter, ja die frage ich auch, die guckt dann auf ihrem Handy und dann verstehen wir das irgendwie. Irgendwie geht das immer.“ (B1)

Auch B4 betont auf die Frage, ob sie Schwierigkeiten erlebt, dass sie bei Ärzt:innen die Möglichkeit hat, Rückfragen zu stellen:

„Nein, eigentlich nicht und wenn, dann kann ich ja nachfragen.“ (B3)

B4 berichtet, dass sie eine Apothekerin gut versteht:

„Also ich habe eine ganz nette Apothekerin, die erklärt das wirklich toll und da bei ihr, da verstehe ich alles.“ (B4)

Den persönlichen Kontakt hebt B4 außerdem bei Hausärzt:innen hervor. Auch bei Unklarheiten kann er es ihr verständlich vermitteln:

„Ja ich gehe meist zu meinem Hausarzt, der kennt mich schon und bei dem verstehe ich, was er so sagt. Er erklärt es mir gut, auch wenn ich mal etwas nicht verstehe.“ (B4)

B4 versteht außerdem die Apotheken-Zeitschrift gut, da das Format verständlich aufbereitet ist:

„Ja, also die Apotheken-Zeitschrift, die gucke ich mir gerne an und die lese ich auch. Da ist die Schrift auch recht groß und es ist alles übersichtlich. (...)“ (B4)

Als weiteres Format in Bezug auf das Verstehen von Gesundheitsinformationen nennt B3 die Fernsehsendungen zur Gesundheitsaufklärung. Dieser Aspekt wurde bereits in dem Kapitel zu den Chancen beim Verstehen von Gesundheitsinformationen bei Personen mit digitalen Fähigkeiten genannt, wird aber hier nochmal aufgeführt, da diese auch über den Fernseher und somit ohne digitale Fähigkeiten angeschaut werden können. B3 betont, dass diese durch eine „verständliche Sprache mit Erklärungen“ von beispielsweise Prozessen im Körper gut nachvollziehbar sind.

6.3.3 Beurteilen von Gesundheitsinformationen - Vorgehensweise

Um die Verlässlichkeit von Gesundheitsinformationen zu beurteilen, verlassen sich die befragten Personen, die keine digitalen Fähigkeiten für Gesundheitsinformationen nutzen, vor allem auf Quellen, denen sie vertrauen, wie beispielsweise Ärzt:innen oder ihre Familie. Außerdem vermeiden sie Informationsquellen, denen sie misstrauen. Die gezielte Wahl oder das gezielte Vermeiden von bestimmten Quellen kann dabei als eine Strategie der Beurteilung verstanden werden. Außerdem wird die Verlässlichkeit von einer Person anhand von Kriterien selbst beurteilt.

B3 entscheidet sich, wie bereits erläutert, bewusst dagegen ihre digitalen Fähigkeiten für Gesundheitsinformationen zu nutzen da sie den Informationen im Internet misstraut. Sie verlässt sich auf ihre Kenntnisse, ihr Körpergefühl und ihren Arzt:

„Ja auf jeden Fall. Da, ich höre da lieber auch mich oder meinen Arzt, uns vertraue ich da mehr.“ (B3)

Auch B1 verlässt sich im Allgemeinen auf Ärzt:innen da diese medizinisch ausgebildet sind und betont, dass sie ihrem Hausarzt vertraut, da das persönliche Verhältnis stimmt:

„Den, den vertraue ich schon, die haben das ja studiert hoffentlich. Das ist schon gut so, oder?“ (B1) Weiter erklärt sie: *„Ja, naja das ist ja auch eine Vertrauenssache. Wir mussten uns ja neue Ärzte suchen, also damals und wenn man jemandem gegenüber sitzt und die Chemie stimmt, wissen Sie, dann kann man auch fragen und vertraut dann auch. Da hat man auch das Gefühl, dass er sich Zeit nimmt.“ (B1)*

Auf die Frage, welche Formate oder Themen B1 als besonders verlässlich bewertet, nennt sie ihre Familie und betont in diesem Zusammenhang, dass diese gut mit dem Smartphone umgehen können:

„Ja also, wenn dann von meiner Tochter oder Enkeln. Aber wo die das alles herholen, das weiß ich nicht. Die kennen sich da schon besser aus, vor allem meine Enkeltochter und von daher, wenn ich fragen habe, frage ich sie schon.“ (B1) Sie ergänzt außerdem: *„Die gehen schon gut mit ihrem Handy um.“ (B1)*

Neben der bewussten Wahl auf vertraute Quellen, beurteilen die Befragten andere Quellen gezielt als unverlässlich. Alle drei befragten schildern, dass sie besonders skeptisch sind, wenn hinter den Informationen möglicherweise kommerzielle Interessen stecken.

So beurteilt B3 Informationen mit Verkaufsabsichten kritisch:

„Ich bin Immer skeptisch, wo es darum geht, Sachen zu verkaufen.“ (B3)

In diesem Zuge berichtet B3, dass hinter den Informationen in der Apotheken-Zeitschrift oft Verkaufsinteressen stehen, und vergleicht diese mit der Zeitschrift Bravo:

„Die Bravo, die Apothekenzeitung, ist die Bravo für die Senioren. Nein und was da alles angeboten wird oder verkauft wird oder auch mitgeteilt wird, das ist wie die Bravo meiner Jugend.“ (B3)

Auch B1 äußert, neben Google, ebenfalls Skepsis gegenüber Gesundheitsinformation aus Zeitungen und schenkt nicht allen Inhalten Glauben:

„Also ich würde sagen, ich zweifle ziemlich viel. Also alles, was in Google, oder, oder auch in der Zeitung drin steht glaube ich auf keinen Fall. Also, nein weiß ich nicht. Ich bin so ein bisschen skeptisch manchmal. Nein, also alles, was drin steht glaube ich bestimmt nicht. Bevor ich irgendwie was machen würde, in irgendwelcher Hinsicht, würde ich immer nachfragen.“ (B1)

B4 berichtet außerdem, dass sie die Informationen aus der Werbung im Fernsehen und aus der Zeitung als nicht vertrauenswürdig beurteilt, da dort der Verkauf im Vordergrund steht und die Informationen nicht von medizinischen Fachpersonal stammen:

„Ja, ja, also ich weiß ja so, wenn ich jetzt Fernsehen gucke und dann kommt da so viel Werbung und da bin ich schon sehr skeptisch. Also da kommt eine Werbung dann von irgendeiner Salbe, wo ich dann denke, die verdienen so viel Geld damit und wer weiß, ob das richtig ist. Das sind ja keine Ärzte, die da die Werbung machen.“ (B4)

B4 erklärt außerdem, wie sie selbst beurteilt, ob eine Gesundheitsinformation in Zeitungen verlässlich ist. Sie achtet darauf, wer die Inhalte verfasst hat und ob es Hinweise auf kommerzielle Interessen gibt:

„Ja, also wenn jetzt mal in einer Zeitung da so eine riesige Werbung von, von irgendeiner Tablette oder so ist. Da gucke ich dann schon, ob da dann irgendwas klein geschrieben ist, irgendein Preis meine ich. Oder wenn da auch gar kein Doktor oder so draufsteht, dann misstraue ich da. Dann glaube ich einfach auch, dass das einfach irgendwer geschrieben hat und mir sonst was erzählen will. Aber wenn da steht, irgendwie ein Verfasser ist irgendwie ein Professor oder irgendwie eine Gesundheitseinrichtung. Ja das, das glaub ich dann schon und vertraue dem.“ (B4)

Im Anschluss werden die von den Personen ohne digitale Fähigkeiten genannten Barrieren beim Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen dargestellt.

6.4 Barrieren ohne digitale Fähigkeiten

6.4.1 Finden von Gesundheitsinformationen - Barrieren

Die befragten Personen ohne digitale Fähigkeiten (B1 und B4) berichten von verschiedenen Herausforderungen, wenn sie Gesundheitsinformationen benötigen. Hierzu zählen unter anderem der lange Fahrtweg, Wartezeit, fehlender Internetzugang sowie wenig verfügbare gedruckte Informationsquellen.

Besonders der lange Fahrtweg bis zur Arztpraxis oder zur Apotheke betonen beide. B1 wohnt in einer ländlichen Gegend, besitzt kein Auto und beschreibt, dass man so „ganz schön aufgeschmissen“ ist. Sie ist auf ihre Familie angewiesen, um zu Ärzt:innen zu gelangen:

„Ja und wissen Sie und das Schlimme ist ja, ich habe kein Auto. Mein Mann ist 10 Jahre kein Auto gefahren, mein Mann ist vor einem Jahr verstorben und ich fahr eigentlich mit meiner Schwester oder mit der Enkelin dann zum Arzt.“ (B1).

Auch B4 wohnt ebenfalls in einer ländlichen Gegend und fährt aufgrund ihrer beeinträchtigten Augen nicht mehr mit dem Auto. Um zu Arztpraxen oder Apotheken zu gelangen, muss sie eine längere Busfahrt zurücklegen. Sie beschreibt dies als „anstrengend“. Am Wochenende hat sie nicht die Möglichkeit mit dem Bus eine Arztpraxis oder Apotheke aufzusuchen. Dann hofft sie, dass ihre Tochter ihr helfen kann. Zudem äußert B4 die Sorge, dass die langen Fahrtwege in Zukunft aufgrund ihres Alters eine noch größere Herausforderung darstellen werden:

Ich fahr ja kein Auto mehr, kann ich ja nicht mehr, wegen den Augen und ja und dann muss ich mit dem Bus hin und dann muss ich paar Örter weiter und dann muss ich zweimal umsteigen. Wissen Sie, da bin ich, also mit dem Auto fährt man vielleicht eine viertel Stunde, ich bin fast eine Stunde unterwegs, das ist natürlich anstrengend. Das überlege ich mir natürlich dann auch. (...) Und dann muss ich ja wieder zurück und dann fahren die nicht so oft nur einmal pro Stunde. Wenn ich dann zu Hause bin, ich bin fix und fertig. Am Wochenende, wenn ich da mal irgendwas habe, am Wochenende fährt gar kein Bus. Also das ist dann gar nicht möglich für mich. Dann frag ich meine Tochter in der Hoffnung, dass sie mir helfen kann. Wissen Sie, jetzt ist das noch machbar, aber später, wenn ich nicht mehr so fit bin, ist das schon schwierig. (B4)

Auch wenn B4 und B1 von ihrer Familie bei Gesundheitsfragen Unterstützung erfahren, kann es dabei zu Herausforderungen kommen. So beschreibt B4, dass ihre Familie sehr beschäftigt ist und sie keine zusätzliche Belastung darstellen möchte:

„(...) meine Kinder, die sind auch, die sind so eingespannt und meine Enkelkinder auch, da kann ich nicht mal eben fragen, morgens vormittags um 11, könnt ihr mich mal dahinfahren, das will ich dann auch nicht fragen.“ (B4) Weiter erklärt sie:
„(...)Und ja, mein Sohn, ja der vergisst das, der schiebt das dann immer auf. Ja Mutti mach ich gleich, ja und dann vergisst er das doch wieder, aber ich bin ihm auch nicht böse. Wissen Sie und bei denen geht das schnell. Aber trotzdem ist das manchmal unangenehm. Ich möchte denen immer keine Arbeit machen.“ (B4)

Auch B1 ist zwar dankbar für die Unterstützung der Familie, erlebt jedoch Grenzen. Sie berichtet, dass sie aufgrund fehlenden Internetzugangs, bei gesundheitsbezogenen Fragen von ihrer Familie abhängig ist. Da die Familie arbeitet, kann sie ihre Fragen nicht direkt klären, sondern erst wenn die Familie von der Arbeit zurück ist:

„Ja, ich würde sagen, dadurch, weil ich ja nun auch kein Internet oder Ähnliches habe, dauert das alles ein bisschen länger. Ich muss auch warten, bis jemand zu Hause ist“ (B1) Auf Nachfrage erklärt sie weiter: „Naja, da ich ja bei Fragen auf meine Familie angewiesen bin und die ja nun auch arbeiten, muss ich warten, bis jemand zu Hause und erreichbar ist.“ (B1)

Auch B4 erzählt von Wartezeiten bis sie Informationen erhält. Diese erlebt sie im Wartezimmer in Arztpraxen oder in der Apotheke:

„(...)Wissen Sie, dann muss ich da meist noch warten beim Arzt oder bei der Apotheke ist es auch immer voll.“ (B4)

Weitere Herausforderungen beschreiben B1 und B4 aufgrund von Fachkräftemangel in Arztpraxen. B1 beschreibt, dass sie zwar hausärztlich gut versorgt ist, jedoch viele Ärzt:innen in Rente gegangen sind und wenige neue Ärzt:innen nachkommen - insbesondere in ländlichen Gegenden. Die Arztpraxen sind überfüllt und es ist schwierig einen Termin zu bekommen:

„(...)Mein Schmerzarzt, den wir hatten, der war wahrscheinlich zu gut, dass er so viele Patienten hatte. Der ist dann von alleine aus dem Klinikum gegangen. Also ich sage auch, wissen Sie, die besten Ärzte, jetzt haben wir wieder keine. Keiner nimmt einen

ja nachher mehr. Die sind ja alle voll, die sind alle belegt. Sind ja auch viele in Rente gegangen, kommt keiner nach und auf dem Land will ja keiner.“ (B1)

Die befragten Personen, die keine digitalen Fähigkeiten besitzen berichten außerdem, dass es an manchen Stellen an analogen Gesundheitsinformationen mangelt. B1 erwähnt, dass in der Zeitung zwar Informationen zu gesundheitlichen Themen zu finden sind „aber nicht viel“. B4 erzählt, dass es immer weniger Telefonbücher gibt und die Inhalte oft nicht aktuell sind. Dies führt zu Schwierigkeiten, wenn sie Telefonnummern von Ärzt:innen benötigt. Sie fühlt sich dadurch benachteiligt und wünscht sich in diesem Aspekt mehr Selbstständigkeit:

„Ja, früher habe ich immer in Telefonbüchern gesucht. Aber ja, die gibt es nicht mehr so viel wie früher, das wird immer weniger. Damals, als es diese Geräte alle nicht gab, hatten wir alle immer Telefonbücher. Aber, aber heute, wird das hier nicht mehr viel genutzt und die sind oft nicht aktuell. Auch viele wollen das einfach nicht mehr. Ich habe noch eins, aber das ist auch schon paar Jahre alt.“ (B4) Sie schildert weiter: *„(...) aber ich habe das Gefühl wir, wir Alten wir werden hier wirklich, wir werden hier vergessen, das ist echt schlimm ja. Wo ich das Ihnen ja jetzt das erzähle, also ich finde das auch ungerecht. Ich würde das gerne selbst in die Hand nehmen.“ (B4)*

Im Zusammenhang mit dem Finden von Gesundheitsinformationen berichtet B1 über starke emotionale Belastung durch Berichterstattung im Fernsehen während der Corona-Pandemie. Obwohl sie keine digitalen Fähigkeiten besitzt, wurde sie im Fernsehen kontinuierlich mit Gesundheitsinformationen konfrontiert, wodurch sie große Ängste entwickelte und ihr Essverhalten darunter litt. Sie entschied sich irgendwann bewusst dazu, den Fernseher nicht mehr anzuschalten:

„Also ich würde sagen, ich sag mal ganz ehrlich, ich spreche das jetzt einfach mal mit diesen 2 Jahren Corona an. Wissen Sie, ich muss dazu sagen, ich habe irgendwann einfach kein Fernseher mehr angehabt. Ich konnte das nicht mehr hören, ich hatte so eine Angst davor. Ja, also, dass ich wirklich manche Tage nicht mal richtig essen konnte und so weiter. Also ich befasse mich dann damit dermaßen, dass ich dann auch wirklich Angstzustände kriege (...)“ (B1) Sie betont weiter: *„Ich fand das schon schlimm und nicht in Ordnung. Also die haben uns ja wirklich und ich habe lange durchgehalten und mich nicht geimpft, und fast bis zum Schluss. Ich hatte nämlich dann irgendwann Angst. Ich sagte dann noch zu meinem Mann, als er noch gelebt hat,*

ich sagte: Weißt du, wenn das so weitergeht und wir werden krank, die lassen uns auf dem Gang liegen im Krankenhaus, weil wir nicht beide geimpft sind, man weiß nie, wie das alles gekommen wäre.“ (B1) Außerdem erklärt sie: „Naja, wissen Sie, die haben ja über nichts anderes mehr berichtet. Die haben so dermaßen viel darüber berichtet, dass das einfach nur Panik in einem auslöst. Und wer weiß, ob da dann auch alles so richtig war, vielleicht auch manches Geldmacherei oder Unwahrheiten.“ (B1)

6.4.2 Verstehen von Gesundheitsinformationen - Barrieren

In Bezug auf das Verstehen von Gesundheitsinformationen äußern B1 und B4 insbesondere Herausforderungen bei gedruckten Medien.

B1 bezeichnet sich in diesem Gebiet als fachfremde Person und erlebt das Verstehen von Gesundheitsinformationen in Zeitungen aufgrund von lateinischen Begriffen als herausfordernd. Bei Verständnisproblemen wendet sie sich an ihre Familie:

„Nein, also richtig verstehen tut man das manchmal nicht, wenn die dann ihre lateinischen Wörter nehmen, wissen Sie.“ (B1) Sie ergänzt: „Als Laie kann ich damit oft nichts anfangen und dann frag ich doch lieber die Kinder.“ (B1)

Als B1 erzählt, dass sie bei Unklarheiten bei Ärzt:innen oder ihrer Familie nachfragen kann, betont sie, dass dies bei Zeitungen nicht möglich ist:

„(...) das geht bei der Zeitung nicht.“ (B1)

B4 berichtet ebenfalls von Verständnisproblemen beim Lesen von Zeitungen. Sie führt hier die Zeitschriften in Arztpraxen auf, welche sie als zu komplex erlebt insbesondere aufgrund von englischen und lateinischen Begriffen:

„(...)ich habe das Gefühl, dass viele Zeitungen, zum Beispiel die die im Warteraum beim Arzt liegen, dass das oft so kompliziert geworden ist, alle so teilweise mit Englisch und dann lateinische Wörter.“ (B4)

B4 berichtet außerdem, dass sie manchmal Schwierigkeiten hat, Fachärzt:innen zu folgen und sich das Gespräch zu merken, vor allem dann, wenn zu schnell oder zu leise gesprochen wird. Auch an dieser Stelle macht B4 deutlich, dass ihr eine persönliche Beziehung wichtig ist:

„Ja und bei den Ärzten, das ist mir manchmal zu unpersönlich. Die reden dann so schnell. Dann vergesse ich nachzufragen oder, wie, ich habe die Hälfte vergessen, wenn ich draußen bin. Also das geht schon, aber ich höre eben schlecht und bin nicht mehr so schnell im Kopf.“ (B4)

6.4.3 Beurteilen von Gesundheitsinformationen - Barrieren

Bei der Beurteilung der Verlässlichkeit von Gesundheitsinformationen berichtet B1 von Herausforderungen.

Sie erklärt, dass sie die Richtigkeit der Informationen in Zeitungen nicht immer einschätzen kann und dies bei ihr Unsicherheiten auslöst:

„ (...) Wissen Sie, wenn man etwas in der Zeitung liest, da weiß man auch nicht immer, ob das alles so der Wahrheit entspricht. Da bin ich mir oft unsicher und dann frag ich doch nochmal lieber bei den Kindern nach.“ (B1)

Außerdem erwähnt B1, dass sie nicht nachvollziehen kann, woher ihre Familie die Gesundheitsinformationen für sie konkret aus dem Internet erhält:

„ (...) also, wenn dann von meiner Tochter oder Enkeln. Aber wo die das alles herholen, das weiß ich nicht. (...)“ (B1)

B3 weist darauf hin, dass in der Apotheken-Zeitschrift oft Gesundheitsinformationen angeboten werden, bei denen aus ihrer Sicht weniger darauf eingegangen wird, woher die Beschwerden kommen, was man selbst tun kann und wie die Ursachen behoben werden können:

„ (...) ja, das ist so, dieses, so eine Art Wissensvermittlung, die ich nicht gut finde. Ja, das ist so, nehmen Sie, nehmen Sie diese Medikamente und dann geht's Ihnen gut. Statt zu sagen: Bewegen Sie sich, laufen Sie. Die sagen lieber: Nehmen Sie dieses Pflaster, dann ist der Schmerz im Rücken weg. Ja dann frag ich mich: Warum hast du eigentlich den Schmerz im Rücken gekriegt? Was ist die Ursache? Das ist immer nur diese Dämpfung von den Symptomen über die Tablette, aber die Ursache wird eben nicht bekämpft.“ (B3)

Im Folgenden wird die vorliegende Untersuchung diskutiert. Dazu werden zunächst die Ergebnisse interpretiert, diskutiert und die Forschungsfrage beantwortet. Im

Anschluss folgen eine Diskussion sowie Reflexion des methodischen Vorgehens, gefolgt von Implikationen für die Praxis und Forschung. Abgeschlossen wird die Arbeit mit einem Fazit.

7 Diskussion

7.1 Interpretation der Ergebnisse

Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden die Aussagen von Personen mit und ohne digitalen Fähigkeiten analysiert und interpretiert, in Bezug zum theoretischen Hintergrund diskutiert sowie mit den aktuellen Forschungsergebnissen verglichen. Neben explizit genannten Chancen und Herausforderungen ergaben sich dabei auch indirekte Hinweise: So lassen sich aus den Barrieren der Personen ohne digitale Fähigkeiten mögliche Chancen für Personen mit digitalen Fähigkeiten ableiten - und umgekehrt auch Herausforderungen, wenn man die Vorgehensweise von Personen ohne digitale Fähigkeiten betrachtet.

Zunächst werden die Chancen und im Anschluss die Herausforderungen jeweils beim Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen diskutiert. Die Chancen sollten nicht alleinstehend, sondern unter Berücksichtigungen der Herausforderungen betrachtet werden. Dennoch werden die Ergebnisse getrennt voneinander diskutiert, um die Forschungsfrage sauber zu beantworten.

7.1.1 Chancen digitaler Fähigkeiten für die Gesundheitskompetenz von Senior:innen

Digitale Fähigkeiten können für Senior:innen viele Chancen für die Gesundheitskompetenz ergeben - insbesondere durch den leichteren Zugang zu einer großen Menge an Gesundheitsinformationen im Internet. Die Vielfalt und Verfügbarkeit von digitalen Gesundheitsinformationen können es älteren Menschen ermöglichen, sich unabhängig und zeitnah zu ihrer Gesundheit zu informieren, diese zu verstehen und zu beurteilen.

Im Folgenden werden die Chancen beim Finden, die sich durch digitale Fähigkeiten für die Gesundheitskompetenz von Senior:innen ergeben, dargestellt, diskutiert und interpretiert.

7.1.1.2 Chancen beim Finden von Gesundheitsinformationen

Beim Finden von Gesundheitsinformationen zeigen sich für Personen mit digitalen Fähigkeiten verschiedene Chancen. Insbesondere durch die großen Mengen an Informationen, die im Internet zur Verfügung stehen und unabhängig von medizinischen Fachpersonal oder Familie zu finden sind.

Zwei befragte Personen mit digitalen Fähigkeiten berichteten, dass sie in erster Linie Google nutzen, um Gesundheitsinformationen zu erhalten. Dabei können sie auf bekannte gesundheitsbezogene Webseiten, wie die von Krankenkassen, zurückgreifen. Eine befragte Person hob hervor, dass sie insgesamt dabei keine Schwierigkeiten erlebt und durch Variieren der Suchbegriffe und das Besuchen unterschiedlicher Internetseiten, die gewünschten Informationen finden kann. Dadurch können digitale Fähigkeiten eine zielgenaue und individuelle Informationsbeschaffung ermöglichen.

Des Weiteren können die vielfältigen Informationen im Internet zu mehr Selbstständigkeit bei der Informationssuche verhelfen. Eine Person mit digitalen Fähigkeiten betonte dies und erklärte, dass sie sich im Internet bei gesundheitlichen Problemen zunächst eigenständig online informiert und so nur bei Bedarf eine Arztpraxis aufsuchen muss. Darüber hinaus berichtete die Person, dass sie sich durch Internetrecherche auf einen Arzttermin vorbereitet hat. Digitale Fähigkeiten können somit zum einen den selbstbestimmten Umgang und zum anderen die aktive Beteiligung an der eigenen Gesundheit fördern.

Demgegenüber schilderten zwei Personen ohne digitale Fähigkeiten, dass sie Informationen aus gedruckten Medien erhalten, diese jedoch nur einen kleinen Umfang an gesundheitsbezogenen Informationen bieten. Zudem erhalten die beiden befragten Personen ohne digitale Fähigkeiten Informationen durch Ärzt:innen, Apotheken oder ihre Familie. Beide wohnen im ländlichen Raum, fahren selbst kein Auto und sind auf Unterstützung durch Angehörige angewiesen, um Ärzt:innen oder Apotheken aufzusuchen. Eine der befragten Person ohne digitale Fähigkeiten kann zusätzlich unter der Woche mit dem Bus fahren, berichtete jedoch von langer Fahrtzeit und außerdem längere Wartezeiten in Arztpraxen oder Apotheken. Sie äußerte Sorgen darüber, ob dies im höheren Alter gesundheitlich noch bewältigbar ist. Die andere Person berichtete, dass sie sich bei Fragen an ihre Familie wendet, jedoch oft auf eine Antwort warten müsse, da diese beruflich eingespannt ist.

Durch die unterschiedlichen Aussagen der Personen mit und ohne digitalen Fähigkeiten lässt sich schließen, dass durch digitale Fähigkeiten das Finden beziehungsweise der Zugang zu Gesundheitsinformationen erleichtert werden kann. Im Internet gibt es eine Vielzahl an gesundheitsbezogenen Informationen und die Abhängigkeit von Familie und Ärzt:innen, sowie die Wartezeit, um Informationen zu erhalten, kann reduziert werden. Gerade im höheren Alter, fehlender Fahrmöglichkeiten und eingeschränkter Gesundheit kann der selbständige Zugriff auf digitale Informationen zu mehr Autonomie und Selbstbestimmung beitragen.

Im Sinne des Gesundheitskompetenzmodells von Sørensen et al. (2012, S. 8-9) zeigt sich hier, dass digitale Fähigkeiten die Dimension des Findens von Gesundheitsinformationen stärken können. Durch das Finden von Gesundheitsinformationen wird der Einstieg in den Kompetenzkreislauf des Modells ermöglicht. Zudem werden bereits durch die Fähigkeiten, Gesundheitsinformationen eigenständig zu finden, die in dem Modell beschriebenen positiven Folgen erkennbar: Durch die Möglichkeit Gesundheitsinformationen selbstständig zu finden und dadurch weniger abhängig zu sein, kann die Partizipation und die Selbstermächtigung (Empowerment) gefördert werden. Es kann Senior:innen dabei unterstützen, sich aktiv und eigenständig an ihrer Gesundheit zu beteiligen.

Zudem lassen sich diese Chancen auch im Kontext der von der WHO beschriebenen Infodemie einordnen. Zwar bringt diese Herausforderungen mit sich, jedoch können durch die Verbreitung zahlreicher Gesundheitsinformationen bestehende Informationslücken geschlossen und der Zugang erweitert werden (WHO, o.D.).

7.1.1.2 Chancen beim Verstehen von Gesundheitsinformationen

Beim Verstehen von Gesundheitsinformationen zeigen sich ebenfalls Chancen aufgrund der vielfältigen Informationen, die im Internet zur Verfügung stehen.

Zwei der befragten Personen mit digitalen Fähigkeiten berichteten, dass sie bei Verständnisproblemen, andere Internetseiten aufrufen, bis sie verständliche Informationen gefunden haben. Außerdem erklärte eine Person, dass sie Fremdwörter oder lateinische Begriffe selbstständig online nachschlägt und sich so die Bedeutung erschließt. Zudem wurde berichtet, dass Fotos und Videos im Internet beim Verständnis helfen.

Eine Person schilderte, dass sie gesundheitsbezogene Fernsehsendungen gut versteht. Sie erklärte, dass die Sprache dort verständlich ist und Zusammenhänge, wie die Prozesse im Körper, gut erklärt werden. Sie betonte, dass die Sendungen auch auf dem Smartphone aufrufbar sind. Diese sind zwar auch für Personen ohne digitale Fähigkeiten im Fernsehen zugänglich, jedoch ist der Vorteil für Personen mit digitalen Fähigkeiten der, dass sie diese zeit- und ortsunabhängig in online Mediatheken auf dem Smartphone anschauen können.

Personen ohne digitale Fähigkeiten berichteten, dass sie lateinische und englische Begriffe in gedruckten Medien oft nicht verstehen. Zudem schilderte eine der Personen, dass sie die Gesundheitsinformationen in Zeitungen teilweise als zu kompliziert erlebt.

Diese Aussagen verdeutlichen, dass digitale Informationen eine größere Vielzahl und Vielfalt an Gesundheitsinformationen und Darstellungsformen bieten können - neben vielfältigen Texten auch Fotos und Videos. Durch digitale Fähigkeiten kann aus einer Vielzahl an Quellen und Erklärungen ausgewählt, und bei Bedarf können Begriffe nachgeschlagen werden. Im Vergleich dazu bieten gedruckte Medien in der Regel nur eine begrenzte Perspektive auf ein Thema, was das Verständnis erschweren kann.

In Bezug auf das Gesundheitskompetenzmodell von Sørensen et al. (2012, S. 8-9) wird hier deutlich, dass digitale Fähigkeiten die zweite Dimension - das Verstehen von Gesundheitsinformationen - fördern können. Der Zugang zu vielfältigen Darstellungsformen sowie die Möglichkeit, Begriffe eigenständig nachzuschlagen, kann eine aktive und selbstbestimmte Beteiligung an der Gesundheit (Partizipation und Empowerment) ermöglichen.

7.1.1.3 Chancen beim Beurteilen von Gesundheitsinformationen

Beim Beurteilen von Gesundheitsinformationen können sich durch digitale Fähigkeiten verschiedene Chancen ergeben. Gerade durch die Vielzahl der verfügbaren digitalen Informationen können verlässliche Quellen gefunden und verglichen werden.

Eine befragte Person mit digitalen Fähigkeiten erklärte, dass sie sich auf Informationen von bekannten Webseiten wie die der AOK oder der Techniker Krankenkasse verlässt. Eine weitere Person berichtete, dass sie gezielt die Informationen mehrerer

Internetseiten vergleicht, diese hinterfragt und sich somit eine eigene Meinung bildet. Auf diese Weise kann eine differenziertere Einschätzung von Informationen ermöglicht werden.

Digitale Fähigkeiten können somit dazu beitragen, sich nicht nur auf eine einzelne Quelle verlassen zu müssen, sondern Informationen zu vergleichen. Die jederzeitige Verfügbarkeit von verlässlichen digitalen Gesundheitsinformationen, beispielsweise von Gesundheitsorganisationen, kann dabei das Angebot an Informationen für die Beurteilung erweitern.

Im Gegensatz dazu berichtete eine Person ohne digitale Fähigkeiten, dass sie Informationen von ihrer Familie erhält und diese im Internet recherchiert. Dabei betonte sie, dass sie selbst nicht weiß, von welchen Quellen diese konkret stammen. Dies kann die eigenständige Beurteilung erschweren, welche durch digitale Fähigkeiten erleichtert werden könnten.

In Bezug auf das Gesundheitskompetenzmodell von Sørensen et al. (2012, S. 8-9) zeigt sich, dass digitale Fähigkeiten die Dimension des Beurteilens durch die genannten Chancen unterstützen können. Durch die Bewertung von Gesundheitsinformationen durch Vergleich und eigene Reflexion, kann die aktive Beteiligung (Partizipation) gestärkt werden und dies kann zur Förderung eines selbstbestimmten Umgangs mit Gesundheitsthemen (Empowerment) beitragen.

Im Folgenden werden die Herausforderungen, die sich durch digitale Fähigkeiten für die Gesundheitskompetenz von Senior:innen ergeben, diskutiert.

7.1.2 Herausforderungen digitaler Fähigkeiten für die Gesundheitskompetenz von Senior:innen

Trotz vorhandener digitaler Fähigkeiten zeigen sich beim Finden, Verstehen und Beurteilen digitaler Gesundheitsinformationen verschiedene Herausforderungen. Insbesondere das Beurteilen fällt den befragten Personen schwer. Es wird deutlich, dass digitale Fähigkeiten allein oft nicht ausreichen, um Gesundheitsinformationen sicher zu finden, zu verstehen und zu bewerten. Vielmehr braucht es zusätzlich gut auffindbare und verständlich aufbereitete und transparente Informationen sowie spezifische Teilkompetenzen der digitalen Gesundheitskompetenz.

Im Folgenden werden die identifizierten Herausforderungen beim Finden, Verstehen und Beurteilen digitaler Gesundheitsinformationen dargestellt, diskutiert und interpretiert. Grundlage bilden die Ergebnisse der Interviews, ergänzt durch den theoretischen Hintergrund und aktuellen Forschungsergebnissen sowie eigene Interpretationen.

7.1.2.1 Herausforderungen beim Finden von Gesundheitsinformationen

Beim Finden von Gesundheitsinformationen ergeben sich auf Grundlage der Interviews verschiedene mögliche Herausforderungen.

Eine befragte Person mit digitalen Fähigkeiten betonte, dass sie denkt, manche Personen nichtpräzise Suchbegriffe formulieren und in die Suchmaschinen im Internet eingeben. Dies verdeutlicht, dass digitale Fähigkeiten, allein nicht unbedingt ausreichen, um zielgerichtete Gesundheitsinformationen zu finden. Vielmehr wird sichtbar, dass hierfür spezifische Kompetenzen erforderlich sind. Dazu zählt beispielsweise die Navigationskompetenz (Navigation Literacy), also die Fähigkeit, das Internet gezielt und sicher zur Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen einzusetzen (Kolpatzik et al., 2020, S. 7-8). Weitere notwendige Kompetenzen werden im erweiterten Lilienmodell zur digitalen Gesundheitskompetenz von Milanti et al. (2025, S. 2-3) beschrieben. Insbesondere die Informationskompetenz, welche unter anderem die Fähigkeit zum Suchen und Finden von Informationen beschreibt, ist dabei zentral. Gleichzeitig scheint auch die in dem Lilien-Modell beschriebene Computerkompetenz eine wichtige Rolle zu spielen, da diese die Fähigkeit umfasst, mit digitalen Technologien sicher zu interagieren.

Als weitere Herausforderung beim Finden von Gesundheitsinformationen wurden von einer Person mit digitalen Fähigkeiten unübersichtlich gestaltete Internetseiten genannt - unter anderem aufgrund von Werbung und kleiner Schriftgröße. Gerade für ältere Personen könnten altersbedingte Einschränkungen wie beispielsweise eine nachlassende Sehfähigkeit oder kognitive Veränderungen, das Finden oder Erfassen solcher Internetseiten herausfordern.

Diese Herausforderung lässt sich gut durch das eHLF nach Norgaard et al. (2015, S. 532-534) erklären. In dem Modell wird verdeutlicht, dass digitale Gesundheitskompetenz nicht nur von den individuellen Fähigkeiten abhängt, sondern auch von äußeren Faktoren beeinflusst wird. Dazu gehört unter anderem, ob digitale

Gesundheitsinformationen so gestaltet sind, dass sie an die Bedürfnisse der Nutzer:innen angepasst sind. Unübersichtliche Webseiten mit kleiner Schrift oder ablenkender Werbung können daher eine Barriere darstellen. Hier zeigt sich, dass nicht nur digitale Fähigkeiten, sondern auch die Gestaltung des Systems entscheidend ist, um digitale Gesundheitsinformationen zugänglich und nutzbar zu machen. Damit dies gelingt, ist eine responsive Umgebung notwendig (Osborne et al., 2021, S. XIII-XIV). Ein Teilaspekt einer solchen responsiven Umgebung ist die organisationale Gesundheitskompetenz. Diese beschreibt, in welchem Maße es Organisationen gelingt, Menschen den Zugang zu Informationen zu ermöglichen (Santana et al., 2021, S. 259).

Im Sinne des Gesundheitskompetenzmodells von Sørensen et al. (2012, S. 8-9) können die genannten Herausforderungen die Dimension des Findens von digitalen Gesundheitsinformationen erschweren, was die Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung beeinflussen kann. Durch das erschwerte Finden von digitalen Gesundheitsinformationen könnte trotz digitaler Fähigkeiten eher ärztliche Hilfe aufgesucht werden, was mit höheren Gesundheitskosten einhergehen kann. Außerdem könnte durch schwer auffindbare digitale Gesundheitsinformationen eine eigenständige und unabhängige Beteiligung an der Gesundheit - im Sinne von Partizipation und Empowerment - erschwert werden.

Des Weiteren hob eine befragte Person ohne digitale Fähigkeiten mehrmals hervor, dass sie den persönlichen Kontakt zu Ärzt:innen und Apotheker:innen schätzt. Zwar stellt dies nicht explizit ein Nachteil für Personen mit digitalen Fähigkeiten dar, dennoch sollte dieser Aspekt auch bei der Nutzung digitaler Gesundheitsinformationen nicht verloren gehen.

7.1.2.2 Herausforderungen beim Verstehen von Gesundheitsinformationen

Beim Verstehen zeigen sich Herausforderung insbesondere aufgrund unverständlich aufbereiteter Gesundheitsinformationen.

Eine der Befragten Personen mit digitalen Fähigkeiten schilderte, dass sie beim Verstehen von Gesundheitsinformationen Herausforderungen erlebt, wenn Internetseiten unstrukturiert oder unübersichtlich gestaltet sind oder Texte zu lang sind. Eine weitere Person berichtete, dass sie lateinische Begriffe teils nicht versteht.

Auch wenn, wie in dem Kapitel zu den Chancen beim Verstehen von Gesundheitsinformationen erläutert, die Befragten die Möglichkeit haben, durch weiterführende Internetrecherche sich die Unklarheiten zu erschließen, werden hier ebenfalls die Inhalte des eHealth Literacy Framework (eHLF) ersichtlich. Das Verstehen von digitalen Informationen ist nicht nur von den individuellen Fähigkeiten abhängig, sondern auch davon, ob die Inhalte an die Bedürfnisse der Nutzer:innen angepasst sind (Norgaard et al., 2015, S. 532-534). Auch hierbei ist die Responsivität von Gesundheitsinformationen und die organisationale Gesundheitskompetenz zu beachten (Osborne et al., 2021, S. XIII-XIV; Santana et al., 2021, S. 259). Sind Gesundheitsinformationen zu komplex aufbereitet, kann dies, trotz vorhandener digitaler Fähigkeiten, zu Herausforderungen beim Verstehen von Gesundheitsinformationen führen.

Im Sinne des Gesundheitskompetenzmodell von Sørensen et al. (2012, S. 8-9) könnten diese Herausforderungen die Dimension des Verstehens von digitalen Gesundheitsinformationen erschweren. Ähnlich wie bei den Herausforderungen bei der Dimension des Findens könnte dies dazu führen, dass trotz vorhandener digitaler Fähigkeiten, ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden muss und so Gesundheitskosten entstehen. Auch die unabhängige und eigenständige Beteiligung an der Gesundheit - im Sinne der Partizipation und Empowerment - könnte durch unverständlich aufbereitete Gesundheitsinformationen erschwert werden.

7.1.2.3 Herausforderungen beim Beurteilen von Gesundheitsinformationen

Insgesamt fällt es den befragten Personen mit digitalen Fähigkeiten oft schwer zu beurteilen, ob eine Gesundheitsinformation verlässlich ist. Dieses Ergebnis deckt sich mit aktuellen Studien, die zeigen, dass insbesondere das Beurteilen von digitalen Gesundheitsinformationen für viele Menschen eine zentrale Herausforderung darstellt (Schaeffer, Berens et al., 2021, S. 69).

Eine befragte Person mit digitalen Fähigkeiten äußerte, dass ihr für die Beurteilung von Informationen Fachkenntnisse fehlen. Sie vermeidet gezielt Informationen aus sozialen Medien wie TikTok, da dort jede:r etwas veröffentlichen kann. Eine andere Person erklärte, dass sie teils nicht erkennt, ob die Informationen von medizinischem Fachpersonal verfasst wurden. Die Person, die zwar digitale Fähigkeiten besitzt, diese jedoch nicht für Gesundheitsinformationen nutzt, begründet ihre Entscheidung damit,

dass sie Informationen aus dem Internet grundsätzlich nicht traut, da dort jede Person Informationen veröffentlichen kann. Sie vertraut auch digitalen Informationen von Gesundheitseinrichtungen nicht und beschreibt es als ein Risiko, sich auf Informationen aus dem Internet zu verlassen.

Eine Person ohne digitale Fähigkeiten zeigt sich ebenfalls grundsätzlich skeptisch bei Informationen aus dem Internet. Diese Ergebnisse decken sich mit denen der HLS-GER 2, der zufolge vielen Menschen besonders das Beurteilen hinsichtlich der Vertrauenswürdigkeit digitaler Gesundheitsinformationen schwerfällt (Schaeffer, Berens et al., 2021, S. 69). Bei manchen Personen kann dies, wie die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dazu führen, dass sie digitale Gesundheitsinformationen ganz vermeiden. Dadurch können auch die potenziellen Chancen digitaler Gesundheitsinformationen nicht in Anspruch genommen werden.

Außerdem schilderten zwei befragte Personen, dass insbesondere die große Menge an Informationen sowie widersprüchliche Aussagen - etwa zur elektronischen Patientenakte - das Beurteilen erschweren kann. Eine Befragte äußerte zudem die Sorge, dass die große Menge an digitalen Informationen bei vielen Menschen zu Verwirrungen führen könnten. Aus ihren Erfahrungen weiß sie, dass Ärzt:innen es nicht befürworten, wenn Patient:innen bei Gesundheitsproblemen eigenständig im Internet recherchieren. Zudem wäre denkbar, dass durch selbständiges Recherchieren im Internet - insbesondere bei Falschinformationen - Personen sich selbst Diagnosen stellen und ärztliche Hilfe nicht in Anspruch nehmen, obwohl diese eigentlich notwendig wäre. Dies könnte ernsthafte Gesundheitsrisiken mit sich bringen.

Außerdem berichtete auch eine Person ohne digitale Fähigkeiten, dass die große Menge an Informationen während der Corona Pandemie im Fernsehen bei ihr zu Panik, Angst und verändertem Essverhalten führte. Auch sie wusste teils nicht, ob die Informationen der Wahrheit entsprechen. Sie hat nach einiger Zeit das Fernsehen ganz vermieden. Dieser Aspekt kann beide Gruppen betreffen, da Fernsehen auch ohne digitale Fähigkeiten genutzt werden kann.

Die große Menge an teils widersprüchlichen oder falschen digitalen Gesundheitsinformationen lässt sich auch in den Kontext der Infodemie einordnen. Die Verbreitung solcher Informationen kann dabei, laut der WHO (o.D.), zu Verwirrung,

Risikoverhalten und Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem führen - wie es auch die oben dargelegten Ergebnisse der Untersuchung zeigen.

Eine weitere Herausforderung betrifft Informationen, hinter denen kommerzielle Interessen stehen. Eine Person mit digitalen Fähigkeiten beobachtet in ihrem Umfeld, dass verkaufsorientierte Informationen teilweise unreflektiert übernommen werden. Sie ergänzt, dass die Produkte – egal ob im Internet oder Zeitschriften - oft nur Symptome dämpfen, anstatt die Ursachen zu bekämpfen. Es wird dadurch deutlich, dass es für Menschen schwer sein kann zwischen verkaufsorientierten und verlässlichen Informationen zu unterscheiden - ein Aspekt, der auch in der HLS-GER 2 als ein zentrales Problem beim Beurteilen von Gesundheitsinformationen identifiziert wurde (Schaeffer, Berens et al., 2021, S. 23).

Die dargestellten Herausforderungen lassen sich nicht eindeutig auf einzelne Ursachen zurückführen. Auf der einen Seite könnten fehlende Teilkompetenzen des erweiterten Lilienmodells - insbesondere Informations- und Medienkompetenz - eine Rolle spielen (Milanti et al., 2025, S. 1-3). Auf der anderen Seite könnten die Herausforderungen auch durch mangelnde Responsivität digitaler Gesundheitsinformationen und eine unzureichende organisationale Gesundheitskompetenz dazu beitragen, dass die Informationen für manche Personen schwer zu beurteilen sind (Santana et al., 2021, S. 259-262; Osborne et al., 2021, S. XIII-XIV). Werden Informationen verbreitet, die widersprüchlich, verkaufsorientiert oder schlichtweg falsch sind, kann dies die Beurteilung von Informationen stark erschweren. Wie in dem eHLF dargestellt, kann erst ein Zusammenspiel von individuellen Kompetenzen und einem System, das an die Bedürfnisse der Nutzer:innen angepasst ist, eine sichere Beurteilung von digitalen Gesundheitsinformationen ermöglichen (Norgaard et al., 2015, S. 533).

Auch in dem Gesundheitskompetenzmodell von Sørensen et al. (2012, S. 8-9) wird deutlich, dass die Gesundheitskompetenz von unterschiedlichen Determinanten abhängig ist. Die dargestellten Herausforderungen können daher das Beurteilen, als dritte Dimension, erschweren. Wie in dem Modell dargestellt, könnten daraus mögliche Folgen für die Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung entstehen. Als Beispiel könnte dies möglicherweise dazu führen, dass Betroffene auf Basis unzureichend bewerteter Informationen Produkte aus Werbeanzeigen kaufen, die wenig wirksam sind. In Anlehnung an das Modell könnten daraus unter anderem erhöhte

Gesundheitskosten oder eine ausbleibende nachhaltige Verbesserung des Gesundheitsverhaltens resultieren, was sich wiederum negativ auf gesundheitliche Outcomes auswirken könnte. Darüber hinaus könnten Schwierigkeiten und Unsicherheiten bei der eigenständigen Bewertung von Information die Partizipation an gesundheitlichen Entscheidung und damit verbunden das Empowerment einschränken.

Im Gegensatz zu den genannten Herausforderungen wurden in den Interviews von allen Befragten das Vertrauen zu Ärzt:innen und Apotheker:innen betont. Gerade bei Unsicherheiten oder akuten Gesundheitsproblemen kann dies ein sinnvoller Weg sein, um Fehlinformationen zu vermeiden und fundierte Informationen zu erhalten. Dies unterstreicht, wie wichtig persönliche Beratung im Gesundheitssystem bleibt - auch bei zunehmender Digitalisierung.

7.2 Methodendiskussion

Die Ergebnisse dieser qualitativen Untersuchung sind nicht verallgemeinerbar. Die Stichprobe war klein, die Teilnehmenden wurden gezielt und nicht zufällig rekrutiert, und die Tiefe der Gespräche variierte je nach Person. Ziel war es nicht, repräsentative Aussagen zu treffen, sondern subjektive Erfahrungen der Teilnehmenden sichtbar zu machen.

Die problemzentrierten Interviews boten hierfür eine geeignete Methode, da sie individuelle Perspektiven in den Mittelpunkt stellen. Die Auswertung erfolgte auf Basis theoretischer Konzepte, wird aber auch immer von den subjektiven Ansichten der forschenden Person beeinflusst. Zudem kann die Interviewsituation das Antwortverhalten beeinflussen, beispielsweise durch soziale Erwünschtheit oder Nervosität. Um dem etwas entgegenzuwirken, fanden die Interviews in den gewohnten Wohnungen der Teilnehmenden statt.

In Bezug auf die Datenauswertung zeigte sich, dass die Hauptkategorien „Chancen“ mit und ohne digitale Fähigkeiten nicht immer zutreffend waren und oft eher die Vorgehensweisen beim Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen abbildete. Viele Chancen ergaben sich erst bei der Interpretation, Diskussion und dem Vergleich beider Personengruppen. Dies hätte vermieden werden können, wenn bei der Erstellung des Kategoriesystems bereits klarer zwischen den tatsächlichen Chancen und der Vorgehensweise unterschieden worden wäre. Im Nachgang wurden die

Kategoriedefinitionen entsprechend angepasst, auf eine Umbenennung der Kategorien wurde bewusst verzichtet, um die Konsistenz mit dem ursprünglichen Categoriesystem beizubehalten.

Eine methodische Limitation betrifft die Einschlusskriterien. Ursprünglich war geplant, jeweils zwei Interviews mit Personen mit und ohne digitalen Fähigkeiten durchzuführen. Während der Interviews zeigte sich jedoch, dass eine der Personen mit digitalen Fähigkeiten ihr Smartphone gar nicht zur Gesundheitsinformationssuche nutzt. Deshalb wurde ein weiteres, fünftes Interview ergänzt, um die Forschungsfrage trotzdem gut beantworten zu können. Rückblickend hätte das durch ein klareres Einschlusskriterium für die Personen mit digitalen Fähigkeiten bei der Rekrutierung vermieden werden können.

Insgesamt war das gewählte Vorgehen sinnvoll und passend zur Fragestellung. Dennoch bringt es einige Limitationen mit sich, zum Beispiel in Bezug auf Verallgemeinerbarkeit, Subjektivität und die Tiefe der Aussagen. Diese Aspekte wurden im Verlauf des Forschungsprozesses reflektiert und nach Möglichkeit berücksichtigt.

7.3 Implikationen für die Praxis und Forschung

Damit mehr ältere Menschen von den Chancen digitaler Gesundheitsinformationen profitieren können und gleichzeitig die Herausforderungen reduziert werden, lassen sich verschiedene Maßnahmen für die Praxis und Forschung ableiten. Wie in der Arbeit gezeigt wurde, reichen oft digitale Fähigkeiten allein nicht aus, um digitale Gesundheitsinformationen sicher zu finden, zu verstehen und zu beurteilen. Hierfür braucht es eine gezielte Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz.

Denkbar wären hier niedrigschwellige Unterstützungsangebote, die nicht nur technische Grundlagen vermitteln, sondern vor allem darauf abzielen, wie Gesundheitsinformationen gezielt gefunden, inhaltlich verstanden und hinsichtlich ihrer Vertrauenswürdigkeit beurteilt werden können. Besonders beim Beurteilen erscheint mehr Aufklärung notwendig, zum Beispiel dazu, woran verlässliche Informationen zu erkennen sind. Zukünftige Forschung könnte untersuchen, wie solche Aufklärungs- und Schulungsangebote konkret gestaltet sein sollten, welche Inhalte und Formate besonders wirkungsvoll sind und wie sie zielgruppengerecht für Senior:innen mit unterschiedlichen Vorerfahrungen entwickelt und umgesetzt werden können.

Darüber hinaus sollten responsive Umgebungen geschaffen und weiterentwickelt werden. Digitale Gesundheitsinformationen müssen so gestaltet sein, dass sie für möglichst viele Menschen - insbesondere auch ältere Personen, gut auffindbar, verständlich und verlässlich sind. Politische Initiativen wie die Shanghai-Erklärung (WHO, 2016) oder der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz (Schaeffer, Hurrelmann et al., 2018) sind hier bereits wichtige Ansätze. Dennoch zeigt sich, dass diese bisher nur begrenzt in der Praxis ankommen. Gesundheitsbezogene Organisationen, aber auch alle anderen Akteur:innen, sollten diese stärker umsetzen.

Eine befragte Person ohne digitale Fähigkeiten schilderte im Interview ausführlich, dass sie grundsätzlich interessiert wäre, digitale Geräte zu nutzen, sich das Erlernen jedoch allein nicht zutraut. Sie wäre auf Unterstützung angewiesen, möchte ihre Familie aber nicht zusätzlich belasten. Auch wenn es bereits verschiedene Angebote zur Förderung digitaler Fähigkeiten im Alter gibt, sollten diese weiter ausgebaut und besser zugänglich gemacht werden, damit jede:r, der oder die Interesse hat, von den Chancen digitaler Gesundheitsinformationen profitieren kann.

Gleichzeitig darf nicht übersehen werden, dass es auch Senior:innen gibt, die kein Interesse an oder keinen Zugang zu digitalen Gesundheitsinformationen haben oder sich keine digitalen Fähigkeiten aneignen können beziehungsweise möchten. In den Interviews wurde deutlich, dass gleichzeitig gedruckte Gesundheitsinformationen zunehmend weniger werden. Damit diese Personen nicht aus dem Blick geraten, sollte auch zukünftig darauf geachtet werden, dass ausreichend analoge Informationsquellen erhalten bleiben und weiterentwickelt werden.

Ein Zusammenspiel aus der Förderung (digitaler) Gesundheitskompetenz, dem Ausbau responsiver Umgebungen und dem bewussten Einbezug auch von Menschen ohne digitale Fähigkeiten kann dazu beitragen, Gesundheitschancen gerechter zu verteilen und Chancengleichheit zu fördern.

8. Fazit

Ziel dieser Arbeit war es, herauszufinden, welche Chancen und Herausforderungen sich durch digitale Fähigkeiten für die Gesundheitskompetenz von Senior:innen ergeben. Im Fokus standen dabei die drei Dimensionen des Gesundheitskompetenzmodells

nach Sørensen et al. (2012, S. 8-9): das Finden, Verstehen und Beurteilen von digitalen Gesundheitsinformationen.

Die Ergebnisse zeigen, dass digitale Fähigkeiten grundsätzlich verschiedene Chancen für die Gesundheitskompetenz von Senior:innen eröffnen können. So erleichtert der Zugang zu einer großen Menge an digitalen Gesundheitsinformationen das Finden von passenden Inhalten und auch das Verständnis kann durch vielfältige Darstellungsformen oder vereinfachte Erklärungen gefördert werden. Auch das Beurteilen kann durch die Verfügbarkeit einer großen Menge an verlässlichen digitalen Gesundheitsinformationen und den Vergleich verschiedener Quellen erleichtert werden.

Gleichzeitig wurden auch Herausforderungen - insbesondere beim Beurteilen - identifiziert, die die Gesundheitskompetenz von Senior:innen beeinträchtigen können. Dazu zählen unter anderem unüberschaubare Informationsmengen, Inhalte, die unverständlich und wenig transparent aufbereitet sind und außerdem die Verbreitung falscher, irreführender oder verkaufsorientierter Gesundheitsinformationen. Auch fehlende spezifische Kompetenzen der digitalen Gesundheitskompetenz aus dem erweiterten Lili-enmodell von Milanti et al. (2025, S. 1-3) können Herausforderungen darstellen.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass digitale Fähigkeiten verschiedene Chancen für die Gesundheitskompetenz von Senior:innen eröffnen können. Ihr volles Potenzial können sie jedoch erst im Zusammenspiel mit spezifischen Kompetenzen der digitalen Gesundheitskompetenz sowie einer responsiven Informationsumgebung entfalten. Damit schließen die Ergebnisse an bestehende Forschungsarbeiten an und ergänzen diese um konkrete subjektive Perspektiven älterer Menschen.

Die Aussagen dieser Arbeit sind nicht verallgemeinerbar, bieten aber trotzdem wertvolle Erkenntnisse über die Chancen und Herausforderungen, die sich durch digitale Fähigkeiten für die Gesundheitskompetenz von älteren Menschen ergeben und zeigen auf, an welchen Stellen Unterstützungsbedarf besteht.

9. Literaturverzeichnis

- Anderson, M., & Perrin, A. (2017). *Tech Adoption Climbs Among Older Adults*. Pew Research Center. https://www.pewresearch.org/internet/wp-content/uploads/sites/9/2017/05/PI_2017.05.17_Older-Americans-Tech_FINAL.pdf
- Bitzer, E., Sørensen, K. (2018). Gesundheitskompetenz – Health Literacy. *Das Gesundheitswesen*, 80(08/08) 754 – 766. <https://doi.org/10.1055/a-0664-0395>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020). *Achter Altersbericht: Ältere Menschen und Digitalisierung - Erkenntnisse und Empfehlungen der Sachverständigenkommission*. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/159704/31d38e4cfca1d0757dba7bd09315aa78/achter-altersbericht-aeltere-menschen-und-digitalisierung-data.pdf>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2025). *Neunter Altersbericht: Ältere Menschen und Digitalisierung – Potenziale und Unterstützungsbedarfe*. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/254238/0d174579dacc7e92f965d1205f56659d/neunter-altersbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf>
- Council of the European Union. (2018). *Council Recommendation of 22 May 2018 on key competences for lifelong learning (2018/C 189/01)*. Official Journal of the European Union, C 189, 1–13. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32018H0604\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32018H0604(01))
- Ethikkommission Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (2022, November). *Checkliste Ethische Selbstbewertung*. <https://www.haw-hamburg.de/forschung/ethik/ethikantrag/>
- Eurostat. (2024). *Skills for the digital age*. Statistics Explained. Zugegriffen am 02.06.2025, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Skills_for_the_digital_age
- Faverio, M. (2022, January 13). *Share of those 65 and older who are tech users has grown in the past decade*. Zugegriffen am 27.05.2025, https://www.pewresearch.org/short-reads/2022/01/13/share-of-those-65-and-older-who-are-tech-users-has-grown-in-the-past-decade/?utm_source=chatgpt.com
- Helfferrich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, N., Blasius, J. (Hrsg.) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 669-686). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_44
- Hochschule Mittweida (o.D.). *Was ist digitale Kompetenz und warum ist sie notwendig?* Zugegriffen am 15.06.2025, <https://digital-campus.hs-mittweida.de/2024/10/was-ist-digitale-kompetenz-und-warum-ist-sie->

notwendig/#:~:text=,spielen%20Problemlösungsfähigkeiten%20eine%20entscheidende%20Rolle

Initiative D21 e.V. (2021). *Digital Skills Gap: So (unterschiedlich) digital kompetent ist die deutsche Bevölkerung*. https://initiatived21.de/uploads/03_Studien-Publikationen/Digital-SKills-Gap/digital-skills-gap_so-unterschiedlich-digital-kompetent-ist-die-deutsche-bevoelkerung.pdf

Initiative D21 e.V. (2024). *Ältere Menschen in der digitalen Welt: Erkenntnisse aus dem D21-Digital-Index 2023/2024*. https://initiatived21.de/uploads/03_Studien-Publikationen/D21-Digital-Index/2023-24/D21-Digital-Index-2023-2024_Senior_innen.pdf

Initiative D21 e.V. (2025). *D21-Digital-Index 2024/2025: Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft*. https://initiated21.de/uploads/03_Studien-Publikationen/D21-Digital-Index/2024-25/D21DigitalIndex_2024-2025.pdf

Kolpatzik, K., Mohrmann, M., Zeeb, H. (2020). Digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland. KomPart. <https://www.aok.de/pp/gesundheitskompetenz/gesundheitskompetenz-was-ist-das/>

Kuckartz, U., Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. (5. Aufl.). Content-Select. https://content-select.com/media/moz_viewer/5e623532-20b8-4f33-b19e-4a1db0dd2d03/language:de

Mey, G., Mruck, K. (2020). Qualitative Interviews. In: Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 315-335). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9_33

Milanti, A., Norman, C., Chan, D. N. S., So, W. K. W., & Skinner, H. (2025). eHealth Literacy 3.0: Updating the Norman and Skinner 2006 Model. *Journal of Medical Internet Research*, 27(1), 1-4. <https://doi.org/10.2196/70112>

Mitic, D. & Rootman, I. (2012). *An inter-sectoral approach for improving HEALTH LITERACY for Canadians*. Public Health Agency of Canada & Public Health Association of British Columbia. <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/09/IntersectoralApproachforHealthLiteracy-FINAL.pdf#:~:text=health%2C%203,Retrieved%20from>

Norgaard, O., Furstrand, D., Klokke, L., Karnoe, A., Batterham, R., Kayser, L., & Osborne, R. H. (2015). The e-health literacy framework: A conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems. *Knowledge Management & E-Learning*, 7(4), 522–540. <https://www.kmel-journal.org/ojs/index.php/online-publication/article/view/304/303>

- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), 1-10 <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>
- Osborne, R.H., Elmer, S., Hawkins, M. & Cheng, C. (2021) *The Ophelia Manual. The Optimising Health Literacy and Access (Ophelia) process to plan and implement National Health Literacy Demonstration Projects*. <https://healthliteracydevelopment.com/wp-content/uploads/2024/09/Ophelia-Manual-Osborne-Elmer-Hawkins-Cheng-et-al-2022.pdf>
- Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V. & Nurss, J.R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal Of General Internal Medicine* 10(10) 537-541. <https://doi.org/10.1007/bf0264>
- Santana, S., Brach, C., Harris, L., Ochiai, E., Blakey, C., Bevington, F., Kleinman, D. & Pronk, N. (2021). Updating Health Literacy for Healthy People 2030: Defining Its Importance for a New Decade in Public Health. *Journal OF Public Health Management And Pactice*, 27(6 suppl), 258-264. 10.1097/PHH.0000000000001324
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griesse, L., Klinger, J., de Sombre, S., Vogt, D., & Hurrelmann, K. (2021). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2*. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/UNIBI/2950305>
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., Kolpatzik, K. (2012). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. KomPart. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de>
- Schreier, M. (2024). Qualitativer Forschungsansätze. In: Schreier, M., Echterhoff, G., Bauer, J.F., Weydmann, N., Hussy, W. (Hrsg.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (S. 205-245). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66673-9_5
- Simonds, S.K. (1974). Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*, 2(1 suppl), 1-10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1) <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2021). *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*. Austrian

National Public Health Institute. https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19_International%20Report.pdf

World Health Organization. (2013). *Health literacy: The solid facts*. (Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. Hrsg.). World Health Organization Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>

World Health Organization. (2017). *Promoting health in the SDGs: Report on the 9th Global Conference for Health Promotion: All for health, health for all, 21-24 November 2016*. <https://iris.who.int/handle/10665/259183>

World Health Organization (o.D.). Infodemic. Zugegriffen am 25.06.2025, https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1

World Medical Association (2024). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants*. Zugegriffen am 16.06.2025 <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

Vuorikari, R., Kluzer, S., & Punie, Y. (2022). *DigComp 2.2: The Digital Competence Framework for Citizens – With new examples of knowledge, skills and attitudes*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2760/115376>

Zeeb, H., Pohlabeln, H., Preising, A., Schulz, B., Naczinsky, A., & Kolpatzik, K. (2022). Schlüsselqualifikation digitale Gesundheitskompetenz – empirische Daten aus Deutschland. In: Rathmann, K., Dadaczynski, K., Okan, O., Messer, M. (Hrsg.), *Gesundheitskompetenz*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_149-1

10. Anhang

Anhang 1: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden – Bachelorarbeit

Thema: Digitale Kenntnisse und Gesundheitskompetenz von Personen ab 65 Jahren

Ziel: Untersuchung von Chancen und Herausforderungen beim Finden, Verstehen und Beurteilen von (digitalen) Gesundheitsinformationen (mit und ohne digitale Fähigkeiten)

Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für das Gespräch nehmen!

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit beschäftige ich mich damit, wie Menschen ab 65 Jahren mit Gesundheitsinformationen umgehen – insbesondere im Zusammenhang mit und ohne digitalen Fähigkeiten. Im Mittelpunkt stehen das Finden, Verstehen und Beurteilen von (digitalen) Gesundheitsinformationen.

Das Gespräch wird aufgenommen, um es für meine Bachelorarbeit zu transkribieren und auszuwerten. Transkribieren bedeutet, dass ich das Gesagte in schriftliche Form bringe und auswerten heißt, dass ich die Inhalte anschließend systematisch ordne und analysiere, um daraus Erkenntnisse **für meine Bachelorarbeit zu gewinnen**.

Die Aufzeichnung dient ausschließlich der wissenschaftlichen Auswertung und wird **vertraulich behandelt**. Ihre personenbezogenen Daten werden **pseudonymisiert**, das heißt: Ihr Name wird durch ein Kürzel ersetzt, und in der Auswertung wird nicht erkennbar sein, wer Sie sind und was Sie gesagt haben.

Sie erhalten ein Informationsblatt zur Datenspeicherung und -verarbeitung, das alle Details enthält. Zudem bitte ich Sie um eine schriftliche Einwilligung, bevor das Interview beginnt.

Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten – mich interessiert Ihre ganz persönliche Sicht. Wenn etwas unklar ist, fragen Sie jederzeit gerne nach. Haben Sie noch Fragen, bevor wir starten?

Fragen zur Person

- Wie alt sind Sie?
- Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?
- Nutzen Sie digitale Geräte?
 - Wenn ja, welche und seit wann?

Wenn Sie auch bereit sind, starte ich jetzt mit der Audioaufnahme, in Ordnung?

Einstieg: Allgemeine Haltung & Erfahrungen

- Bevor wir auf einzelne Punkte eingehen, berichten Sie bitte: Wie wichtig ist Ihnen Ihre Gesundheit im Allgemeinen?

Finden von Gesundheitsinformationen

- Beschreiben Sie bitte, wie Sie vorgehen, wenn Sie Informationen zu Ihrer Gesundheit benötigen

Optional:

- Schildern Sie bitte, wie Sie an die Informationen kommen bzw. wo Sie nach Informationen suchen.
- Können Sie mir erzählen, was gut funktioniert beim Finden von Informationen und warum?
- Berichten Sie bitte, was Sie als schwierig erleben und begründen Sie warum.

Verstehen von Gesundheitsinformationen

- Schildern Sie bitte, wie Sie das Verstehen von Gesundheitsinformationen erleben.

Optional:

- Beschreiben Sie bitte, was Ihrer Meinung dazu beiträgt, dass Sie Gesundheitsinformationen gut verstehen?
- Schildern Sie bitte nun, was Sie beim Verstehen von Informationen eher verunsichert oder vor Herausforderungen stellt?
- Gibt es bestimmte Themen oder Formate, die besonders verständlich oder unverständlich für Sie sind?

Bewerten von Gesundheitsinformationen

- Wie ist das für Sie, wenn Sie selbst beurteilen müssen, ob eine Gesundheitsinformation richtig oder vertrauenswürdig ist?

Optional:

- Schildern Sie, woran Sie fest machen, ob eine Gesundheitsinformation glaubwürdig oder zuverlässig ist?
- Erzählen Sie nun, woran Sie erkennen, dass Sie einer Gesundheitsinformation eher kritisch begegnen sollten.

- Gibt es bestimmte Formate oder Themen, die Sie als besonders verlässlich oder unverlässlich bewerten?

Erfahrungen mit/ohne digitalen Kenntnissen beim Umgang mit Gesundheitsinformationen

- Erzählen Sie mir bitte, wie Sie den Umgang mit Gesundheitsinformationen mit/ohne digitalen Fähigkeiten erleben.
Optional:
 - Schildern Sie, welche Chancen oder Vorteile Sie in, mit Gesundheitsinformationen umzugehen, sehen?
 - Welche Herausforderungen oder Grenzen erleben Sie dabei?

Wünsche & Empfehlungen

Was würden Sie sich wünschen, um noch besser mit Gesundheitsinformationen umgehen zu können?

Abschluss

Herzlichen Dank für Ihre Zeit und, dass Sie sich dazu bereit erklärt haben, an diesem Interview teilzunehmen. Sie haben mich damit sehr unterstützt!

In den nächsten Wochen werde ich noch weitere Gespräche führen. Anschließend werde ich alle Interviews aus, analysiere die Ergebnisse und verschriftliche sie in meiner Bachelorarbeit. Danach gebe ich meine Arbeit zur Bewertung ab.

Wenn Sie Interesse haben, lasse ich Ihnen die Bachelorarbeit gerne zukommen. Sagen Sie einfach Bescheid.

Nochmals vielen Dank und alles Gute für Sie!

Anhang 2: Informationsblatt zur Teilnahme am Interview und zur Datenverarbeitung

Informationsblatt zur Teilnahme am Interview und zur Datenverarbeitung

Titel der Bachelorarbeit:

Digitale Fähigkeiten und Gesundheitskompetenz: Eine qualitative Untersuchung der Chancen und Herausforderungen bei Personen ab 65 Jahren

Verantwortlich:

Finja Bruns

Studentin der Gesundheitswissenschaften

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

E-Mail:

Telefon:

Ziel der Untersuchung:

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit soll untersucht werden, wie Menschen ab 65 Jahren mit Gesundheitsinformationen umgehen – und inwieweit digitale Fähigkeiten dabei unterstützen oder auch herausfordern. Dazu werden Interviews mit Personen ab 65 Jahren mit und ohne digitale Fähigkeiten durchgeführt.

Ablauf des Interviews:

Das Gespräch findet persönlich / telefonisch statt und währenddessen audioaufgezeichnet. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – Ihre persönliche Perspektive und Erfahrung stehen im Vordergrund.

Datenschutz und Vertraulichkeit:

Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Audioaufnahmen des Interviews dienen ausschließlich der Transkription (Verschriftlichung) sowie der wissenschaftlichen Auswertung im Rahmen der Bachelorarbeit. Nach Abschluss der Auswertung werden die Aufnahmen gelöscht. Ihre Aussagen werden pseudonymisiert, das heißt Ihr Name wird beispielsweise durch „Teilnehmer:in A“ ersetzt. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist somit nicht möglich. Die Teilnahme am Interview ist freiwillig. Sie können das Gespräch jederzeit abbrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.

Anhang 3: Einwilligung zur Interviewteilnahme und Datenverarbeitung

Einwilligungserklärung

Ich habe die Informationen zur Teilnahme am Interview sowie zur Verarbeitung meiner Daten gelesen und verstanden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Interview audioaufgezeichnet wird, um es im Rahmen der Bachelorarbeit zu transkribieren und auszuwerten. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten vertraulich und pseudonymisiert verarbeitet werden und die Ergebnisse ausschließlich für die wissenschaftliche Auswertung der Bachelorarbeit verwendet werden. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ort, Datum: _____

Name der Teilnehmer:in (in Druckbuchstaben): _____

Unterschrift der Teilnehmer:in: _____

Anhang 4: Interviewprotokoll

Interviewprotokoll

B1

Person:

- Alter: 72 Jahre
- Subjektiver Gesundheitszustand: Arthrose, mehrere Bandscheibenvorfälle
- Wohnort/-egend: ländlich
- Digitale Fähigkeiten: nein
- Digitale Geräte: Fernseher

Situation

- Telefonisch
- Störfaktoren: keine, beide waren allein und ungestört

B2

Person:

- Alter: 81 Jahre
- Subjektiver Gesundheitszustand: Gut
- Digitale Fähigkeiten: Ja, seit 15-20 Jahren
- Digitale Geräte: Smartphone, Tablet

Situation:

- Persönlich
- In der Wohnung von B2
- Voreinander am Tisch sitzend
- Keine weiteren Personen anwesend
- Keine sonstigen Störfaktoren

B3

Person:

- Alter: 82 Jahre
- Subjektiver Gesundheitszustand: Gut
- Digitale Fähigkeiten: Ja, seit 10 Jahren
- Digitale Geräte: Smartphone, Tablet

Situation:

- Persönlich
- In der Wohnung von B3
- Voreinander am Tisch sitzend
- Keine weiteren Personen anwesend
- Keine sonstigen Störfaktoren

B4

Person:

- Alter: 85 Jahre
- Subjektiver Gesundheitszustand: Gut, Beeinträchtigung der Hüfte
- Digitale Fähigkeiten: nein
- Digitale Geräte: Fernseher

Situation:

- Persönlich
- In der Wohnung von B3
- Voreinander am Tisch sitzend
- Keine weiteren Personen anwesend
- Keine sonstigen Störfaktoren

B5:

Person:

- Alter: 73 Jahre
- Subjektiver Gesundheitszustand: Gut, gelegentlich Rückenschmerzen
- Digitale Fähigkeiten: Ja, seit 2 Jahren
- Digitale Geräte: Smartphone, Fernseher

Situation:

- Persönlich
- In der Wohnung von B5
- Voreinander sitzend
- Keine weiteren Personen anwesend
- Keine sonstigen Störfaktoren

Anhang 5: Definition zentraler Kategorien

Kategorie	Definition	Beispiel
Chancen mit digitalen Fähigkeiten	Diese Hauptkategorie umfasst alle Aussagen von Personen mit digitalen Fähigkeiten, die beschreiben, wie sie digitale Gesundheitsinformationen finden, verstehen und beurteilen. Die Kategorie beinhaltet sowohl konkrete Vorgehensweisen als auch potenzielle Chancen, die sich aus der Nutzung digitaler Fähigkeiten beim Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen ergeben.	B2: „Ja, der größte Helfer ist Google und da geh ich also ins Netz und gebe die Fragen ein und eigentlich kriegt man ja gute Antworten darauf.“
Chancen mit digitalen Fähigkeiten: Finden	Diese Subkategorie umfasst alle Aussagen von Personen mit digitalen Fähigkeiten, die beschreiben, wie sie digitale Gesundheitsinformationen finden. Die Kategorie beinhaltet sowohl konkrete Vorgehensweisen als auch potenzielle Chancen, die sich aus der Nutzung digitaler Fähigkeiten beim Finden von Gesundheitsinformationen ergeben.	B2: „Eigentlich funktioniert alles recht gut. Eigentlich finde ich das, wonach ich suche und, und sonst umschreibe ich das, aber eigentlich finde ich immer den Weg und habe bisher eigentlich auch immer meine Antworten gefunden (...)"
Chancen mit digitalen Fähigkeiten: Verstehen	Diese Subkategorie umfasst alle Aussagen von Personen mit digitalen Fähigkeiten, die beschreiben, wie sie digitale Gesundheitsinformationen verstehen. Die Kategorie beinhaltet sowohl konkrete Vorgehensweisen als auch potenzielle Chancen, die sich aus der Nutzung digitaler Fähigkeiten	B5: „(...) Wenn ich dann merke, das ist mir alles zu kompliziert, dann suche ich halt nochmal anders und auf anderen Seiten. Am Ende versteh ich das dann schon.“

	beim Verstehen von Gesundheitsinformationen ergeben.	
Chancen mit digitalen Fähigkeiten: Beurteilen	Diese Subkategorie umfasst alle Aussagen von Personen mit digitalen Fähigkeiten, die beschreiben, wie sie digitale Gesundheitsinformationen beurteilen. Die Kategorie beinhaltet sowohl konkrete Vorgehensweisen als auch potenzielle Chancen, die sich aus der Nutzung digitaler Fähigkeiten beim Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen ergeben.	B2: „(...)Ja, nein und sonst bei Google (...) ich versuche dann zu hinterfragen und vielleicht auch noch andere Antworten und Erklärung zu finden und ziehe daraus mein Resümee.“
Herausforderungen mit digitalen Fähigkeiten	Diese Hauptkategorie umfasst alle Aussagen von Personen mit digitalen Fähigkeiten, die beschreiben, welche Barrieren und potenzielle Herausforderungen beim Finden, Verstehen und Beurteilen von digitalen Gesundheitsinformationen auftreten. Die Kategorie beinhaltet auch genannte Sorgen, Unsicherheiten und Risiken, die sich aus der Nutzung digitaler Fähigkeiten beim Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen ergeben.	B3: „(...) Man kann viel erzählen und wenn ich hier so im Smartphone (...) also das Ding ist geduldig, da kann man so viel reinschreiben, das muss ich nicht haben. Das glaube ich einfach nicht, oder das will ich auch nicht glauben.“
Herausforderungen mit digitalen Fähigkeiten: Finden	Diese Subkategorie umfasst alle Aussagen von Personen mit digitalen Fähigkeiten, die beschreiben, welche Barrieren und potenzielle Herausforderungen beim Finden von digitalen Gesundheitsinformationen auftreten. Die Kategorie beinhaltet auch genannte Sorgen, Unsicherheiten und Risiken,	B5: „Also manchmal bei Google, manchmal gibt es (...) auf vielen Internetseiten, viel Werbung. Da muss man dann tausend Sachen wegklicken und ich habe kaum einen Überblick. Das nervt dann schon.“

	die sich aus der Nutzung digitaler Fähigkeiten beim Finden von Gesundheitsinformationen ergeben.	
Herausforderungen mit digitalen Fähigkeiten: Verstehen	Diese Subkategorie umfasst alle Aussagen von Personen mit digitalen Fähigkeiten, die beschreiben, welche Barrieren und potenzielle Herausforderungen beim Verstehen von digitalen Gesundheitsinformationen auftreten. Die Kategorie beinhaltet auch genannte Sorgen, Unsicherheiten und Risiken im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen, die sich aus der Nutzung digitaler Fähigkeiten beim Verstehen von Gesundheitsinformationen ergeben.	B5: „Wenn da so Wörter drinstehen, die ich nicht kenne, oder wenn es so umständlich geschrieben ist, dann komme ich nicht gut mit.“
Herausforderungen mit digitalen Fähigkeiten: Beurteilen	Diese Subkategorie umfasst alle Aussagen von Personen mit digitalen Fähigkeiten, die beschreiben, welche Barrieren und potenzielle Herausforderungen beim Beurteilen von digitalen Gesundheitsinformationen auftreten. Die Kategorie beinhaltet auch genannte Sorgen, Unsicherheiten und Risiken im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen, die sich aus der Nutzung digitaler Fähigkeiten beim Beurteilen von Gesundheitsinformationen ergeben.	B5: „Wenn die eine Seite das sagt und die andere was ganz anderes. Wie soll ich das denn dann beurteilen?“
Chancen <u>ohne</u> digitale Fähigkeiten	Diese Hauptkategorie umfasst alle Aussagen von Personen ohne digitale Fähigkeiten, die beschreiben, wie sie Gesundheitsinformationen finden,	B4: „Ja, also die Apotheker-Zeitschrift, die gucke ich mir gerne an und die lese ich auch. Da ist die Schrift auch recht groß und es ist alles

	verstehen und beurteilen. Die Kategorie beinhaltet sowohl konkrete Vorgehensweisen als auch Hinweise auf potenzielle Chancen, die sich beim Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen ohne digitale Fähigkeiten ergeben.	übersichtlich und da weiß ich halt eben auch, das kommt von der Apotheke und das ist wirklich was Gutes."
Chancen ohne digitale Fähigkeiten: Finden	Diese Subkategorie umfasst alle Aussagen von Personen ohne digitale Fähigkeiten, die beschreiben, wie sie Gesundheitsinformationen finden. Die Kategorie beinhaltet sowohl konkrete Vorgehensweisen als auch Hinweise auf potenzielle Chancen, die sich beim Finden von Gesundheitsinformationen ohne digitale Fähigkeiten ergeben.	B1: „Ja, da würde ich sagen, wenn ich irgendwelche Fragen habe, dann frag ich entweder die Tochter oder die Enkeltochter."
Chancen ohne digitale Fähigkeiten: Verstehen	Diese Subkategorie umfasst alle Aussagen von Personen ohne digitale Fähigkeiten, die beschreiben, wie sie Gesundheitsinformationen verstehen. Die Kategorie beinhaltet sowohl konkrete Vorgehensweisen als auch Hinweise auf potenzielle Chancen, die sich beim Verstehen von Gesundheitsinformationen ohne digitale Fähigkeiten ergeben.	B1: „Ja, von Ärzten meistens gut und wissen Sie, wenn mal nicht, hab ich die Möglichkeit nachzufragen, genau wie bei meiner Familie (...)"
Chancen ohne digitale Fähigkeiten: Beurteilen	Diese Subkategorie umfasst alle Aussagen von Personen ohne digitale Fähigkeiten, die beschreiben, wie sie Gesundheitsinformationen beurteilen. Die Kategorie beinhaltet sowohl konkrete Vorgehensweisen als auch Hinweise auf	B3: „Da ich höre da lieber auch mich oder meinen Arzt, uns vertraue ich da mehr."

	potenzielle Chancen, die sich beim Beurteilen von Gesundheitsinformationen ohne digitale Fähigkeiten ergeben.	
Herausforderungen <u>ohne</u> digitale Fähigkeiten	Diese Hauptkategorie umfasst alle Aussagen von Personen ohne digitale Fähigkeiten, die beschreiben, welche Barrieren und potenziellen Herausforderungen beim Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen auftreten. Die Kategorie beinhaltet auch genannte Sorgen, Unsicherheiten und Risiken, die sich beim Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen ohne digitale Fähigkeiten ergeben.	B1: „Ja und wissen Sie und das Schlimme ist ja, ich habe kein Auto, mein Mann hat 10 Jahre kein Auto gefahren, mein Mann ist vor einem Jahr verstorben und ich fahr eigentlich mit meiner Schwester oder mit der Enkelin dann wenn ich zum Arzt.“
Herausforderungen ohne digitale Fähigkeiten: Finden	Diese Subkategorie umfasst alle Aussagen von Personen ohne digitale Fähigkeiten, die beschreiben, welche Barrieren und potenziellen Herausforderungen beim Finden von Gesundheitsinformationen auftreten. Die Kategorie beinhaltet auch genannte Sorgen, Unsicherheiten und Risiken, die sich beim Finden von Gesundheitsinformationen ohne digitale Fähigkeiten ergeben.	B1: „Naja, da ich ja bei Fragen auf meine Familie angewiesen bin und die ja nun auch arbeiten, muss ich warten, bis jemand zu Hause und erreichbar ist.“
Herausforderungen ohne digitale Fähigkeiten: Verstehen	Diese Subkategorie umfasst alle Aussagen von Personen ohne digitale Fähigkeiten, die beschreiben, welche Barrieren und potenziellen Herausforderungen beim Verstehen von Gesundheitsinformationen auftreten. Die Kategorie beinhaltet auch genannte Sorgen,	B4: „So, und dann ist es ja, ich habe das Gefühl, dass viele Zeitungen, zum Beispiel die die im Warteraum beim Arzt liegen, dass das oft so kompliziert geworden ist, alle so teilweise mit Englisch und dann lateinische Wörter.“

	Unsicherheiten und Risiken, die sich beim Verstehen von Gesundheitsinformationen ohne digitale Fähigkeiten ergeben.	
Herausforderungen ohne digitale Fähigkeiten: Beurteilen	Diese Subkategorie umfasst alle Aussagen von Personen ohne digitale Fähigkeiten, die beschreiben, welche Barrieren und potenziellen Herausforderungen beim Beurteilen von Gesundheitsinformationen auftreten. Die Kategorie beinhaltet auch genannte Sorgen, Unsicherheiten und Risiken, die sich beim Beurteilen von Gesundheitsinformationen ohne digitale Fähigkeiten ergeben.	B1: „(...) ich zweifle ziemlich viel. Also alles (...) in der Zeitung drin steht glaube ich auf keinen Fall. Also, nein weiß ich nicht. Ich bin so ein bisschen skeptisch manchmal. Nein also alles, was drin steht glaube ich bestimmt nicht.“

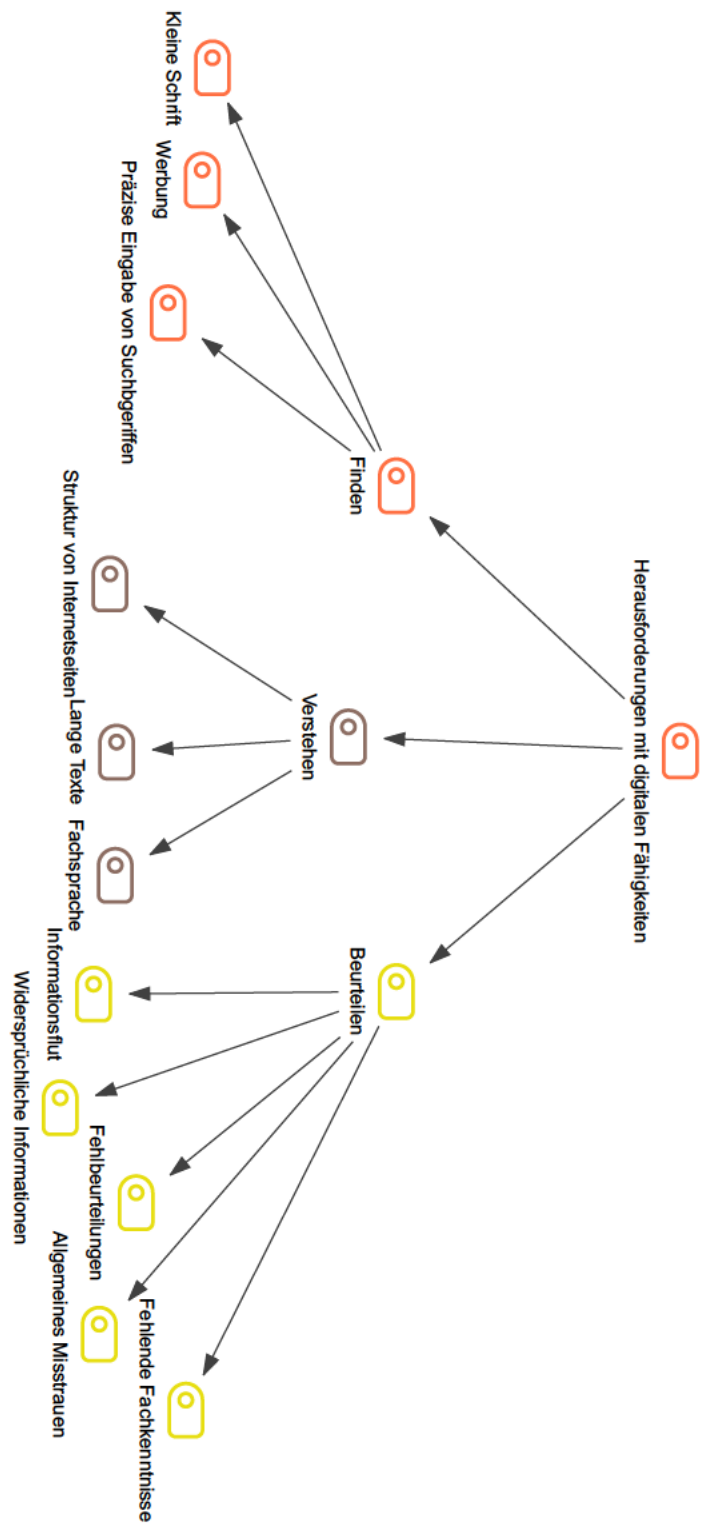
Anhang 6: Chancen mit digitalen Fähigkeiten - Hierarchisches Code-Modell

Chancen mit digitalen Fähigkeiten

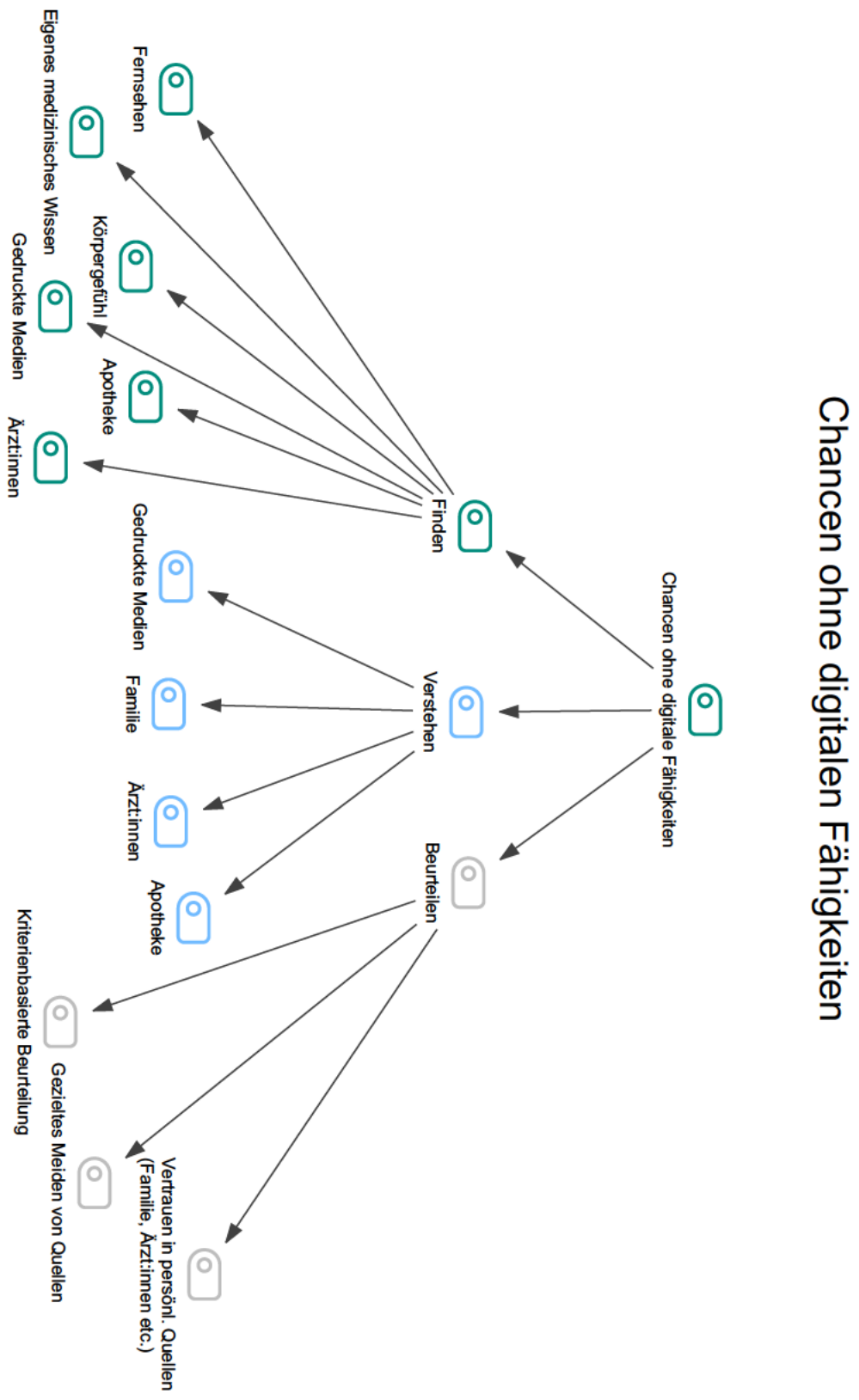


Anhang 7: Herausforderungen mit digitalen Fähigkeiten – Hierarchisches Code-Modell

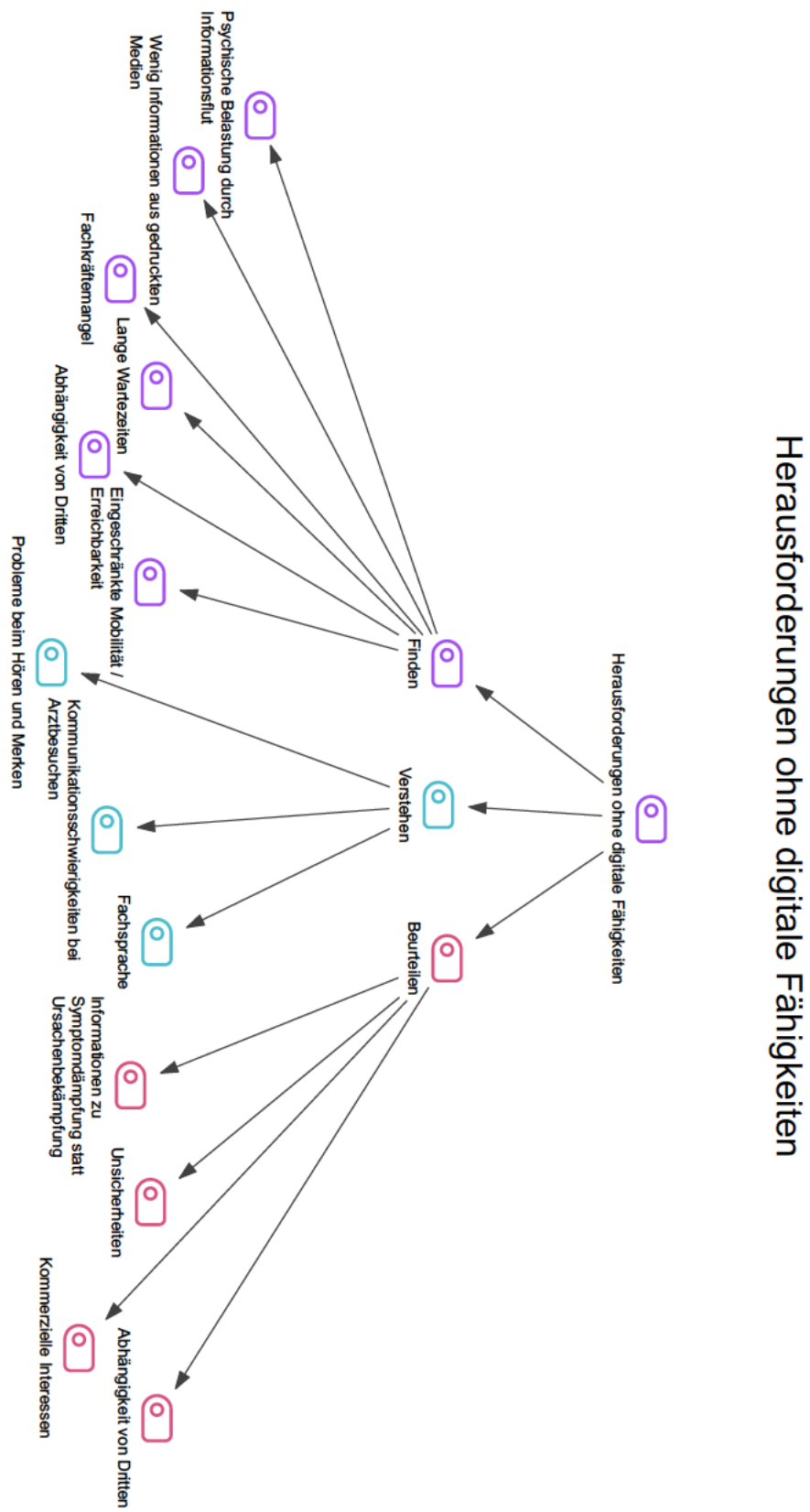
Herausforderungen mit digitalen Fähigkeiten



Anhang 8: Chancen ohne digitale Fähigkeiten – Hierarchisches Code-Modell



Anhang 9: Herausforderungen ohne digitale Fähigkeiten – Hierarchisches Code-Modell



Anhang 10: Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ausschließlich unter Benutzung der angegebenen Hilfsmittel ohne Nutzung einer gKI-Anwendung (wie z.B. ChatGPT) angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche durch Anführungszeichen kenntlich gemacht und die Arbeit war in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung.



Hamburg, den