

**Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW**

Hochschule für Soziale Arbeit HSA

Master-Studium mit Schwerpunkt Soziale Innovation

Olten

**Masterthesis:**

# **Nutzung digitaler Gesundheitsinformationen**

**im Alter:**

Soziale Ungleichheiten, Barrieren und die Bedeutung von Kompetenzen  
und sozialer Unterstützung

**Eingereicht von:**

Yves Bachofner

Matrikelnr.: 16-490-781

**Eingereicht bei:**

Dr. Alexander Seifert

Dr. Anna Schlomann

**Januar 2025 / Olten**

## Abstract

**Ausgangslage und Ziel:** Mit der zunehmenden Digitalisierung gewinnt die internetbasierte Gesundheitsinformationssuche an Bedeutung, insbesondere für ältere Personen. Gleichzeitig bestehen jedoch soziale Ungleichheiten und Barrieren, die mit dem Zugang zu und der Nutzung von internetbasiertem Gesundheitsinformationssuche einschränken. Ziel dieser Masterthesis war es, die Wechselwirkungen zwischen individuellen Kompetenzen, sozialer Unterstützung und soziodemografischen Faktoren bei der internetbasierten Gesundheitsinformationssuche von Personen ab 60 Jahren in der Schweiz zu untersuchen. Besonderes Augenmerk lag darauf, praxisorientierte Empfehlungen für die Soziale Arbeit abzuleiten.

**Methoden:** Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden die im Rahmen des Forschungsprojekts «Regional Health Promotion in an Age-Friendly Digital World in Switzerland» erhobenen Daten herangezogen. Die Daten wurden im Rahmen einer schweizweiten Umfrage ( $N = 1'325$ ) unter älteren Personen (60+) erhoben. Der Fragebogen erfasste unter anderem die gesundheitsbezogene Nutzung des Internets sowie relevante Prädiktoren. Die Bedeutung dieser Prädiktoren für die internetbasierte Gesundheitsinformationssuche wurde mittels Chi-Quadrat-Tests und binär logistischer Regressionsanalysen ermittelt.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen unter anderem Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Faktoren wie Bildung und Geschlecht, der digitalen Kompetenz sowie dem Vertrauen in Online-Gesundheitsinformationen mit der internetbasierten Gesundheitsinformationssuche. Dagegen lassen sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Gesundheitskompetenz sowie der sozialen Unterstützung und der internetbasierten Gesundheitsinformationssuche feststellen, wenn andere Prädiktoren berücksichtigt werden.

**Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse verdeutlichen, dass soziale Ungleichheiten den Zugang zu internetbasiertem Gesundheitsinformationssuche einschränken. Geeignete Massnahmen zur Förderung der digitalen Kompetenz und des Vertrauens in Online-Gesundheitsinformationen könnten hingegen die digitale Teilhabe älterer Personen verbessern. Die Untersuchung betont die Relevanz der Sozialen Arbeit im Kontext der digitalen Gesundheitsförderung, insbesondere hinsichtlich der Überwindung der identifizierten Barrieren und Ungleichheiten.

**Schlüsselwörter:** Gesundheitsinformationen im Internet · Barrieren · Digitale Kompetenz · Gesundheitskompetenz · Soziale Arbeit · ältere Personen

## **Abkürzungsverzeichnis**

DGK	digitale Gesundheitskompetenz
DK	digitale Kompetenz
FHNW	Fachhochschule Nordwestschweiz
GF+P	Gesundheitsförderung und Prävention
GK	Gesundheitskompetenz
IFSW	International Federation of Social Workers
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
OHI	Online-Gesundheitsinformationen (engl.: online health information)
OHIS	internetbasierte Gesundheitsinformationssuche (engl.: online health information seeking)
STAM	Senior Technology Acceptance & Adoption Model
UTAUT	Unified Theory of Acceptance & Use of Technology
UTAUT2	Unified Theory of Acceptance & Use of Technology 2
WHO	Weltgesundheitsorganisation

# Inhalt

Abstract .....	I
Abkürzungsverzeichnis .....	II
Abbildungsverzeichnis .....	VI
Tabellenverzeichnis.....	VII
Verzeichnis verwendeter Hilfsmittel.....	VII
1 Einleitung.....	1
1.1 Gesundheitsinformationssuche im Internet bei älteren Personen .....	2
1.1.1 Bedeutung der sozialen Unterstützung bei der Nutzung von OHIS .....	3
1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit und Hauptfragestellung.....	3
1.3 Aufbau der Arbeit .....	4
2 Theoretischer Hintergrund.....	7
2.1 Einführung in die Online-Gesundheitsinformationssuche (OHIS).....	7
2.1.1 Definition und Bedeutung von OHIS .....	7
2.1.2 Theoretische Modelle zur Erklärung der Nutzung von Technologien .....	8
2.2 Individuelle Kompetenzen älterer Personen und deren Bedeutung .....	16
2.2.1 Digitale Kompetenz.....	16
2.2.2 Generelle Gesundheitskompetenz .....	19
2.2.3 Digitale Gesundheitskompetenz.....	21
2.3 Soziale Unterstützung .....	22
2.3.1 Definition und Arten sozialer Unterstützung.....	22
2.3.2 Bedeutung sozialer Unterstützung für die Techniknutzung älterer Personen .....	24
3 Forschungsstand .....	26
3.1 Nutzung von OHIS bei älteren Personen .....	26
3.1.1 Faktoren im Zusammenhang mit der Nutzung von OHIS durch ältere Personen ....	27
3.2 Barrieren der OHIS bei älteren Personen.....	28
4 Leitfragen und forschungsgeleitete Hypothesen.....	30
5 Methodisches Vorgehen .....	33

5.1	Datengrundlage und Datenaufbereitung .....	33
5.1.1	Grundgesamtheit und Stichprobe .....	33
5.1.2	Erhebungsdesign.....	35
5.1.3	Variablen für die Analyse.....	36
5.2	Auswertungsmethoden.....	40
5.2.1	Chi-Quadrat-Test .....	40
5.2.2	Binär logistische Regressionsanalyse .....	41
6	Ergebnisse.....	43
6.1	Aktuelle Nutzung von OHIS bei den 60+-Jährigen .....	43
6.1.1	Nutzung von OHIS .....	43
6.1.2	Fazit zur aktuellen Nutzung von OHIS bei den 60+-Jährigen.....	44
6.2	Soziale Ungleichheiten und Barrieren .....	45
6.2.1	Charakteristik der User und Non-User .....	45
6.2.2	Rolle der Häufigkeit der Internetnutzung und des Vertrauens in OHI bei OHIS.....	46
6.2.3	Barrieren in Bezug auf die Nutzung von OHIS bei den 60+-Jährigen.....	50
6.2.4	Fazit zu Barrieren und sozialen Ungleichheiten.....	51
6.3	Bedeutung der Kompetenzen und sozialen Unterstützung für die Nutzung von OHIS ..	52
6.3.1	Korrelation der drei Kompetenzen .....	53
6.3.2	Erhaltene soziale Unterstützung .....	55
6.3.3	Faktoren im Zusammenhang mit der Nutzung von OHIS.....	60
6.3.4	Fazit zur Bedeutung der Kompetenzen und sozialen Unterstützung auf OHIS ..	67
6.4	Soziale Unterstützung und Kompetenzen .....	67
6.4.1	Zusammenhang zwischen GK und gesundheitsbezogener Unterstützung .....	68
6.4.2	Zusammenhang zwischen DK und technikbezogener Unterstützung .....	69
6.4.3	Fazit zur sozialen Unterstützung und Kompetenzen .....	70
7	Diskussion.....	71
7.1	Hauptbefunde der Ergebnisse .....	71
7.2	Interpretation und Einordnung der Ergebnisse .....	72

7.2.1	Nutzung von OHIS bei den Personen ab 60 Jahren.....	72
7.2.2	Soziale Ungleichheiten und Barrieren.....	74
7.2.3	Bedeutung der Kompetenzen und sozialen Unterstützung.....	76
7.3	Stärken und Limitationen.....	82
8	Schlussfolgerungen.....	85
8.1	Zusammenfassung der Diskussion und deren Bedeutung für die Soziale Arbeit .....	85
8.2	Ausblick .....	89
8.2.1	Empfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit.....	89
8.2.2	Vorschläge für zukünftige Forschung in Bezug auf die Soziale Arbeit .....	93
9	Literatur .....	95
10	Anhang.....	110
10.1	Übersicht der Literatur des beschriebenen Forschungsstandes.....	110
10.2	Histogramme der Kompetenzen.....	112
10.2.1	Digitale Kompetenz.....	112
10.2.2	Gesundheitskompetenz.....	113
10.2.3	Digitale Gesundheitskompetenz.....	114
10.3	Eigenständigkeitserklärung.....	115

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. (Venkatesh et al., 2003: 447)	9
Abbildung 2: UTAUT2. (Venkatesh et al. 2012: 160).....	11
Abbildung 3: STAM. (van Biljon/Renaud 2009:12).....	12
Abbildung 4: Nutzungshäufigkeit von OHIS (der Onliner $n = 1'248$ ). (eigene Darstellung) .....	43
Abbildung 5: Nutzungshäufigkeit von OHIS nach Alter (der Onliner $n = 1'248$ ). (eigene Darstellung) .....	44
Abbildung 6: Barrieren in Bezug auf die Nutzung von OHIS der Non-User (On- und Offliner, $n = 333$ ). (eigene Darstellung).....	51
Abbildung 7: GK nach Alter und Geschlecht (der Onliner $n = 1'182$ ). (eigene Darstellung) .....	54
Abbildung 8: DK nach Alter und Geschlecht (der Onliner $n = 1'256$ ). (eigene Darstellung) .....	55
Abbildung 9: Instrumentelle Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen nach Alter und Geschlecht (bei Onliner $n = 1'231$ ). (eigene Darstellung) .....	56
Abbildung 10: Emotionale Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen nach Alter und Geschlecht (bei Onliner $n = 1'220$ ). (eigene Darstellung) .....	57
Abbildung 11: Instrumentelle Unterstützung bei technischen Herausforderungen nach Alter und Geschlecht (bei Onliner $n = 1'231$ ). (eigene Darstellung) .....	59
Abbildung 12: Emotionale Unterstützung bei technischen Herausforderungen nach Alter und Geschlecht (bei Onliner $n = 1'186$ ). (eigene Darstellung) .....	60
Abbildung 13: GK nach Art der gesundheitsbezogenen Unterstützung und deren Erhalt oder nicht-Erhalt (On- und Offliner). (eigene Darstellung).....	69
Abbildung 14: DK nach Art der technikbezogenen Unterstützung und deren Erhalt oder nicht-Erhalt (On- und Offliner). (eigene Darstellung) .....	70
Abbildung 15: Histogramm der DK von On- und Offliner ( $n = 1'308$ ) .....	112
Abbildung 16: Histogramm der DK von Onliner ( $n = 1'256$ ) .....	112
Abbildung 17: Histogramm der GK von On- und Offliner ( $n = 1'240$ ) .....	113
Abbildung 18: Histogramm der GK von Onliner ( $n = 1'182$ ) .....	113
Abbildung 19: Histogramm der DGK von On- und Offliner ( $n = 1'099$ ) .....	114
Abbildung 20: Histogramm der GK von Onliner ( $n = 1'062$ ) .....	114

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mögliche altersbedingte Einschränkungen hinsichtlich IKT-Nutzung nach Seifert/Schelling 2022. (eigene Darstellung) .....	15
Tabelle 2: Barrieren für die digitale Kompetenz älterer Personen. (eigene Darstellung) .....	18
Tabelle 3: Hypothesen zu sozialer Ungleichheit und Barrieren in Bezug auf die Nutzung von OHIS. ....	31
Tabelle 4: Hypothesen zur Bedeutung von Kompetenzen und sozialer Unterstützung bei der Nutzung von OHIS.....	32
Tabelle 5: Merkmale der Stichprobe.....	35
Tabelle 6: Verteilung demografischer und sozioökonomischer Merkmale zwischen OHIS-Usern und -Non-Usern. Analyse der Onliner mit Chi-Quadrat-Test.....	46
Tabelle 7: Binär logistische Regressionsanalyse mit Gesundheitsinformationssuche im Internet (User = 1, Non-User = 0) als abhängige Variable, Onliner und Modelle 1 und 2. ....	48
Tabelle 8: Beantwortung der Hypothesen H2a bis H2h.....	50
Tabelle 9: Korrelationsmatrix mit GK, DGK und DK (Onliner $n = 1'030$ ). ....	53
Tabelle 10: Binär logistische Regressionsanalyse mit Gesundheitsinformationssuche im Internet (User = 1, Non-User = 0) als abhängige Variable, Onliner und Modelle 1 bis 5.....	65
Tabelle 11: Beantwortung der Hypothesen H3a bis H3f.....	66
Tabelle 12: Enthaltene Literatur des abgebildeten Forschungsstandes. (eigene Darstellung) ....	111

## Verzeichnis verwendeter Hilfsmittel

- **DeepL Writing** für die Prüfung der Rechtschreibung und Grammatik
- **Excel** für die Darstellung der Diagramme
- **SPSS** für die statistische Analyse der erhobenen Daten, einschliesslich deskriptiver Analysen, Chi-Quadrat-Tests, binär logistischer Regressionsanalysen sowie zur Erstellung und Darstellung von Histogrammen
- **Zotero** für die Verwaltung und Zitation der Literatur

## 1 Einleitung

Die Altersstruktur in vielen westlichen Ländern, so auch in der Schweiz, wird sich in den kommenden Jahrzehnten stark verändern. In der Konsequenz der steigenden Lebenserwartung erreicht auch in der Schweiz ein grösserer Anteil der Menschen ein hohes Alter, sodass sich die Alterung der Bevölkerung verstärkt hat<sup>1</sup> (vgl. BFS 2022: 3). Als eine Antwort auf diese neue Ausgangslage wurde im Jahr 2016 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Konzept zum «Gesunden Altern» (engl. Healthy Aging) erstellt, welches eine der grundlegenden Orientierungen für die Gesundheitsförderung im Alter bildet. Das Konzept beschreibt die Bedingungen, unter denen sich Wohlbefinden im Alter trotz möglicher körperlicher und psychischer Erkrankungen entwickeln kann (vgl. BAG et al. 2023: 10). Es basiert auf der Annahme, dass die Entwicklung und Erhaltung funktioneller Fähigkeiten und Ressourcen bis ins hohe Alter möglich sind. Dies setzt zum einen die individuellen körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie zum anderen ein förderliches physisches und soziales Umfeld voraus (ebd.).

Das Thema «Gesundes Altern» wurde bereits im Bericht des Bundesrates «Strategie für eine schweizerische Alterspolitik» im Jahr 2007 aufgegriffen (vgl. 2007: 12). Aktueller und auf einer höheren Instanz wurde von der Generalversammlung der Vereinten Nationen, in Anerkennung der Bedeutung des gesunden Alterns für die Erreichung aller 17 «Sustainable Development Goals», die Jahre 2021 bis 2030 zur UN-Dekade für gesundes Altern ausgerufen (vgl. WHO 2020). Des Weiteren ist zu konstatieren, dass die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats für den Zeitraum von 2020 bis 2030 eine ähnliche Stossrichtung aufweist wie die Forderungen der UNO (vgl. BAG/GFCH/GDK 2023: 10). Das Ziel besteht darin, Menschen unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status dazu zu befähigen, einen gesunden Lebensstil in einem gesundheitsförderlichen Umfeld zu pflegen (vgl. ebd.). Das Konzept des «gesunden Alterns» ist zudem bei weiteren Akteur:innen in deren aktueller oder zukünftiger Strategie verankert (vgl. BAG 2019: 45, GFCH 2024: 7). Infolgedessen wird es in den kommenden Jahren in der Schweiz eine zunehmende gesellschaftliche und politische Relevanz erfahren.

Gleichzeitig zum demografischen Wandel fand und findet eine vorschreitende digitale Transformation statt, die sich unter anderem im Nutzungsanstieg von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zeigt (vgl. Seifert 2022: 305), was die Verbreitung von Wissen und Informationen verbessern kann (vgl. Fang et al. 2019: e1). In Anbetracht des erwähnten demografischen Wandels kommt innovativen Technologielösungen eine entscheidende Bedeutung

---

<sup>1</sup> Im Jahr 2023 waren über 1.7 Millionen Menschen über 65 Jahre alt und stellten einen Anteil von fast 20 % der Gesamtbevölkerung (BFS 2024a).

bei der Verbesserung der Lebensqualität, Gesundheit und Unabhängigkeit älterer Personen<sup>1</sup> zu (vgl. ebd.) und so postuliert Cotten (2021: 374), dass die digitale Umwelt für die Aufrechterhaltung eines gesunden Lebensstils im Alter an Bedeutung gewinnt und somit das WHO-Konzept über Healthy Aging bezüglich dessen förderlicher Voraussetzungen der physischen und sozialen Umwelt um eine «förderliche» digitale Umwelt ergänzt werden müsste.

Die Nutzung digitaler Technologien durch die ältere Bevölkerung ist jedoch, wie diverse internationale Studien belegen, geringer als diejenige jüngerer Altersgruppen (z. B. Anderson/Perrin 2017, König/Seifert/Doh 2018). Diese These lässt sich auch anhand der Schweizer Zahlen des Bundesamts für Statistik hinsichtlich der Internetnutzung belegen (vgl. BFS 2023a: 5) und man spricht in diesem Kontext auch vom «Digital Divide» (vgl. van Dijk 2006: 221). Des Weiteren besteht zusätzlich ein Mangel an Erkenntnissen hinsichtlich der Heterogenität und des Spektrums der verschiedenen Online-Aktivitäten unter älteren Internetnutzer:innen (Abkürzung englisch: Onliner) sowie der Determinanten einer solchen Nutzung (vgl. Seifert/Kamin/Lang 2020: 2).

Somit profitieren lediglich diejenigen von digitalen Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention (GF+P), die über einen Internetzugang sowie die entsprechende Hardware verfügen (vgl. Cornejo Müller/Wachtler/Lampert 2020: 185). Mit der zunehmenden Verfügbarkeit des Internetzugangs zeigt sich jedoch, dass sich der Digital Divide zunehmend in Ungleichheiten von digitalen Kompetenzen und Unterschieden im Nutzungsverhalten manifestiert und so kann die individuelle Gesundheitskompetenz sowie die digitale Kompetenz jeder einzelnen Person einen starken Einfluss darauf haben, ob und wie häufig und wie effektiv digitale Angebote zur GF+P in Anspruch genommen werden (vgl. ebd.).

## 1.1 Gesundheitsinformationssuche im Internet bei älteren Personen

eHealth stellt eine mögliche Lösung dar, um die Hindernisse zu überwinden, mit denen ältere Personen konfrontiert sind, wenn sie versuchen, rechtzeitig Zugang zu wirksamen und angemessenen Gesundheitsinformationen über Gesundheitsversorgung oder GF+P im Alter zu erhalten (vgl. Wilson et al. 2021: 2). Die Online-Gesundheitsinformationssuche (englisch: online health information seeking – OHIS) ist eine mögliche Art, sich auf schnelle unkomplizierte Art gezielte «qualitative» gesundheitsbezogene Informationen zu beschaffen. Gleichzeitig können ältere Personen aufgrund der Komplexität ihres Gesundheitszustands und des Risikos der

---

<sup>1</sup> In dieser Masterthesis wird die Definition der Vereinten Nationen übernommen, die 60 Jahre oder älter als Bezeichnung für ältere Personen verwendet, wobei die Vielfalt älterer Menschen in Bezug auf ihre Bedürfnisse, Fähigkeiten, Lebensstile, Erfahrungen und Vorlieben anerkannt wird, die durch ihr Alter, ihr Geschlecht, ihren Gesundheitszustand, ihr Einkommen, ihre Bildung, ihre ethnische Zugehörigkeit und andere Faktoren geprägt sind (vgl. UNDP 2017: 21).

Informationsüberlastung bei der OHIS auf erhebliche Hürden stossen wie das Wählen aus verschiedenen Informationsquellen, die Formulierung präziser Gesundheitsanfragen und die Bewertung von Fehlinformationen (vgl. Zhao/Zhao/Song 2022: 12).

Aber auch hier zeigen Studien (z. B. Jia/Pang/Liu 2021, Shutsko 2022), dass es unter anderem altersbedingte Ungleichheiten bei der OHIS gibt: So sind ältere Onliner bei der OHIS-Nutzung weniger aktiv, obwohl sie mehr gesundheitsbezogene Probleme hätten (vgl. Shutsko 2022: 50).

### **1.1.1 Bedeutung der sozialen Unterstützung bei der Nutzung von OHIS**

Soziale Unterstützung stellt eine wesentliche Komponente der sozialen Ressourcen dar (vgl. Bachmann 2020: 4) und aus einigen Studien ist ersichtlich, dass die soziale Unterstützung in Zusammenhang mit OHIS steht (z. B. Arcury et al. 2020, Choi 2020, Ma et al. 2023, Mizrachi et al. 2020, Prinzellner et al. 2022). Dennoch konnte in einer aktuellen Studie von Ishizuki und Hirano (vgl. 2024: 7) kein signifikanter Zusammenhang zwischen OHIS und sozialer (emotionaler) Unterstützung nachgewiesen werden. Die Verfassenden der Studie weisen jedoch darauf hin, dass praktische und informationelle Unterstützung durch Familienmitglieder eine grössere Rolle bei OHIS spielt. Zudem werde der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und OHIS durch die GK vermittelt. Soziale Unterstützung wirkt sich demnach positiv auf die GK aus, was letztlich zu verstärkten OHIS führt. Daher ist es erforderlich, die Mechanismen zu analysieren, durch die soziale Unterstützung, GK und OHIS miteinander interagieren (vgl. ebd.: 8ff).

## **1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit und Hauptfragestellung**

Obschon frühere Studien grosse Anstrengungen unternommen haben, um die Determinanten von OHIS zu ermitteln, existieren lediglich wenige Untersuchungen, die sich damit befassen, wie das Suchverhalten älterer Personen besser unterstützt und gefördert werden kann, und die zugrunde liegenden Mechanismen sind noch weitgehend ungeklärt (vgl. Ma et al. 2023: 2). Zudem wird auf nationale und regionale Unterschiede hinsichtlich der Ungleichheiten bei der Nutzung von OHIS durch ältere Personen sowie auf die Barrieren, welche einer Nutzung entgegenstehen, hingewiesen, weswegen weitere Untersuchungen empfohlen werden (vgl. Bachofner et al. 2024: 5, Shutsko 2022: 50, Zhao et al. 2022: 15).

Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit verfolgt das Ziel, soziale Ungleichheiten im Gesundheitsbereich durch die Verringerung gesundheitlicher Benachteiligungen zu bekämpfen. Dabei spielt die lebensweltorientierte GF+P eine zentrale Rolle, indem sie ältere Personen in ihrer alltäglichen Lebenswelt erreicht und sie dabei unterstützt, gesundheitsbezogene Ressourcen zu nutzen und ihre Autonomie zu stärken (vgl. Rademaker 2022: 342).

Diese Aufgabe der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit beruht auf dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit (vgl. Rademaker 2024: 13), das auch von der Generalversammlung der International Federation of Social Workers (IFSW) als eines der grundlegenden Prinzipien der Sozialen Arbeit definiert wurde (vgl. IFSW 2014). Soziale Gerechtigkeit bedeutet in diesem Kontext, dass alle Menschen – unabhängig von Bildung, Geschlecht oder anderen soziodemografischen Merkmalen – die gleichen Chancen haben sollten, gesundheitsbezogene Informationen zu nutzen und ihre Gesundheit selbstbestimmt zu fördern. Die Soziale Arbeit setzt diesen Grundsatz praktisch um, indem sie darauf abzielt, strukturelle Barrieren wie Ungleichheiten zu erkennen und gezielt abzubauen.

So hat die vorliegende Masterthesis zum Ziel, einerseits die aktuelle Nutzung und die Barrieren der älteren Personen in der Schweiz im Hinblick auf OHIS aufzuzeigen und andererseits die Bedeutung der individuellen Kompetenzen sowie die Rolle der sozialen Unterstützung bei der Nutzung von OHIS zu untersuchen.

Die Hauptfragestellung der Masterthesis lautet dementsprechend:

*Inwiefern lassen sich aus den Erkenntnissen über die Nutzung von OHIS, der Bedeutung individueller Kompetenzen älterer Personen in der Schweiz und der Rolle sozialer Unterstützung Empfehlungen für die Soziale Arbeit ableiten, und wie würden diese lauten?*

Zu diesem Zweck werden folgende drei Punkte näher untersucht und in Form von Leitfragen im vierten Kapitel der Masterthesis dargestellt:

1. die Nutzung (bzw. Nicht-Nutzung) von OHIS
2. die Charakteristika der OHIS-User und -Non-User und die Barrieren
3. die Einflüsse individueller Kompetenzen und sozialer Unterstützung auf OHIS

Die vorliegende Masterthesis zielt darauf ab, Barrieren und Ungleichheiten bei der Nutzung von OHIS durch ältere Personen zu identifizieren, um daraus Handlungsmöglichkeiten für die Praxis der Sozialen Arbeit zu entwickeln.

### **1.3 Aufbau der Arbeit**

Die Einleitung schliesst nun mit einer Übersicht über den Aufbau der Arbeit ab. Die Masterthesis gliedert sich in acht Kapitel, die systematisch die Nutzung von OHIS durch ältere Personen untersuchen und dabei zentrale Prädiktoren und Barrieren beleuchten.

Das zweite Kapitel bildet die theoretische Grundlage der Arbeit. Es beginnt mit einer Einführung in OHIS, einschliesslich deren Definition und Bedeutung (Kapitel 2.1.1), und stellt theoretische Modelle zur Erklärung der Technologienutzung vor (Kapitel 2.1.2). Im weiteren Verlauf wird die

Bedeutung individueller Kompetenzen älterer Personen – digitale Kompetenz (Kapitel 2.2.1), generelle Gesundheitskompetenz (Kapitel 2.2.2) und digitale Gesundheitskompetenz (Kapitel 2.2.3) – untersucht. Abschliessend wird die soziale Unterstützung beleuchtet, insbesondere ihre Rolle für die Techniknutzung älterer Personen (Kapitel 2.3.1 und 2.3.2).

Das dritte Kapitel fasst den aktuellen Forschungsstand zur Nutzung von OHIS bei älteren Personen zusammen. Es werden Faktoren (Kapitel 3.1.1) sowie Barrieren (Kapitel 3.2) identifiziert, die mit der Nutzung in Zusammenhang stehen.

Das vierte Kapitel formuliert die Leitfragen und forschungsgeleiteten Hypothesen, die sich aus dem theoretischen Hintergrund und dem Forschungsstand ableiten. Diese strukturieren die empirische Untersuchung und dienen als Grundlage für die Analyse.

Das fünfte Kapitel beschreibt das methodische Vorgehen. Es werden die Datengrundlage und Datenaufbereitung erläutert, einschliesslich der Beschreibung der Grundgesamtheit, der Stichprobe (Kapitel 5.1.1), des Erhebungsdesigns (Kapitel 5.1.2) sowie der erhobenen Variablen (Kapitel 5.1.3). Zudem werden die angewandten Auswertungsmethoden – Chi-Quadrat-Tests (Kapitel 5.2.1) und binär logistische Regressionsanalysen (Kapitel 5.2.2) – detailliert beschrieben.

Das sechste Kapitel präsentiert die Ergebnisse der empirischen Untersuchung. Zunächst wird die aktuelle Nutzung von OHIS bei Personen ab 60 Jahren beschrieben (Kapitel 6.1), einschliesslich der Nutzungsmuster (Kapitel 6.1.1) und eines Fazits zur Nutzung (Kapitel 6.1.2). Anschliessend werden soziale Ungleichheiten und Barrieren analysiert, darunter die Charakteristiken der User und Non-User (Kapitel 6.2.1), der Einfluss der Internetnutzungshäufigkeit und des Vertrauens in OHI (Kapitel 6.2.2) sowie Barrieren in Bezug auf die Nutzung (Kapitel 6.2.3). Die Bedeutung individueller Kompetenzen und sozialer Unterstützung wird detailliert untersucht (Kapitel 6.3), einschliesslich der Korrelation der drei Kompetenzen – digitale Kompetenz, Gesundheitskompetenz und digitale Gesundheitskompetenz – (Kapitel 6.3.1) und der erhaltenen sozialen Unterstützung (Kapitel 6.3.2). Abschliessend wird der Zusammenhang zwischen Kompetenzen und sozialer Unterstützung analysiert (Kapitel 6.4).

Das siebte Kapitel diskutiert die Ergebnisse im Kontext der theoretischen Grundlagen und des Forschungsstands. Es werden die Hauptbefunde interpretiert (Kapitel 7.1) und in den wissenschaftlichen Diskurs eingeordnet (Kapitel 7.2), gegliedert nach Nutzung von OHIS (7.2.1), sozialen Ungleichheiten und Barrieren (Kapitel 7.2.2) sowie der Bedeutung von Kompetenzen und sozialer Unterstützung (Kapitel 7.2.3). Abschliessend werden die Stärken und Limitationen der Untersuchung analysiert (Kapitel 7.3), um deren Implikationen für die Praxis und zukünftige Forschung aufzuzeigen.

Das achte Kapitel bildet den Abschluss der Arbeit und stellt den Bezug zur Sozialen Arbeit her. Zunächst erfolgt eine Einordnung der Ergebnisse in den Kontext der Sozialen Arbeit (Kapitel 8.1),

bevor praxisorientierte Empfehlungen (Kapitel 8.2.1) und Vorschläge für zukünftige Forschungsprojekte (Kapitel 8.2.2) formuliert werden.

## 2 Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund dieser Arbeit bietet die notwendige Grundlage, um die Hauptfragestellung in den richtigen wissenschaftlichen Kontext zu setzen. In diesem Kapitel werden zentrale Konzepte, Modelle und Theorien vorgestellt, die für das Verständnis der Nutzung von OHIS durch ältere Personen von Bedeutung sind. Diese theoretischen Grundlagen ermöglichen es, die spezifischen Herausforderungen und Chancen zu identifizieren, die für die GF+P in der Sozialen Arbeit relevant sind. Das Kapitel ist in drei Hauptbereiche unterteilt: Zunächst wird OHIS als Phänomen eingeführt und theoretisch verortet. Anschliessend wird die Bedeutung individueller Kompetenzen älterer Personen in Bezug auf OHIS erörtert, bevor das Kapitel mit dem Konzept der sozialen Unterstützung abgeschlossen wird.

### 2.1 Einführung in die Online-Gesundheitsinformationssuche (OHIS)

Die Nutzung des Internets zur Suche nach Gesundheitsinformationen, auch bekannt als Online-Health-Information-Seeking (OHIS), hat in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. Für viele Menschen, einschliesslich älterer Personen, ist das Internet zur primären Quelle für gesundheitsbezogene Informationen geworden (vgl. De Gani et al. 2021: 81). Dieses Unterkapitel zielt darauf ab, OHIS als zentrales Konzept dieser Arbeit vorzustellen. Zunächst wird der Begriff OHIS definiert und die Bedeutung dieses Phänomens in der modernen Gesellschaft aufgezeigt. Anschliessend werden theoretische Modelle vorgestellt, die helfen, OHIS älterer Personen zu erklären. Diese Modelle bieten die Grundlage für das Verständnis der Faktoren, die OHIS beeinflussen, und legen den Grundstein für die weitere Analyse in den folgenden Kapiteln.

#### 2.1.1 Definition und Bedeutung von OHIS

Die *American Medical Informatics Association*, die *Consumer Health Informatics Working Group* und die *International Medical Informatics Association, Nursing Informatics Interest Group* definieren eine gesundheitsinformationskonsumierende Person als eine, die nach Informationen über Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, spezifische Behandlungen und das Management von Gesundheitszuständen und chronischen Krankheiten sucht (vgl. Lewis/Chang/Friedman 2005: 1). Diese Konsumierenden umfassen nicht nur Personen mit spezifischen Gesundheitsproblemen und deren Angehörige, sondern auch die allgemeine Öffentlichkeit, die sich für die Förderung ihrer Gesundheit interessiert (vgl. ebd.).

In diesem Kontext bezeichnet der Begriff der Online-Gesundheitsinformationssuche (OHIS) die Nutzung des Internets durch Einzelpersonen, um Informationen über ihre Gesundheit, Risiken, Krankheiten und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu finden (vgl. Ma et al. 2023: 1f.). Spezifische Beispiele für die Informationen nennen Ghahramani und Wang (2020: 1277): «Such

information can include anything regarding the symptoms, diagnoses and treatments of different diseases or simply general information about weight loss, healthy diets or wellness tips.».

In der wissenschaftlichen Literatur besteht im Allgemeinen Konsens hinsichtlich der Definition von OHIS (vgl. Wang/Shi/Kong 2021: 1171). Zudem wird deren hohe Bedeutung für die Bewältigung einer Erkrankung und den Erhalt der Gesundheit betont (z. B. Link/Baumann 2020: 681). So umfasst die Informationssuche, als Teil des Informationsverhaltens, das gezielte Suchen nach Informationen, um ein spezifisches Bedürfnis zu erfüllen und zeigt den makroskopischen Aspekt des Gesundheitsinformationsverhaltens auf (vgl. Ghahramani/Wang 2020: 1277). Folglich stellen der Zugang sowie die adäquate Nutzung essentielle Voraussetzungen dar, um das erlangte Wissen als Fundament für gesundheitsrelevante Entscheidungen zu nutzen und dabei zu unterstützen, emotionale Belastungen und subjektiv wahrgenommene Unsicherheit zu bewältigen (vgl. Link/Baumann 2020: 681).

In der vorliegenden Masterthesis erfolgt eine Fokussierung auf die Nutzung und somit auf den Zugang und auf mögliche Barrieren hinsichtlich OHIS. Aspekte der spezifischen Suche (z. B. Häufigkeit und Quelle) sowie des Umgangs mit Informationen (z. B. Einfluss des Wissens ins individuelle Verhalten) werden dabei nicht berücksichtigt.

Während dieses Kapitel die grundlegende Definition und Bedeutung der OHIS darlegte, ist es nun entscheidend, theoretische Modelle zu präsentieren, die die Nutzung und die Motive der Nutzenden von Technologien erklären. Im folgenden Abschnitt werden Modelle präsentiert, welche ein vertieftes Verständnis derjenigen Faktoren ermöglichen, welche die Nutzung neuer Technologien, wie beispielsweise das Internet, welches für OHIS unabdingbar ist, beeinflussen.

### **2.1.2 Theoretische Modelle zur Erklärung der Nutzung von Technologien**

Im Rahmen der Forschung zu OHIS wurde ein breites Spektrum an Theorien zu Kommunikation, Informationssystemen und Sozialpsychologie angewandt (vgl. Wang et al. 2021: 1163). Im Rahmen dieser Masterthesis erfolgt eine Fokussierung auf die Anwendung zweier Technologieakzeptanzmodelle als theoretischem Hintergrund. Zunächst werden die «Unified Theory of Acceptance and Use of Technology » (UTAUT) und deren Erweiterung UTAUT2 erörtert, da diese auf die private Nutzung neuer Technologien anwendbar ist. In der Folge wird das «Senior Technology Acceptance & Adoption Model» (STAM) erörtert, welches ein Modell der Technologieakzeptanz darstellt, das speziell für die Gruppe der älteren Personen entwickelt wurde. In beiden Modellen erfolgt eine Erörterung derjenigen Faktoren, die die Akzeptanz und Nutzung einer Technologie beeinflussen. Somit geben die Modelle erste Erkenntnisse über Faktoren, die die Nutzung von OHIS beeinflussen.

### 2.1.2.1 UTAUT und UTAUT2

Die UTAUT integriert acht bestehende Modelle zur Theorieakzeptanz, nämlich die «Theory of Reasoned Action», das «Technology Acceptance Model», das «Motivational Model», die «Theory of Planned Behavior», ein Modell, das das «Technology Acceptance Model» und die «Theory of Planned Behavior» kombiniert, das «Model of PC Utilization», die «Innovation Diffusion Theory» und die «Social Cognitive Theory» (vgl. Venkatesh et al. 2003: 425). UTAUT gilt deswegen als Synthese der Vielzahl an Modellen innerhalb des Adoptionsparadigmas (Venkatesh/Thong/Xu 2012: 159).

UTAUT wurde anhand einer Längsschnittstudie mit Mitarbeitenden aus vier IT-Organisationen empirisch getestet (vgl. Venkatesh et al. 2003: 437) und anschliessend anhand neuer Daten aus zwei weiteren IT-Organisationen kreuzvalidiert (vgl. ebd.: 461). Das Modell wird im Folgenden dargestellt und anschliessend näher beschrieben.

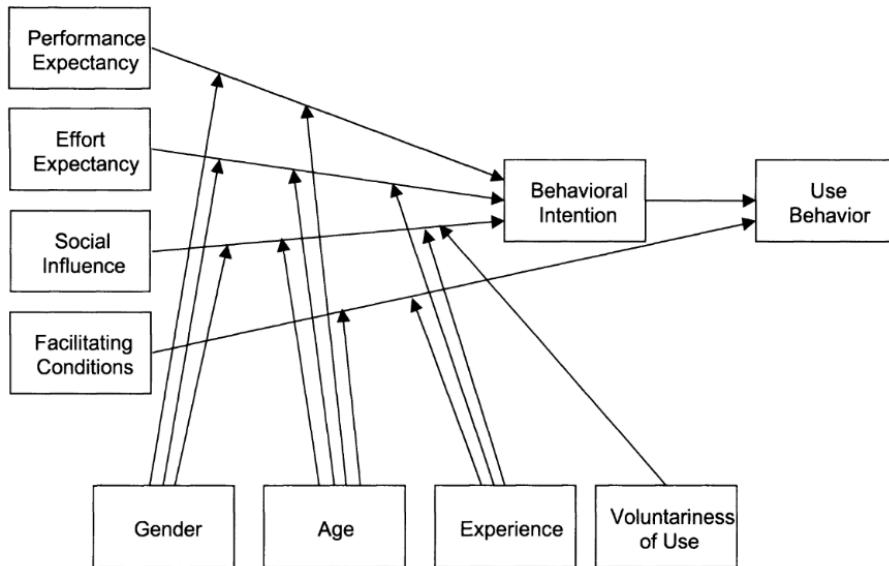


Abbildung 1: Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. (Venkatesh et al., 2003: 447)

Das Ziel des UTAUT-Modells besteht in der Erklärung der Nutzungsintention («Behavioral Intention») sowie des tatsächlichen Nutzungsverhaltens («Use Behavior») von Personen im Kontext neuer Technologien. In diesem Kontext wird zwischen der Nutzungsintention, welche die Absicht einer Person bezeichnet, eine spezifische Technologie zu nutzen, und der tatsächlichen Nutzung, welche das konkrete Verhalten einer Person in Bezug auf die Technologie umfasst, unterschieden (vgl. Venkatesh et al. 2008: 485). Im Rahmen des UTAUT werden vier zentrale Akzeptanzfaktoren identifiziert, die das Verhalten der Nutzung von Technologien beeinflussen. Die genannten Faktoren umfassen die Leistungserwartung («Performance Expectancy»), die Aufwandserwartung («Effort Expectancy»), den sozialen Einfluss («Social Influence») sowie die unterstützenden Bedingungen («Facilitating Conditions») (vgl. Venkatesh et al. 2003: 447). Wie

bei Abbildung 1 zu sehen, erklären die Leistungserwartung, die Aufwandserwartung sowie der soziale Einfluss die Nutzungsintention einer Person. Des Weiteren tragen unterstützende Bedingungen zur Erklärung des tatsächlichen Nutzungsverhaltens bei. Außerdem wurden die vier Moderatoren Geschlecht («Gender»), Alter («Age»), Erfahrung («Experience») und Grad der Freiwilligkeit («Voluntariness of Use») identifiziert (vgl. ebd.: 446–447). Gemäss dem Modell können diese Moderatoren die Beziehung und Auswirkung der Akzeptanzfaktoren beeinflussen (vgl. ebd.: 447). Im Folgenden erfolgt eine kurze Erläuterung der einzelnen Akzeptanzfaktoren und Moderatoren.

Die **Leistungserwartung** bezeichnet die Überzeugung einer Person, dass die Nutzung einer Technologie ihre (Arbeits-) Leistung verbessert. Die Leistungserwartung wird als der stärkste Faktor angesehen, der die Absicht zur Nutzung sowie die tatsächliche Nutzung beeinflusst (vgl. ebd.).

Die **Aufwandserwartung** bezieht sich auf die Wahrnehmung der Komplexität bzw. Einfachheit der Nutzung der Technologie. Die Aufwandserwartung bezeichnet den Grad der Benutzerfreundlichkeit, der mit der Nutzung des Systems assoziiert wird (vgl. ebd.: 450). Eine geringere Wahrnehmung von Hindernissen sowie eine positive Selbstwirksamkeitserwartung fördern die Nutzungsintention (vgl. ebd.: 450).

Der **soziale Einfluss** wird im Modell als Massstab dafür beschrieben, in welchem Umfang eine Person die Relevanz der Nutzung der Technologie für ihr soziales Umfeld wahrnimmt (vgl. ebd.: 451). Diese Definition basiert auf der Annahme, dass das individuelle Verhalten massgeblich durch die Überzeugungen und Meinungen anderer Personen beeinflusst wird.

Als **unterstützende Bedingungen** werden das Vorhandensein einer organisatorischen und technischen Infrastruktur, welche die Nutzung der Technologie ermöglicht, genannt (vgl. ebd.: 453).

Die Forschungsarbeit von Venkatesh et al. (2003) konnte die folgenden Zusammenhänge zwischen den Akzeptanzfaktoren und Moderatoren bestätigen:

Der Einfluss der **Leistungserwartung** wird durch **Geschlecht** und **Alter** modifiziert, sodass der Effekt bei jüngeren Personen, insbesondere bei männlichen Personen, stärker ausgeprägt ist (vgl. ebd.: 450).

Der Einfluss der **Aufwandserwartung** wird durch **Geschlecht**, **Alter** und **Erfahrung** modifiziert, sodass die Wirkung bei jüngeren Personen, insbesondere bei weiblichen Personen, und insbesondere in frühen Erfahrungsstadien höher ist (vgl. ebd.).

Der Einfluss des **sozialen Einflusses** wird durch **Geschlecht**, **Alter**, **Freiwilligkeit** und **Erfahrung** determiniert, sodass die Wirkung bei älteren Personen, insbesondere bei weiblichen Personen,

stärker ausfällt, insbesondere in obligatorischen Situationen in der frühen Phase der Erfahrung (vgl. ebd.: 453).

**Unterstützende Bedingungen** üben dabei keinen wesentlichen Einfluss auf die Verhaltensabsicht aus. Der Einfluss auf die Nutzung ist moderat und wird nach **Alter** und **Erfahrung** bewertet, sodass der Effekt bei älteren Arbeitnehmenden stärker ausfällt, insbesondere mit zunehmender Erfahrung (vgl. ebd.: 454).

Die UTAUT2 stellt eine Erweiterung der UTAUT dar, welche die Anwendung auf einen bislang unberücksichtigten Bereich, nämlich die private Nutzung neuer Technologien, erlaubt. Venkatesh et al. identifizierten drei zentrale Faktoren, die zur Erklärung privater Nutzung in die UTAUT integriert werden sollten: hedonische Motivation (Hedonic Motivation), Kosten-Nutzen-Verhältnis (Price Value) und Gewohnheit (Habit). Zusätzlich wurden bestehende Beziehungen modifiziert (vgl. Venkatesh et al. 2012: 160–162). In der UTAUT2 wird der Moderator der Freiwilligkeit nicht berücksichtigt, da die private Nutzung per se als freiwillig betrachtet wird (vgl. ebd.: 166).

Das Modell wird untenstehend in Abbildung 2 dargestellt und die neu hinzugekommenen Akzeptanzfaktoren werden im Anschluss erläutert.

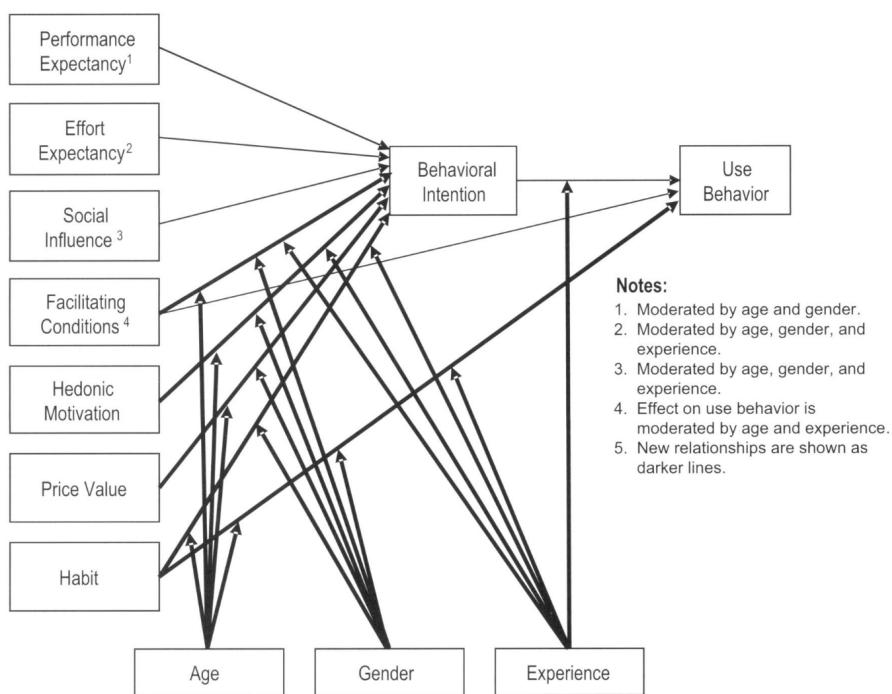


Abbildung 2: UTAUT2. (Venkatesh et al. 2012: 160)

**Hedonische Motivation** bezeichnet den Spass oder die Freude, die sich aus der Nutzung einer Technologie ergibt. Sie ist eine Form der intrinsischen Motivation, bei der Menschen handeln, um zukünftiges Vergnügen oder Bedürfnisbefriedigung zu erreichen (vgl. ebd.: 161).

Das **Kosten-Nutzen-Verhältnis** bezieht sich auf die Abwägung der Vor- und Nachteile einer Technologie. Übersteigt der wahrgenommene Nutzen die Kosten, wird die Technologie als positiv bewertet (vgl. ebd.).

**Gewohnheit** beschreibt automatisierte Verhaltensweisen, die ohne bewusstes Nachdenken ablaufen. Sie beeinflusst die Nutzungsabsicht und kann bei starker Ausprägung das Nutzungsverhalten direkt steuern (vgl. ebd.: 161–162).

Zusammenfassend bietet UTAUT2 eine wertvolle Erweiterung der ursprünglichen Theorie, indem es zusätzliche Faktoren wie hedonische Motivation, das Kosten-Nutzen-Verhältnis und Gewohnheiten in den Fokus rückt. Diese Aspekte spielen eine zentrale Rolle in der Technologieakzeptanz und -nutzung, insbesondere im privaten Kontext. Allerdings besteht weiterhin die Notwendigkeit, die genannten Faktoren im Hinblick auf ältere Bevölkerungsgruppen anzupassen, um deren spezifische Bedürfnisse und Barrieren zu adressieren.

#### 2.1.2.2 STAM und Herausforderungen im Alter

Das Senior Technology Acceptance & Adoption Model (STAM) geht diesen Schritt weiter, indem es explizit auf die besonderen Herausforderungen älterer Personen eingeht (vgl. Harte et al. 2014: 263). Das Modell wurde entwickelt, indem die Akzeptanz von Mobiltelefonen in dieser Gruppe untersucht wurde. Unter Berücksichtigung bestehender Modelle wurden relevante Akzeptanzfaktoren identifiziert und im Kontext älterer Menschen analysiert. Diese Faktoren wurden durch halb-strukturierte Interviews validiert. STAM erklärt, warum viele ältere Personen die Technologie nie vollständig akzeptieren und die finale Implementierung nicht erreichen (vgl. Renaud/van Biljon 2008: 217). Das Modell wird im Folgenden in Abbildung 3 dargestellt und anschliessend näher beschrieben.

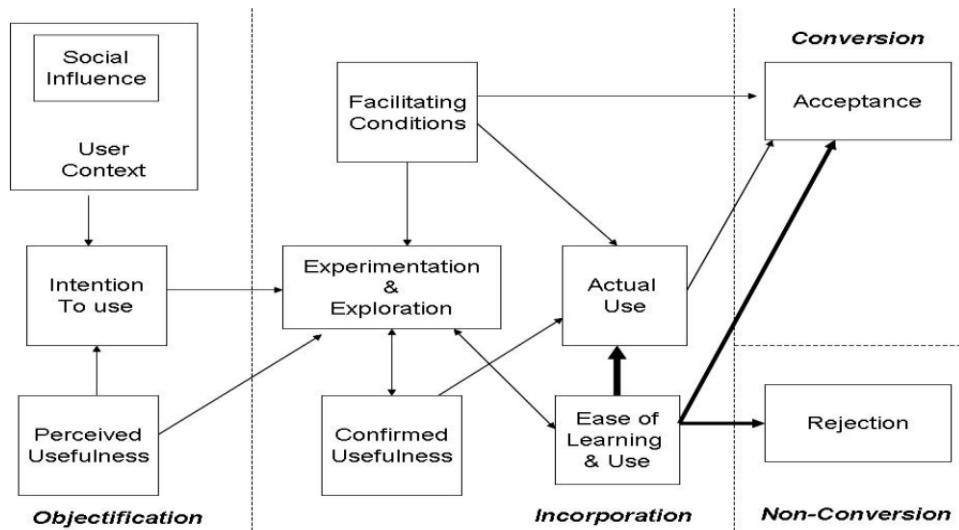


Abbildung 3: STAM. (van Biljon/Renaud 2009:12)

Das STAM-Modell besteht aus drei Phasen: Objektivierung, Inkorporation und (Nicht-) Implementierung. Die Phase der Objektivierung wird durch den sozialen und nutzungsspezifischen Kontext (User Context) und die wahrgenommene Nützlichkeit (Perceived Usefulness) beeinflusst. Der **soziale und nutzungsspezifische Kontext** umfasst demografische Variablen, den sozialen Einfluss sowie persönliche Faktoren wie das Alter und die funktionalen Fähigkeiten. In diesem Kontext spielt der soziale Einfluss als vorherrschende externe Variable eine zentrale Rolle, weshalb er als eigenes Modul dargestellt wird (vgl. van Biljon/Renaud 2009: 10).

Die **wahrgenommene Nützlichkeit** wird definiert als das Ausmass, in dem Personen glauben, dass die Nutzung des Systems ihre Leistung verbessert (vgl. ebd.: 10–11).

Schliesslich wird die **Nutzungsabsicht** (Intention to Use) sowohl von der wahrgenommenen Nützlichkeit beeinflusst als auch vom sozialen und nutzungsspezifischen Kontext, also den individuellen und sozialen Faktoren (vgl. ebd.: 11).

Das STAM-Modell überbrückt die Verbindung zwischen der Nutzungsabsicht und der tatsächlichen Nutzung, indem es eine Inkorporationsphase einführt. In der Inkorporationsphase finden die Faktoren «Experimentieren und Erkunden» (Experimentation & Exploration) Berücksichtigung. Des Weiteren wirken sich erleichternde Bedingungen (Facilitating Conditions), bestätigte Nützlichkeit (Confirmed Usefulness) sowie wahrgenommene Lern- und Nutzungsfreundlichkeit (Ease of Learning & Use) auf die tatsächliche Nutzung (Actual Use) aus.

**Erleichternde Bedingungen** umfassen die Infrastruktur sowie die mit Mobiltelefonen verbundenen Kosten. Dazu zählen beispielsweise die Qualität des Systems, der Service des Anbieters, die Kosten für das Mobiltelefon selbst sowie die laufenden Kosten für die Nutzung, welche durch das Geschäftsmodell des Dienstleistungsunternehmens bestimmt werden. Diese Aspekte beeinflussen direkt, wie einfach und zugänglich die Nutzung der Technologie für die Nutzenden ist (vgl. ebd.: 11).

Das **Experimentieren und Erforschen** nimmt einen zentralen Stellenwert ein, da dabei die Nutzenden die Technologie zum ersten Mal verwenden und sich einen ersten Eindruck von deren Nutzungsfreundlichkeit verschaffen. Diese Erfahrungen fliessen unmittelbar in die Bestätigung der Nützlichkeit ein, was von entscheidender Bedeutung für die Akzeptanz der Technologie ist (vgl. ebd.).

Die **Lern- und Nutzungsfreundlichkeit** eines Systems resultiert aus der subjektiv wahrgenommenen Nutzungsfreundlichkeit, d. h. dem Grad, zu dem eine Person die Nutzung des Systems als mühelos empfindet (vgl. ebd.). Diese Wahrnehmung wird massgeblich durch die Experimentier- und Erkundungsphase beeinflusst. Die finale Evaluierung der Lern- und Nutzungsfreundlichkeit ist daher in hohem Masse von den initialen Erfahrungen des Benutzers beim Testen der Technologie abhängig.

Diesbezüglich ist insbesondere im Kontext älterer Personen die leichte Erlernbarkeit von entscheidender Bedeutung. Die Erlernbarkeit eines Geräts stellt für ältere Personen eine bedeutende Herausforderung dar, wobei die Angst vor dem Scheitern eine zusätzliche Barriere darstellt (vgl. ebd.). Während andere Modelle diesen Aspekt oft nicht ausreichend berücksichtigen, wird er im STAM-Modell explizit behandelt, da sich ältere Personen häufig mehr Zeit und Unterstützung wünschen, um sich an neue Technologien zu gewöhnen.

Die **bestätigte Nützlichkeit** einer Technologie kann erst nach einer gewissen Lern- und Anwendungsphase erfolgen, da erst nach dieser Zeitspanne eine valide Einschätzung möglich ist (vgl. ebd.). Von entscheidender Bedeutung ist dabei, dass die Nutzenden die Funktionsweise der Technologie verstehen und sie entsprechend anwenden können. Die bestätigte Nützlichkeit basiert folglich auf den Funktionen, welche die Nutzenden in der Experimentierphase erprobt und deren Anwendung sie erlernt haben.

Die **tatsächliche Nutzung** wird indirekt durch die Ergebnisse des Experimentierens und Erkundens vorhergesagt. Wenn die Technologie als leicht zu erlernen und zu benutzen empfunden wird, führt dies zu einer höheren Akzeptanz und Nutzung. Zudem sind die erleichternden Bedingungen, wie z. B. technische Unterstützung oder benutzerfreundliche Schulungsangebote, entscheidend für die Lern- und Nutzungsfreundlichkeit und der Nutzung (vgl. ebd.). Diese Faktoren wirken sich unmittelbar auf die tatsächliche Nutzung aus, indem sie den Übergang von der anfänglichen Akzeptanz hin zu einer regelmässigen, routinierten Nutzung erleichtern.

In der abschliessenden Evaluierungsphase, der sogenannten (Nicht-)Implementierungsphase, werden die **Akzeptanz** (Acceptance) beziehungsweise die **Ablehnung** (Rejection) des untersuchten Systems durch die Lern- und Nutzungsfreundlichkeit, die tatsächliche Nutzung des Systems sowie der erleichternden Bedingungen prognostiziert. Es kann festgestellt werden, dass die Lern- und Nutzungsfreundlichkeit einen stärkeren Einfluss auf die Akzeptanz ausübt als die anderen beiden Faktoren (vgl. ebd.).

Um eine gewisse Distanz zu dem abstrakten STAM zu gewinnen, wird im Folgenden eine von Seifert und Schelling (2022: 5–6) zusammengestellte Liste möglicher altersbedingter Einschränkungen hinsichtlich IKT-Nutzung präsentiert. Der Inhalt der Liste wird in der folgenden Tabelle 1 dargestellt.

<b>Mögliche altersbedingte Einschränkungen</b>	a) Schbeeinträchtigungen	Sehbehinderungen, die im Alter auftreten und die Nutzung von Technik durch kleine, wenig kontrastreiche Schrift oder filigrane Bedienelemente einschränken
	b) Hörbeeinträchtigungen	Mit dem Alter zunehmende Höreinbussen, die die akustische Wahrnehmung multimedialer Inhalte erschweren
	c) Körperliche Beeinträchtigungen	Eingeschränkte Geschicklichkeit der Hände bzw. Feinmotorik, die z. B. die Maussteuerung erschwert
	d) Kognitive Einschränkungen	Schwierigkeiten bei der Lösung multipler Aufgaben, Verlangsamung bei der Aufnahme neuer Informationen, Konzentrationsschwierigkeiten, Gedächtnislücken
<b>Mögliche sozioökonomische und soziale Einschränkungen</b>	a) Ökonomische Ressourcen	Fehlende finanzielle Mittel zur Anschaffung von Technik oder zur Aneignung technischer Kompetenzen
	b) Soziale Ressourcen	Fehlende Unterstützung aus dem sozialen Umfeld beim Erlernen und Nutzen technischer Anwendungen
<b>Techniksozialisation</b>	a) Technikbiografie	Ältere Personen sind in ihrer Jugend oder ihrem Berufsleben weniger mit Smartphones und Tablets sozialisiert worden
	b) Technikumfeld	Nach der Pensionierung sind ältere Personen nicht mehr auf technische Geräte aus dem Berufsalltag angewiesen und stehen nicht unter berufsbedingtem Druck zur Technikanwendung
<b>Technikeinstellung</b>	a) Technikangst	Geringe Technikerfahrung kann zu Angst führen, neue Techniken anzuwenden oder etwas «kaputt zu machen»
	b) Nutzenabwägung	Neue Technologie wird stark nach dem direkten Nutzen bewertet, und Hard- sowie Software müssen den Erwartungen entsprechen

Tabelle 1: Mögliche altersbedingte Einschränkungen hinsichtlich IKT-Nutzung nach Seifert/Schelling 2022. (eigene Darstellung)

Die Nutzung von Technologien weist in der Schweiz spezifische sprachregionale Unterschiede auf, deren Ursachen jedoch nur schwer bestimmbar sind. Es lässt sich konstatieren, dass Aspekte wie die Besiedlungsdichte sowie das generelle Einkommensverhältnis eine relevante Rolle spielen könnten (vgl. Seifert/Ackermann/Schelling 2020: 37). So lassen sich beispielsweise Unterschiede in der Anzahl der Onliner in den jeweiligen Sprachregionen feststellen. Folglich ist die Internetnutzung in der italienischsprachigen Schweiz durch ältere Personen weniger stark verbreitet als in der französischsprachigen Schweiz, welche gegenüber der Deutschschweiz wiederum eine geringere Nutzungsintensität aufweist (vgl. ebd.).

Das STAM verdeutlicht die komplexen Faktoren, die die Akzeptanz und Nutzung von Technologie durch ältere Personen beeinflussen. Insbesondere die Lern- und Nutzungsfreundlichkeit sowie erleichternde Bedingungen spielen eine zentrale Rolle, um die anfängliche Skepsis zu überwinden und eine regelmässige Anwendung sicherzustellen. Diese Erkenntnisse verdeutlichen, wie entscheidend individuelle Kompetenzen für die erfolgreiche Nutzung digitaler Technologien durch ältere Personen sind, da sowohl die Bedienung als auch das Verständnis digitaler Inhalte davon

abhangen. Aus diesem Grund wird im nächsten Kapitel genauer auf die spezifischen Kompetenzen eingegangen, die ältere Personen benötigen, um die mit der Nutzung verbundenen Herausforderungen zu bewältigen.

## **2.2 Individuelle Kompetenzen älterer Personen und deren Bedeutung**

Die Nutzung von OHIS durch ältere Personen wird mitunter von ihren individuellen Kompetenzen beeinflusst. Dieses Kapitel widmet sich spezifischen notwendigen Kompetenzen und deren Herausforderungen, denen ältere Personen bei der Nutzung des Internets für Gesundheitsinformationen begegnen. Zunächst wird die digitale Kompetenz als grundlegende Fähigkeit zur Nutzung digitaler Technologien beleuchtet, gefolgt von den Barrieren für den Erwerb oder Erhalt digitaler Kompetenzen älterer Personen. Anschliessend wird die generelle Gesundheitskompetenz älterer Personen betrachtet, bevor das Konzept der digitalen Gesundheitskompetenz eingeführt wird, das unter anderem die Fähigkeiten zur Suche und Bewertung von Gesundheitsinformationen im Internet umfasst. Durch diese Zusammenstellung soll verdeutlicht werden, welche Barrieren hinsichtlich Kompetenzen bestehen und wie diese überwunden werden können, um eine Nutzung von OHIS zu ermöglichen.

### **2.2.1 Digitale Kompetenz**

Das Institut für technologische Zukunftsforschung der Forschungsstelle der Europäischen Kommission hatte sich zum Ziel gesetzt, die aktuellen Rahmenbedingungen für die Entwicklung der digitalen Kompetenz (DK) zu identifizieren und zu analysieren. Zu diesem Zweck wurde auf Basis von bereits bestehenden Rahmenwerken eine Definition der DK erarbeitet, die wie folgt lautet:

Digital Competence is the set of knowledge, skills, attitudes (thus including abilities, strategies, values and awareness) that are required when using ICT and digital media to perform tasks; solve problems; communicate; manage information; collaborate; create and share content; and build knowledge effectively, efficiently, appropriately, critically, creatively, autonomously, flexibly, ethically, reflectively for work, leisure, participation, learning, socialising, consuming, and empowerment. (Ferrari 2012: 3–4)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass DK einen konstruktiven und selbstbestimmten Umgang mit den Herausforderungen der Digitalisierung ermöglicht.

Mit dem Begriff der DK tauchen auch andere Bezeichnungen auf, die teilweise synonym verwendet werden. Dazu gehören beispielsweise Digital Literacy, Computerkompetenz, IKT-Kompetenz, e-

Skills oder Medienkompetenz. Diese Begriffe sind jedoch nicht immer bedeutungsgleich (vgl. Gallardo-Echenique et al. 2015: 2).

Neben anderen grundlegenden Kompetenzen wie Lesen, Rechnen oder Schreiben, definiert der Rat der Europäischen Union die DK als eine der acht Schlüsselkompetenzen für lebenslanges Lernen (vgl. Rat der Europäischen Union 2018: C189/7). Bereits im Jahr 2013 veröffentlichte die EU den Referenzrahmen *DIGCOMP: A Framework for Developing and Understanding Digital Competence in Europe*. DK umfasst darin den sicheren und kritischen Umgang mit digitalen Technologien, die für Information, Kommunikation und Problemlösungsstrategien in sämtlichen Lebensbereichen genutzt werden – folglich ist die gesellschaftliche und soziale Teilhabe in hohem Masse von der digitalen Teilhabe abhängig (vgl. Nüßlein/Schmidt 2020: 8).

Die Digitalisierung beeinflusst alle Lebensbereiche, einschliesslich Arbeitswelt, Bildung und Privatleben. Automatisierung und neue Technologien wie 3D-Druck, Datenbrillen, selbstfahrende Autos und Roboter in der Pflege prägen den Alltag. Daher sind geeignete Fähigkeiten und Wissen von erheblicher Bedeutung, um im Privat- und Berufsleben sowie in der Bildung informiert und reflektiert mit neuen Technologien umgehen zu können (vgl. Stürz et al. 2023: 14).

Aufgrund ihrer Bedeutung wird die DK auch statistisch erfasst. Auch in der Schweiz wird sie anhand des auf europäischer Ebene entwickelten Referenzrahmens (DigComp) gemessen (siehe Vuorikari et al. 2016). Dieser Referenzrahmen ermöglicht die Ermittlung des Kompetenzniveaus einer Person. Dieses kann anhand der folgenden Kategorien beschrieben werden: keine Kompetenzen, geringe Kompetenzen, Grundkompetenzen oder erweiterte Kompetenzen (vgl. BFS 2018: 4).

Die Omnibus-Erhebung aus dem Jahr 2023 belegt, dass von der Schweizer Gesamtbevölkerung 39 % erweiterte, 34 % grundlegende und 22 % geringe DK aufweisen. Bei einer Betrachtung der erweiterten Kompetenz nach Altersgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede. So verfügen 47 % der 15- bis 24-Jährigen, 51 % der 25- bis 34-Jährigen, 49 % der 35- bis 44-Jährigen, 45 % der 45- bis 54-Jährigen, 34 % der 55- bis 64-Jährigen, 21 % der 65- bis 74-Jährigen sowie 15 % der 75-Jährigen und Älteren über erweiterte DK (BFS 2024b). In Bezug auf die geringe DK zeigt sich ein anderes Bild. So weisen 13 % der 15- bis 24-Jährigen, 16 % der 25- bis 39-Jährigen, 19 % der 40- bis 54-Jährigen, 28 % der 55- bis 64-Jährigen sowie 42 % der 65-Jährigen und Älteren geringe DK auf (vgl. BFS 2023b).

Die präsentierten Zahlen legen nahe, dass die ältere Bevölkerung in der Schweiz sowohl seltener über erweiterte Kompetenzen verfügt als auch häufiger geringe DK aufweist. Im nun folgenden Abschnitt sollen daher die Herausforderungen der älteren Bevölkerung im Hinblick auf die DK näher betrachtet werden.

### 2.2.1.1 *Barrieren für die digitale Kompetenz älterer Personen*

Die Entwicklung der DK stellt für viele ältere Personen eine grosse Herausforderung dar. Obwohl die Nutzung moderner Technologien potenzielle Vorteile bietet, stehen dieser Zielgruppe zahlreiche Hindernisse im Weg, die es zu überwinden gilt. Wie Tsai et al. (2017: 4) betonen, müssen viele dieser Barrieren beseitigt werden, um den Nutzen der Technologieadoption durch die Erhöhung der DK älterer Personen zu realisieren. Dabei ist es wichtig, die heterogenen Bedürfnisse dieser Altersgruppe zu berücksichtigen, da ältere Personen sich hinsichtlich ihres Gesundheitszustands, ihrer geistigen und körperlichen Fitness sowie ihrer materiellen Lebenssituation erheblich voneinander unterscheiden (vgl. Tomczyk et al. 2023: 21).

Mehrere Hindernisse tragen zum «Gap» hinsichtlich der DK bei, mit dem ältere Personen konfrontiert sind. Dazu gehören (siehe Tabelle 2):

<b>1. Technologischer Zugang</b>	Viele ältere Personen leben von einem festen Einkommen, was es ihnen erschwert, die neuesten technologischen Geräte oder regelmässige Internetdienste zu erwerben. Dieser finanzielle Engpass stellt eine der grössten Barrieren für den Zugang zur digitalen Welt dar (vgl. Lim et al. 2022: 3, Seifert/Ackermann/Schelling 2020: 38, Tomczyk et al. 2023: 11).
<b>2. Körperliche Einschränkungen</b>	Mit dem Alter einhergehende körperliche Einschränkungen wie Seh schwäche, Hörverlust und reduzierte motorische Fähigkeiten erschweren es vielen älteren Personen, moderne Technologien zu nutzen. Standardtechnische Geräte und Benutzeroberflächen sind oft nicht ausreichend auf diese Bedürfnisse abgestimmt (vgl. Lim et al. 2022: 3–4, Tomczyk et al. 2023: 11).
<b>3. Kognitive Beeinträchtigungen</b>	Veränderungen in den kognitiven Fähigkeiten, die mit dem Alter auftreten können, machen es schwierig, neue Technologien zu erlernen und komplexe Anweisungen zu behalten. Ältere Personen können Schwierigkeiten haben, neue Software zu navigieren oder sich an neue Funktionen zu gewöhnen (vgl. Lim et al. 2022: 3–4, Park 2024: 8, Tomczyk et al. 2023: 11).
<b>4. Angst und Skepsis</b>	Viele ältere Personen sind skeptisch gegenüber dem Nutzen von Technologie oder haben Angst, Fehler zu machen, ihre Privatsphäre zu gefährden oder Opfer von Betrügereien zu werden. Diese Bedenken können dazu führen, dass sie sich von der Nutzung moderner Technologien zurückhalten (vgl. Steelman et al. 2016: 446, Steelman/Wallace 2017: 10, Tomczyk et al. 2023: 10).
<b>5. Mangel an Schulungsangeboten</b>	Ein häufiges Problem ist der Mangel an Schulungsangeboten, die speziell auf die Lernstile und das Lerntempo älterer Personen zugeschnitten sind. Ohne geeignete Schulungen haben viele Senioren Schwierigkeiten, die notwendige DK zu erwerben (vgl. Tomczyk et al. 2023: 11).
<b>6. Fehlende technische Unterstützung</b>	Zusätzlich mangelt es häufig an kontinuierlicher technischer Unterstützung für ältere Lernende. Ohne einen vertrauenswürdigen Ansprechpartner oder regelmässige Hilfestellung beschränken sich viele auf vertraute Funktionen und vermeiden es, neue Technologien oder Funktionen auszuprobieren (vgl. Park 2024: 9).
<b>7. Altersdiskriminierende Einstellungen</b>	Ein oft übersehener Faktor ist die Wirkung von altersdiskriminierenden Einstellungen, sowohl von aussen als auch durch die älteren Personen selbst. Selbst-ageistische Haltungen können die zuvor genannten Barrieren noch verstärken, da ältere Personen negative Stereotype übernehmen und ihre Fähigkeit, neue Technologien zu erlernen, in Zweifel ziehen (vgl. Lim et al. 2022: 4).

Tabelle 2: Barrieren für die digitale Kompetenz älterer Personen. (eigene Darstellung)

Tsai et al. (2017: 4) weisen darauf hin, dass die Schaffung von Bedingungen, die Entdeckungen und Explorationen fördern, Brücken bauen kann, um die DK bei älteren Personen zu erhöhen. Dies

erfordert nicht nur den Zugang zu angemessener Technologie, sondern auch eine auf die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe zugeschnittene Unterstützung. Nur durch das Verständnis dieser komplexen Barrieren und die Entwicklung geeigneter Unterstützungsmechanismen kann eine inklusive digitale Teilhabe älterer Personen erreicht werden.

## 2.2.2 Generelle Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz (GK) ist ein seit den 1970er-Jahren bestehendes Konzept, das seit den 1990er-Jahren zunehmend wissenschaftliche und politische Bedeutung erlangte. Besonders in den USA verbreitet, ist es heute Teil nationaler Gesundheitsziele und eine Schlüsselkomponente des WHO-Rahmenkonzepts «Gesundheit 2020» für Europa (vgl. Abel/Sommerhalder 2015: 923).

Basierend auf Sørensen et al. (2012) definieren De Gani et al. (2021: 5) GK wie folgt:

Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeinen Schreib- und Lesefähigkeiten und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern.

Die Aneignung, Umsetzung, Reflexion und Weiterentwicklung von GK erfolgt insbesondere durch die täglichen Aktivitäten und sozialen Interaktionen innerhalb der Familie, der Nachbarschaft, des Freundeskreises, am Arbeitsplatz, in der sozialen Gemeinschaft sowie im Austausch mit Gesundheitsorganisationen und Fachpersonen (vgl. Kickbusch et al. 2013: 1, 9, 37, WHO 2022: 7). Deswegen hängt das Ausmass der individuellen GK weitgehend von der Familie, der Gemeinschaft oder der Gesellschaft ab, in der die Person lebt (vgl. ebd.: 7)

Die Anwendung der GK erfolgt gegenwärtig in zwei wesentlichen Bereichen. Einerseits findet sie im Kontext des medizinischen Versorgungssystems Verwendung, um Patient:innen mit eingeschränkten Fähigkeiten zu unterstützen. Andererseits wird sie im Bereich der Public Health eingesetzt, um die komplexen Anforderungen des Alltags zu bewältigen (vgl. Abel/Sommerhalder 2015: 923). Die GK stellt einen entscheidenden Faktor für das Wohlbefinden und die aktive Teilhabe von Individuen in der Gesellschaft dar. Personen mit hoher GK sind besser in der Lage, Massnahmen zur Förderung der eigenen Gesundheit, präventive Massnahmen sowie informierte Entscheidungen zu treffen (vgl. Kickbusch et al. 2013: 7–8). Dies resultiert in einer gesteigerten Lebensqualität und einer aktiven Teilhabe am gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben. Die Ottawa-Charta prägt die Definition der GK und verbindet sie mit den Prinzipien Partizipation und

Empowerment. Dadurch wird ein Beitrag zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit geleistet (vgl. Abel/Sommerhalder 2015: 923).

Die aktuellsten Daten zur GK der Schweizer Gesamtbevölkerung sind aus dem «Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021» und zeigen durch eine Kategorisierung des Index der generellen GK, dass sich die Schweizer Bevölkerung hälftig auf die Kategorien «geringe GK» und «hohe GK» verteilt (vgl. De Gani et al. 2021: 55). Die geringste Anzahl an Personen findet sich in den beiden Kategorien «ausgezeichnet» (12 %) und «mangelhaft» (11 %). Demgegenüber sind die Anteile der Kategorien «problematisch» (38 %) und «ausreichend» (39 %) deutlich höher. In der Gesamtschau zeigt sich, dass der Anteil an Personen mit hoher GK mit einem Wert von 51 Prozent knapp überwiegt.

Die höchste Korrelation mit der GK lässt sich einerseits bei der sozialen Unterstützung und andererseits bei der finanziellen Deprivation beobachten. Dies bedeutet, dass die Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen umso grösser sind, je weniger Unterstützung aus dem sozialen Umfeld erfolgt und je schwieriger die finanzielle Situation ist (vgl. ebd.: 58). Demgegenüber zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der GK und dem Geschlecht oder dem Alter (vgl. ebd.: 59).

Eine weitere Untersuchung mittels der Daten des «Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)» bezüglich Personen im Alter von 58 Jahren und älter, die in der Schweiz leben, zeigen, dass weibliche Teilnehmende eine höhere GK aufwiesen als männliche Teilnehmende (vgl. Meier et al. 2022: 4). Ein höheres Alter korrelierte mit einem niedrigeren Niveau der GK, während ein höherer Bildungsgrad, eine bessere finanzielle Situation sowie eine bessere Selbsteinschätzung der Gesundheit positive Korrelationen mit der GK aufwiesen (vgl. ebd.).

#### *2.2.2.1 Folgen bei einer unzureichenden Gesundheitskompetenz*

Inwiefern das Alter mit dem einer unzureichenden GK assoziiert ist, kann durch die verschiedenen Ergebnisse der Studien nicht eindeutig bestimmt werden. Daher werden im Folgenden nicht nur mögliche Folgen einer unzureichende GK bei älteren Personen erörtert, sondern diese im Allgemeinen.

Nach Kickbusch et al. (2013: 15) sei eine eingeschränkte GK ein unterschätztes Problem und eine Herausforderung für die Gerechtigkeit. So gibt es nun in Anerkennung an die Bedeutung der GK für die Gesundheit eine Vielzahl internationaler Forschungsarbeiten zur GK und ihren Determinanten, die zeigen, dass Lese- und Schreibfähigkeiten und sozioökonomische Faktoren wie Bildung, sozialer Status oder finanzielle Benachteiligung die GK beeinflussen (vgl. Klinger/Berens/Schaeffer 2023: 2).

Für diese anfälligeren Gruppen bedeutet dies, dass eine begrenzte GK häufig mit der mangelnden Fähigkeit korreliert, die Gesundheit effektiv selbst zu verwalten, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen, verfügbare und relevante Informationen zu verstehen und fundierte gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen (vgl. Kickbusch et al. 2013: 16).

### 2.2.3 Digitale Gesundheitskompetenz

Wie bereits dargelegt, umfasst die generelle GK Fähigkeiten, die themen- und kontextübergreifend im Umgang mit Gesundheitsinformationen von Relevanz sind. Im Gegensatz zur generellen GK beziehen sich die Konzeptionen spezifischer GK auf konkrete Erkrankungen, Gesundheitsthemen oder Kontexte. Exemplarische Beispiele sind diabetesbezogene, krebsspezifische, COVID-19-spezifische oder mentale GK. Auch die nachfolgend näher vorgestellte digitale Gesundheitskompetenz (DGK) ist ein Beispiel für eine spezifische GK (vgl. Jordan 2023).

De Gani et al. (2021: 5) weisen darauf hin, dass der Begriff der DGK bisher unterschiedlich definiert wurde und verstehen die DGK als Teil der generellen GK. Ihre Definition lautet wie folgt:

[Die DGK] umfasst die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen aus digitalen Quellen finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, um im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. (De Gani et al. 2021: 5)

Die im Zitat erwähnten digitalen Quellen haben durch den Digitalisierungsschub, welcher für das Gesundheitswesen insgesamt von grosser Bedeutung ist, erheblich an Relevanz gewonnen, da zunehmend mehr Daten, Massnahmen und Angebote der GF+P digital verfügbar sind oder vermittelt werden (vgl. Dratva/Schaeffer/Zeeb 2024: 277). Folglich erfährt die DGK eine kontinuierliche Zunahme an Relevanz (vgl. ebd.).

Daten zur DGK wurde auch im «Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021» erhoben und zeigen durch dieselbe Kategorisierung wie bei der generellen GK, dass fast die Hälfte (44 %) der Schweizer Bevölkerung eine mangelhafte, mehr als ein Viertel (28 %) eine problematische, ca. ein Fünftel (21 %) eine ausreichende und 7 % eine ausgezeichnete DGK aufweisen (vgl. De Gani et al. 2021: 86). Zudem präsentiert die Studie einige Zusammenhänge zwischen der DGK mit Bevölkerungsgruppen. So spielt das Alter eine zentrale Rolle: Jüngere (18-25 Jahre) haben deutlich höhere Werte als Ältere (76+ Jahre). Sozialer Status und Bildung wirken sich positiv aus, wobei Schüler\*innen, Studierende und Berufstätige besonders hohe Werte aufweisen. Ein starkes soziales Netzwerk und eine gute Gesundheit stehen ebenfalls in Zusammenhang zur DGK (vgl. ebd.)

#### 2.2.3.1 *Folgen bei einer unzureichenden digitalen Gesundheitskompetenz älterer Personen*

Eine geringe DGK älterer Personen kann erhebliche Folgen haben. Personen, die Schwierigkeiten beim Navigieren durch Gesundheitsinformationen im Internet haben, sind anfälliger für Fehlinformationen (vgl. Estrela et al. 2023: 2). Studien zeigen, dass bei älteren Personen mit höherer DGK sowohl das Gesundheitswissen als auch die Einstellung zu medizinischen Entscheidungen fundierter sind (vgl. Dong et al. 2023: 2). Gleichzeitig bestehen deutliche Unterschiede in der DGK zwischen den einzelnen Individuen sowie in ihren DK und ihrem Internetwissen, die letztlich mit dem sozioökonomischen Status und der Autonomie bei der Nutzung dieser Tools zusammenhängen und somit zu sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich und schlechteren Gesundheitsergebnissen beitragen (vgl. Estrela et al. 2023: 2).

Daher ist es von Wichtigkeit, dass ältere Personen die Relevanz der Informationssuche im Internet erkennen und ihre DGK zu optimieren versuchen. Des Weiteren ist eine Aufbereitung der Informationen im Internet in einer verständlichen und altersfreundlichen Art und Weise wünschenswert. Wie in der UTAUT2 und im STAM dargelegt, spielt neben den individuellen Kompetenzen auch das soziale Umfeld eine Rolle, insbesondere hinsichtlich der Nutzungsabsicht. Im Folgenden wird daher der Aspekt der sozialen Unterstützung erörtert.

### 2.3 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung spielt eine mitentscheidende Rolle bei der Techniknutzung, insbesondere für ältere Personen. In diesem Kapitel wird aufgezeigt, wie verschiedene Formen der sozialen Unterstützung das Verhalten und die Fähigkeiten älterer Personen, wie bei der Nutzung neuer Technologien, beeinflussen können. Zunächst wird der Begriff der sozialen Unterstützung definiert und in seine verschiedenen Dimensionen unterteilt. Anschliessend wird der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der Techniknutzung älterer Personen näher beleuchtet, um in diesem Kontext die Relevanz dieser Unterstützung herauszuarbeiten. Diese Betrachtung ist entscheidend, um zu verstehen, wie soziale Unterstützung ältere Personen darin stärken kann, das Internet erfolgreich für Gesundheitsinformationen zu nutzen und damit bestenfalls zu gesundem Altern beizutragen.

#### 2.3.1 **Definition und Arten sozialer Unterstützung**

Soziale Unterstützung wird seit Mitte der 1980er-Jahre als ein «mehrdimensionales paradigmatisches Konstrukt verstanden, das unterschiedliche Ebenen, Komponenten und Perspektiven umfasst» (Laireiter 2009: 87). Soziale Unterstützung kann folglich als eine Ressource begriffen werden, die

sowohl soziale Rahmenbedingungen im Sinne von Personen oder Gruppen von Personen, die als Ressourcen zur Verfügung stehen, beinhaltet, wie auch soziale Interaktionen, in denen diese Ressourcen und Hilfen vermittelt werden, wie auch soziale Wahrnehmungen, die diese dem individuellen Bewusstsein zuführen und so das Gefühl der Unterstütztheit generieren und zur Bedürfnisbefriedigung beitragen. (Laireiter 2009: 87–88)

Es lassen sich unterschiedliche Perspektiven in der Unterstützungsforschung unterscheiden, abhängig von Fragestellung, Forschungsinteresse und Methode (vgl. Diers 2016: 81). Zwei wichtige Ansätze sind die quantitativ-strukturelle und die qualitativ-funktionale Perspektive:

Die **quantitativ-strukturelle Perspektive** stammt aus der soziologischen Netzwerkforschung. Sie misst soziale Unterstützung anhand struktureller Merkmale wie der Anzahl von Kontakten, der Netzwerkdichte oder Rollenbeziehungen (vgl. Diers 2016: 81, Dinkel 2008: 496).

Die **qualitativ-funktionale** (oder bedürfnistheoretische) **Perspektive** untersucht, wie Menschen ihre sozialen Ressourcen nutzen, um Bedürfnisse zu erfüllen und personale Ressourcen zu erweitern. Diese Perspektive wird oft mit dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Copingprozessen verknüpft und ist besonders für psychologische Fragestellungen relevant (vgl. Diers 2016: 81, Dinkel 2008: 498). Eine wichtige Unterscheidung in diesem Ansatz ist die zwischen **wahrgenommener** und **erhaltener Unterstützung**. Wahrgenommene Unterstützung bezieht sich auf die Möglichkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn nötig, während erhaltene Unterstützung das tatsächliche Erleben von Unterstützung beschreibt (vgl. Dinkel 2008: 496).

Bereits diese dargestellten Perspektiven verdeutlichen die divergierenden Zielsetzungen, welche die Unterstützungsforschung verfolgt. In Konsequenz dessen präsentiert sich die Forschungsliteratur zu diesem Themengebiet mit einer Vielzahl an unterschiedlichen Definitionen, Dimensionierungen sowie Resultaten (vgl. Diers 2016: 82).

Bachmann (2014: 25) erachtet den Lösungsvorschlag von Vaux (1990: 508), soziale Unterstützung als Metakonstrukt zu konzipieren, als adäquate Möglichkeit, die zuvor thematisierte Problematik zu überwinden. «Many conceptual difficulties can be diminished, if not resolved, by viewing social support as a metaconstruct with three distinct conceptual components: support network resources, supportive behavior and subjective appraisals of support» (ebd.).

**Support network resources** umfasst die Beziehungen, die einer Person bei der Problembewältigung und Zielerreichung helfen und ist daher spezifischer als das soziale Netz der Person. **Supportive behavior** bezieht sich auf konkrete Handlungen, die bewusst zur Hilfeleistung unternommen werden. Die dritte Komponente ist **subjective appraisals of support** und ist die subjektive Bewertung der Qualität der sozialen Ressourcen und der Interaktionen innerhalb des Unterstützungsnetzwerks (vgl. ebd.).

In der Literatur findet sich eine Differenzierung verschiedener Arten von sozialer Unterstützung. Die am häufigsten genannten Arten sind (vgl. Bachmann 2014: 25–26, 2020: 5):

- instrumentelle Unterstützung (z. B. praktische Hilfeleistungen wie Einkaufen im Fall einer Bettlägerigkeit, Fahrdienste, Kinderhüten),
- emotionale Unterstützung (z. B. Trost, Beistand, Wertschätzung, Aufmunterung),
- informationelle Unterstützung (z. B. Informationen, wie mit einem Problem umgegangen werden kann, wo man Hilfe erhalten kann) sowie
- evaluative Unterstützung (z. B. Feedback zu Verhalten).

Im weiteren Verlauf soll jedoch ein Bezug zum Hauptthema, der OHIS, hergestellt werden, indem gezeigt wird, welche Bedeutung die soziale Unterstützung auf die Techniknutzung haben kann.

### **2.3.2 Bedeutung sozialer Unterstützung für die Techniknutzung älterer Personen**

Die aktive Auseinandersetzung mit digitalen Technologien kann für ältere Personen von grossem Nutzen sein, insbesondere wenn sie dabei auf soziale und technische Unterstützung durch andere Personen zurückgreifen können, die ihren Alltag und ihre Lebenswelt teilen – sei es innerhalb oder ausserhalb desselben Haushalts (vgl. Kuoppamäki/Hänninen/Taipale 2022: 212).

Kamin et al. (2020: 259) verdeutlichen in ihrer Studie, dass soziale Unterstützung eine zentrale Rolle bei der Nutzung von Technologien durch ältere Personen spielt. Die Ergebnisse zeigen, dass ältere Personen, die technische Unterstützung erhalten, eher dazu neigen, verschiedene technologische Geräte und Produkte im Alltag zu nutzen. Interessanterweise gibt es auch einen indirekten Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen und der tatsächlichen Unterstützung: Personen, die über mehr unterstützende Ressourcen verfügen, erhalten eher konkrete technische Hilfe, was wiederum die Nutzung von Technologie begünstigt (vgl. ebd.).

Kuoppamäki et al. (2022: 225) argumentieren in ihrer Analyse, dass unmittelbare soziale Netzwerke, insbesondere sogenannte «warme Expert:innen», eine wesentliche Rolle bei der Erleichterung des Zugangs zu und der Nutzung von digitalen Technologien im Alter spielen. Unter warmen Expert:innen werden jüngere Familienmitglieder, Enkelkinder und mitunter gleichaltrige Partner:innen oder ältere Familienmitglieder bezeichnet, die bei der Installation von Geräten, der Reparatur von Software, der Demonstration neuer technologischer Möglichkeiten oder der Bereitstellung von Peer-Support im Kontext digitaler Technologien helfen (vgl. ebd.). Diese Personen sind nicht nur in der Lage, technisches Wissen zu vermitteln oder instrumentelle Unterstützung zu bieten, sondern können auch emotionale Unterstützung leisten, wodurch der Umgang mit neuen Technologien erleichtert wird (vgl. ebd.: 225).

Auch Courtois und Verdegem (2016: 1523) heben die Bedeutung sozialer Unterstützung hervor, insbesondere im Zusammenhang mit den ungleichen Voraussetzungen für die Techniknutzung. Sie

zeigen, dass Menschen, die aktiv soziale Unterstützung suchen, stärker auf diese Netzwerke angewiesen sind, um ihre Motivation zur Nutzung des Internets zu stärken. Diese sozialen Netzwerke ermutigen dazu, digitale Technologien aktiv zu verwenden, indem sie aufzeigen, welche Möglichkeiten sich durch deren Nutzung ergeben. Im Gegensatz dazu neigen Menschen, die keine oder nur geringe Unterstützung durch warme Experten erfahren, eher dazu, die Nutzung von Technologien aufzugeben, insbesondere wenn ihre Motivation gering ist (vgl. ebd.).

Alle drei Studien verdeutlichen, dass soziale Unterstützung eine wesentliche Rolle hinsichtlich des Zugangs und der Nutzung digitaler Technologien spielt. Selbst in einer Gesellschaft, in der die Nutzung des Internets allgegenwärtig ist, suchen viele Menschen – insbesondere ältere – weiterhin Unterstützung bei ihrem sozialen Umfeld, um ihre digitale Teilhabe sicherzustellen (vgl. Kuoppamäki et al. 2022: 226). Dabei variierten die Art und Qualität der Unterstützung, abhängig von der sozialen Einbindung der Person. Dies zeigt, wie eng der Zusammenhang zwischen sozialen und digitalen Netzwerken ist (vgl. Courtois/Verdegem 2016: 1523–1524).

Die Verzahnung zwischen sozialer Unterstützung und der Techniknutzung älterer Personen verdeutlicht, wie bedeutend das Umfeld für den Zugang zu digitalen Technologien sind. Es lässt sich folgern, dass durch diese Förderung nicht nur die digitale Teilhabe, sondern auch die Gesundheitsinformationssuche im Internet durch ältere Personen unterstützt werden können.

Das nachfolgende Kapitel gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Nutzung von OHIS durch ältere Personen sowie den damit verbundenen Barrieren. Zudem werden Faktoren beschrieben, die mit der Nutzung von OHIS durch ältere Personen in Verbindung stehen.

### 3 Forschungsstand

In diesem Kapitel wird der bisherige Forschungsstand dargestellt. Dabei werden der Anteil älterer Personen, die OHIS nutzen, sowie die Faktoren, die mit dieser Nutzung in Zusammenhang stehen, beleuchtet. Zusätzlich werden Barrieren aufgezeigt, die einer Nutzung durch ältere Personen entgegenstehen.

Die hier vorgestellte Übersicht zum Forschungsstand basiert auf einer systematischen Literaturrecherche, die im Rahmen des Forschungsprojekts «Regionale Gesundheitsförderung in einer altersfreundlichen digitalen Welt» (ReDiH) durchgeführt wurde. Die Ergebnisse dieser Recherche sind in Form eines Mini-Reviews publiziert (siehe Bachofner et al. 2024).

Im Rahmen von ReDiH wurde im Mai 2023 eine systematische Literaturrecherche in sieben Datenbanken durchgeführt. Dabei wurde ein PRISMA-ähnlicher Ansatz verfolgt, der sich an dessen Kriterien orientierte (vgl. Page et al. 2021). Die Recherche umfasste die folgenden Datenbanken: Sociological Abstracts; Ovid, einschliesslich PsychInfo, PsynDEX und Eric; WISO-Datenbank für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften; Web of Science; Cinahl; Google Scholar; und Swisscovery, die Schweizer Bibliotheksdienstplattform. Die Forschungsfragen dienten als Grundlage für die Entwicklung der Suchstrings. Die Suchbegriffe wurden a priori unter Verwendung der Booleschen Logik formuliert. Im Rahmen der durchgeführten Literaturrecherche wurden die folgenden Hauptschlüsselwörter (in Englisch und auf Deutsch) in den Suchstrings verwendet: (1) Akzeptanz, (2) Nutzung, (3) Bedarf, (4) Barriere, (5) ältere Personen, (6) eHealth und (7) OHIS. Im Rahmen des Mini-Reviews wurden insgesamt 23 Artikel berücksichtigt.

Aufgrund der Tatsache, dass der nun folgende Forschungsstand der Masterthesis einige Themen nicht behandelt, die im Mini-Review vorhanden waren, wurden nicht alle 23 Artikel für diesen Forschungsstand berücksichtigt. Jedoch werden weitere Artikel, welche in der Zwischenzeit publiziert oder nachträglich entdeckt wurden, einbezogen. Die ergänzende Tabelle 12 (im Anhang) bietet einen Überblick über die ausgewählten Artikel mit der Angabe, ob dieser bereits im Mini-Review berücksichtigt wurde oder nun nachträglich einbezogen wurde. Zusätzlich sind die Titel der Artikel, das Heimatland der befragten Personen sowie die Studienart in der Tabelle angegeben, um eine umfassende Übersicht über die berücksichtigten Quellen zu bieten.

#### 3.1 Nutzung von OHIS bei älteren Personen

Die Nutzung von OHIS durch ältere Personen ist ein vielschichtiges Phänomen, welches verschiedene Aspekte der digitalen Nutzung für gesundheitsbezogene Zwecke umfasst. In früheren Studien wurde übereinstimmend festgestellt, dass ältere Personen das Internet in zunehmendem Masse nutzen, um sich über ihre Gesundheit zu informieren (vgl. Crouch/Gordon 2019: 2, Oh/Lim 2021: 709, Seifert et al. 2020: 58, Seifert/Schlomann 2017: 40, Tennant et al. 2015: 2).

In mehreren Studien konnte nachgewiesen werden, dass ein erheblicher Anteil der älteren Bevölkerung das Internet als Informationsquelle für gesundheitsbezogene Themen nutzt (vgl. Crouch/Gordon 2019: 13, Seifert et al. 2020: 58). In einer Studie wurde festgestellt, dass über 70 % der älteren Onliner im Internet nach gesundheitsbezogenen Informationen suchen (vgl. Oh/Lim 2021: 712). Die Studie identifizierte drei Arten der Informationssuche: In erster Linie wurde die Suche für sich selbst (43.6 %) durchgeführt, für andere (11.6 %) oder für die eigenen Bedürfnisse und die Bedürfnisse anderer (15.3 %) (vgl. ebd.). Andere Studien weisen demgegenüber auf eine geringere Nutzung des Internets durch ältere Personen hin, wobei der Anteil der Nutzenden, die nach gesundheitsbezogenen Informationen suchen, bei etwa 10 % liegt (vgl. Zhang et al. 2019: 47).

### **3.1.1 Faktoren im Zusammenhang mit der Nutzung von OHIS durch ältere Personen**

Dieser digitale Wandel ist nicht in allen demografischen Gruppen gleich ausgeprägt (vgl. Choi 2022: 8, Merkel/Hess 2020: 8). Ein Teil der älteren Bevölkerung, insbesondere die über 65-Jährigen, ist digital versiert und nutzt das Internet intensiv; andere, vor allem die über 80-Jährigen, sind mit dem Internet weniger vertraut und können es weniger gut nutzen und greifen bei der Suche nach Gesundheitsinformationen eher auf traditionellere Wege zurück (vgl. Hargittai/Piper/Morris 2019: 886, Wilson et al. 2021: 5). Die unterschiedliche Nutzung von OHIS in den europäischen Ländern spiegelt auch Unterschiede in der Nutzung und im Zugang wider (vgl. Choi 2022: 8, Merkel/Hess 2020: 8). Weitere Zusammenhänge lassen sich zwischen der Internetnutzung und Faktoren wie dem Bildungsniveau in der älteren Bevölkerung herstellen (vgl. ebd.). Auch bei den spezifischen Zugangswegen gibt es Unterschiede – so suchten in einer Studie weniger Teilnehmende auf einem stationären Computer nach Gesundheitsinformationen als auf einem mobilen Gerät wie einem Smartphone (vgl. Zhang et al. 2019: 47). Entscheidend ist, dass die tatsächliche Nutzung des Internets als Ressource für Gesundheitsinformationen von mehreren Faktoren abhängt. Die wahrgenommene Nützlichkeit, das explorative Technologieverhalten und das gesundheitsbezogene Wissen sind entscheidende Faktoren für die Nutzung von OHIS in der älteren Bevölkerung (vgl. Rockmann/Gewald/Brune 2019: 185). Darüber hinaus sind die DGK, in Bezug auf OHIS (vgl. Norgaard et al. 2015: 534), und die wahrgenommene Nützlichkeit wichtige Faktoren für die Nutzungshäufigkeit, was die Annahme bestätigt, dass informierte und motivierte Personen eher dazu neigen, digitale Gesundheitsplattformen effektiv zu nutzen (vgl. Choi 2022: 4). Zudem steht das Vertrauen in OHI und die Nutzung von OHIS in einem starken Zusammenhang (vgl. Honey/Waterworth/Aung 2016: 181, Waterworth/Honey 2018: 315).

Untersuchungen zeigen, dass das Geschlecht mit der Nutzung von OHIS assoziiert ist, wobei weibliche Personen OHIS fast dreimal häufiger nutzen als männliche Personen (vgl. Tennant et al.

2015: 11). Allerdings existieren unterschiedliche Belege hinsichtlich der Relevanz von Alter und Geschlecht als prognostische Faktoren für die Nutzung von OHIS. Eine kürzlich durchgeführte Studie konnte keine signifikanten Korrelationen zwischen dem Alter oder dem Geschlecht mit OHIS feststellen, obwohl die Stichprobe eine beträchtliche Altersspanne umfasste (vgl. Brainin/Neter 2023: 11). Auch hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen dem sozioökonomischen Status und OHIS bestehen divergierende Studienergebnisse (vgl. Ishizuki/Hirano 2024: 8, Zhao et al. 2022a: 7).

Ein weiterer Prädiktor ist die soziale Unterstützung. Die Ergebnisse empirischer Studien legen nahe, dass sowohl die soziale als auch die professionelle Unterstützung einen positiven Einfluss auf die Gesundheitsinformationssuche im Internet bei älteren Personen haben. Laut einer Studie konnte nachgewiesen werden, dass Unterstützung durch Ärzt:innen, Familienmitglieder und Freund:innen dazu motiviert, sich aktiv mit Gesundheitsinformationen auseinanderzusetzen (vgl. Ma et al. 2023: 7). Des Weiteren wurde festgestellt, dass sowohl informative als auch emotionale Unterstützung die wahrgenommenen Vorteile von Online-Quellen für Patient:innen mit chronischen Krankheiten beeinflussen. Zhao et al. (2022b: 12) konnten nachweisen, dass diese beiden Formen der Unterstützung einen signifikanten Einfluss auf die Wahrnehmung der Patient:innen hinsichtlich des Nutzens von OHIS haben, was wiederum starken Einfluss auf die eigentliche Nutzung von OHIS hat.

Eine qualitative Studie bestätigt die Schlüsselrolle von Familienmitgliedern bei der Unterstützung älterer Personen, insbesondere durch technische Hilfe sowie Motivation und Ermutigung zur Nutzung von OHIS (vgl. Mizrachi et al. 2020: 5). Dies verdeutlicht die Relevanz sozialer Netzwerke im digitalen Kontext der Gesundheitsversorgung für die Gruppe der älteren Personen.

Allerdings zeigen nicht alle Studien eine eindeutige Verbindung zwischen sozialer Unterstützung und OHIS. Eine aktuelle Untersuchung von Ishizuki und Hirano (2024: 7) fand keine signifikante Assoziation zwischen OHIS und sozialer Unterstützung (vgl. ebd.). Diese widersprüchlichen Befunde verdeutlichen die Notwendigkeit weiterer Forschung, um den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der Nutzung von OHIS bei älteren Personen besser zu verstehen.

### **3.2 Barrieren der OHIS bei älteren Personen**

Im Allgemeinen erfordert die Nutzung von OHIS einen kompetenten Umgang mit dem Internet. Diese Kompetenz kann jedoch nicht bei allen älteren Personen vorausgesetzt werden. Auch heute noch besteht eine digitale Kluft, da Personen über 80 Jahre das Internet oft nur selten nutzen (vgl. Seifert et al. 2020: 20). Darüber hinaus wurden weit verbreitete altersbedingte Einschränkungen (z. B. Hör- und Sehverlust, Gedächtnisdefizite, verminderte Feinmotorik) als wesentliche Hindernisse für die Nutzung des Internets genannt (vgl. Wilson et al. 2021: 5). Die Internetnutzung

wurde mit verschiedenen sozioökonomischen Faktoren in Verbindung gebracht, darunter Bildungsniveau, kognitive Funktion und Besitz internetfähiger Geräte (vgl. Choi 2022: 4).

Obwohl das Internet wertvolle Gesundheitsinformationen liefern kann, kann es auch Ungleichheiten verstärken. So führen beispielsweise Unterschiede in der DK und GK der älteren Bevölkerung dazu, dass diejenigen mit geringer Kompetenz nicht in der Lage sind, die Vorteile des Internets der Gesundheit zu nutzen (vgl. Welch et al. 2016: 73). Ebenso stellen mangelnde Fähigkeiten bei der Informationssuche ein grosses Hindernis dar (vgl. Wilson et al. 2021: 5, Zhang et al. 2019: 41). Personen, die Schwierigkeiten haben, das Internet effektiv nach relevanten Ressourcen zu durchsuchen, können auch Schwierigkeiten beim Zugang zu diesen Ressourcen haben (vgl. Seifert et al. 2020: 33). Darüber hinaus wurden begrenzte Erfahrung und seltenes Engagement von OHIS als hinderliche Faktoren identifiziert (vgl. Brainin/Neter 2023: 8, Wilson et al. 2021: 5). Nutzende, die weniger mit OHIS in Berührung kommen, sind möglicherweise weniger enthusiastisch, OHIS zu praktizieren, und negative Erfahrungen in der Vergangenheit können von OHIS abhalten und die Zurückhaltung gegenüber OHIS verstärken (vgl. Wilson et al. 2021: 7). Ein weiteres grosses Hindernis ist eine unzureichende GK oder DGK (vgl. Levy/Janke/Langa 2015: 288, Rockmann et al. 2019: 192, Zhao et al. 2022a: 9, Zolbin/Huvila/Nikou 2022: 419). Unzureichendes Verständnis kann Menschen daran hindern, digitale Gesundheitsressourcen effektiv zu interpretieren und zu nutzen. Sprachbarrieren und kulturelle Überzeugungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit haben erhebliche Auswirkungen auf die DGK und die Art und Weise, wie Menschen digitale Gesundheitsressourcen bewerten und sich darin zurechtfinden (vgl. Shi et al. 2023: 684). Weitere Barrieren für ältere Personen sind Sicherheitsbedenken (vgl. Seifert et al. 2020: 33, Wilson et al. 2021: 7), Misstrauen und Zweifel an der Wirksamkeit der elektronischen Gesundheitsdienste (vgl. Wilson et al. 2021: 7) sowie fehlende soziale Unterstützung. Zu Letzteren gehören fehlende informationelle, organisatorische und instrumentelle Unterstützung (z. B. bei der Computernutzung) sowie ein Mangel an intergenerationaler und Peer-Unterstützung (vgl. Zhao et al. 2022a: 9).

Bestimmte sozialdemografische Variablen können sich ebenfalls auf die Nutzung von OHIS durch ältere Personen auswirken. Beispielsweise ist die Wahrscheinlichkeit, dass Personen mit einem niedrigeren monatlichen Haushaltseinkommen, die in ländlichen Gebieten leben oder in der Landwirtschaft arbeiten, OHIS nutzen, deutlich geringer (vgl. Zhang et al. 2019: 49). Darüber hinaus wurde eine geringere Nutzung von OHIS bei Personen mit niedrigerem Bildungsniveau festgestellt (vgl. Tennant et al. 2015: 10, Zhang et al. 2019: 49).

## 4 Leitfragen und forschungsgeleitete Hypothesen

Die Analyse der Hauptfragestellung (in Kapitel 1.2) erfolgt in drei Leitfragen, wobei die zweite und dritte Leitfrage jeweils durch entsprechende Hypothesen ergänzt werden. Die Hypothesen wurden auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse aus der Theorie und dem bisherigen Forschungsstand generiert und werden im Rahmen dieser empirischen Arbeit überprüft.

Wie der Forschungsstand verdeutlicht, zeigen sich erhebliche Diskrepanzen in den bisherigen Untersuchungen zur Nutzung von OHIS bei der älteren Bevölkerung. Während einige Studien darauf hinweisen, dass weit mehr als die Hälfte der älteren Personen OHIS nutzen, berichten andere von einem deutlich geringeren Anteil. Diese unterschiedlichen Ergebnisse verdeutlichen, dass die Nutzung von OHIS bei älteren Personen je nach Land variiert und mit zahlreichen Faktoren in Zusammenhang steht. Die erste Leitfrage ist daher eine grundlegende und lautet:

1. Wie hoch ist der Anteil der Bevölkerung in der Schweiz im Alter von 60 und mehr Jahren, die das Internet nutzen, um Gesundheitsinformationen zu suchen?

Der Forschungsstand legt zudem dar, dass die Nutzung von OHIS bei älteren Personen durch eine Vielzahl von Barrieren gekennzeichnet ist. Beispielweise verfügt ein Teil der älteren Bevölkerung nicht über die erforderliche DK. Zudem tragen altersbedingte Einschränkungen sowie sozioökonomische Faktoren wie Bildungsniveau und Einkommen zur digitalen Kluft bei, welche den Zugang zu OHIS erschwert. Diese Diskrepanzen demonstrieren, dass trotz des Potenzials des Internets zur Bereitstellung wertvoller Gesundheitsinformationen soziale Ungleichheiten potenziell verstärkt werden können. Die Identifikation und Analyse dieser Barrieren sind von entscheidender Bedeutung, um gezielte Strategien zu entwickeln, die die Nutzung von OHIS fördern und sicherstellen, dass alle älteren Personen von den Vorteilen digitaler Gesundheitsressourcen profitieren können.

2. Welche Barrieren bestehen und inwiefern bestehen soziale Ungleichheiten in Bezug auf die Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen?

Um diese Leitfrage beantworten zu können, wurden aus dem theoretischen Hintergrund und dem Forschungsstand folgende acht Hypothesen entwickelt und formuliert (siehe nachfolgende Tabelle 3):

<b>H2a Hypothese</b>	Weibliche Personen suchen signifikant eher online nach Gesundheitsinformationen als männliche Personen.
<b>H2b Hypothese</b>	Jüngere Personen (60-79 Jahre) suchen signifikant eher online nach Gesundheitsinformationen als ältere Personen (80+ Jahre).
<b>H2c Hypothese</b>	Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss suchen signifikant eher online nach Gesundheitsinformationen als Personen, die entweder die Sekundarstufe II oder die obligatorische Schule abgeschlossen haben.
<b>H2d Hypothese</b>	Personen, denen es «eher einfach» bis «sehr einfach» fällt, finanziell über die Runden zu kommen, suchen signifikant eher online nach Gesundheitsinformationen als Personen, denen dies «eher schwer» bis «sehr schwer» fällt.
<b>H2e Hypothese</b>	Personen, welche städtisch wohnen, suchen signifikant eher online nach Gesundheitsinformationen als Personen, welche entweder intermediär (dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren) oder ländlich wohnen.
<b>H2f Hypothese</b>	Personen, welche in der Deutschschweiz wohnen, suchen signifikant eher online nach Gesundheitsinformationen als Personen, welche entweder in der Westschweiz oder italienischsprechenden Schweiz wohnen.
<b>H2g Hypothese</b>	Personen, die das Internet (fast) täglich nutzen, haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen, die das Internet seltener als (fast) täglich nutzen.
<b>H2h Hypothese</b>	Personen, die Online-Gesundheitsinformationen als «eher» oder «sehr vertrauenswürdig» oder als «sowohl als auch» einstufen, haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen, die Online-Gesundheitsinformationen als «eher» oder «überhaupt nicht vertrauenswürdig» einstufen.

Tabelle 3: Hypothesen zu sozialer Ungleichheit und Barrieren in Bezug auf die Nutzung von OHIS.

Zudem verdeutlicht der dargestellte Forschungsstand, dass die GK, die DGK und die DK als wesentliche Prädiktoren für die Nutzung von OHIS durch ältere Personen zu nennen sind. Des Weiteren ist die soziale Unterstützung, sei es durch Familie, Freunde oder Fachleute, von entscheidender Bedeutung für die Motivation und Unterstützung der älteren Bevölkerung im Hinblick auf die Nutzung von OHIS. Empirische Studien liefern jedoch zum Teil widersprüchliche Ergebnisse in Bezug auf die Assoziation mit sozialer Unterstützung, was auf die Komplexität dieses Themas hinweist. Diese Unterschiede unterstreichen die Relevanz der dritten Leitfrage, die untersucht, wie GK und DK mit der Wahrscheinlichkeit der Nutzung von OHIS zusammenhängen und welche Rolle emotionale und instrumentelle Unterstützung, jeweils bezogen auf technische und gesundheitliche Herausforderungen, in diesem Zusammenhang spielt.

3. Wie stehen instrumentelle und emotionale Unterstützung, jeweils bezogen auf technische und gesundheitliche Herausforderungen, im Zusammenhang mit der Rolle der Gesundheitskompetenz und der digitalen Kompetenz für die Wahrscheinlichkeit, Gesundheitsinformationen im Internet zu suchen?

Um diese dritte Fragestellung beantworten zu können, wurden hierfür aus dem theoretischen Hintergrund und dem Forschungsstand sechs Hypothesen entwickelt und formuliert. Diese lauten folgendermassen (siehe nachfolgende Tabelle 4):

<b>H3a Hypothese</b>	Personen mit einer überdurchschnittlichen GK haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen mit einer unterdurchschnittlichen GK.
<b>H3b Hypothese</b>	Personen mit einer überdurchschnittlichen DK haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen mit einer unterdurchschnittlichen DK.
<b>H3c Hypothese</b>	Personen, die im letzten Jahr <u>instrumentelle Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen</u> erhalten haben, haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen, die diese Unterstützung nicht erhalten oder nicht benötigt haben.
<b>H3d Hypothese</b>	Personen, die im letzten Jahr <u>emotionale Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen</u> erhalten haben, haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen, die diese Unterstützung nicht erhalten oder nicht benötigt haben.
<b>H3e Hypothese</b>	Personen, die im letzten Jahr <u>instrumentelle Unterstützung bei technischen Herausforderungen</u> erhalten haben, haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen, die diese Unterstützung nicht erhalten oder nicht benötigt haben.
<b>H3f Hypothese</b>	Personen, die im letzten Jahr <u>emotionale Unterstützung bei technischen Herausforderungen</u> erhalten haben, haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen, die diese Unterstützung nicht erhalten oder nicht benötigt haben.

Tabelle 4: Hypothesen zur Bedeutung von Kompetenzen und sozialer Unterstützung bei der Nutzung von OHIS.

## 5 Methodisches Vorgehen

Im vorliegenden Kapitel erfolgt eine Darlegung des methodischen Vorgehens der Untersuchung. Dabei werden zunächst die Datengrundlage und die Datenaufbereitung erörtert, bevor auf die angewandten Auswertungsmethoden eingegangen wird. Das Ziel besteht zum einen in der Beschreibung des Datensatzes, der die Grundlage für die Analyse der Leitfragen bildet, und zum anderen in der Erläuterung des methodischen Vorgehens bei der Auswertung der Daten.

### 5.1 Datengrundlage und Datenaufbereitung

Die Beantwortung der drei Leitfragen erfolgt unter Zuhilfenahme von Daten aus der schweizweiten Umfrage des Projekts «Regionale Gesundheitsförderung in einer altersfreundlichen digitalen Welt» (ReDiH) der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW). Diese Umfrage wurde einmalig unter Personen ab 60 Jahren in der ganzen Schweiz durchgeführt. Daher handelt es sich um eine Querschnittsuntersuchung. Für das Stichprobenverfahren und die Datenerhebung wurde mit einem Umfrageinstitut zusammengearbeitet.

Der verwendete Fragebogen basiert einerseits auf einer im Rahmen des Projekts durchgeführten Literaturrecherche und einem partizipativen Workshop mit älteren Personen (60+), mit betreuenden Angehörigen sowie Expert:innen, die im Schnittfeld von Alter und Gesundheit tätig sind.

#### 5.1.1 Grundgesamtheit und Stichprobe

Die Grundgesamtheit umfasst Personen, die das 60. Lebensjahr erreicht haben und in der Schweiz in einem Privathaushalt oder in einer Alterssiedlung leben.

Die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung wurde auf Basis zweier Adressgrundlagen gebildet: Zum einen wurden Personen- und Adressdaten aus dem Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen (SRPH) des Bundesamtes für Statistik (BFS) genutzt, zum anderen wurden ergänzend Adressen aus dem Register des privaten Adressbrokers AZ Direct herangezogen. Für beide Quellen wurde eine regional nach Kantonen geschichtete Zufallsstichprobe gezogen, um eine möglichst repräsentative Verteilung innerhalb der Grundgesamtheit zu gewährleisten.

Die Grundstichprobe umfasste dabei insgesamt 3'531 Personen aus dem SRPH, zuzüglich einer Reserve von 733 Personen, sowie 4'000 Personen aus der AZ Direct-Datenbasis, ergänzt um 47 zusätzliche Adressen für den Kanton Schaffhausen. Insgesamt wurden somit 8'311 Personen für die Untersuchung angeschrieben, davon 4'264 aus dem SRPH und 4'047 aus dem AZ Direct-Register.

Im Rahmen des Versands wurden jedoch 74 der versendeten Briefe als unzustellbar vermerkt (37 aus der SRPH-Stichprobe und 37 aus der AZ Direct-Stichprobe). Dadurch reduzierte sich die

Nettostichprobe auf 8'237 Personen, wobei 4'227 Personen aus dem SRPH und 4'010 Personen aus dem AZ Direct-Register stammen.

Die Ausschöpfung der Befragung – also der Anteil der tatsächlich teilnehmenden Personen – lag insgesamt bei 16.60 % (1'367 Teilnehmende von 8'237 angeschriebenen Personen). In der SRPH-Gruppe betrug die Ausschöpfung 24.06 % (1'017 von 4'227), während sie in der AZ Direct-Gruppe bei 7.73 % (310 von 4'010) lag. Als zusätzliche Gründe für den Ausfall von potenziellen Teilnehmenden wurden unter anderem Verweigerungen (SRPH:  $n = 68$ ; AZ:  $n = 9$ ) und Absagen aufgrund gesundheitlicher Gründe oder Demenz (SRPH:  $n = 19$ ; AZ:  $n = 4$ ) dokumentiert. Darüber hinaus konnten drei Personen aus der SRPH-Gruppe aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse nicht an der Umfrage teilnehmen.

Die Befragung fand zwischen dem 27. Juni 2024 (erste Teilnahme) und dem 20. August 2024 (letzter Befragungstag) statt. Insgesamt nahmen 1'367 Personen teil, wobei die Mehrheit ( $n = 1'237$ ) die Online-Befragung (CAWI) nutzte, während 130 Personen den Papierfragebogen (PAPI) ausfüllten. Nach Abschluss der Befragung erfolgte in Absprache mit der FHNW ein Daten-Cleaning. In diesem Prozess wurden Fragebögen ausgeschlossen, die eine ungewöhnlich kurze Bearbeitungszeit aufwiesen (weniger als ein Drittel der Mediandauer) oder bei denen mehr als 45 Fragen mit «weiss nicht» oder «keine Antwort» beantwortet wurden. Insgesamt betrafen diese Kriterien 40 Fragebögen. Nach dem Daten-Cleaning standen für die weitere Auswertung 1'327 Fragebögen zur Verfügung.

Im Anschluss an das Daten-Cleaning wurde eine Analyse einzelner Variablen durchgeführt, welche zum Ausschluss von zwei weiteren Fragebögen für die vorliegende Masterthesis führte. Diese Fragebögen beinhalteten die Angabe der stationären Alterseinrichtung als Wohnform und sind nicht Bestandteil der in dieser Masterthesis präsentierten Grundgesamtheit. Folglich standen für die weitere Auswertung final **1'325 Fragebögen** zur Verfügung, von denen 1'213 online (CAWI) und 112 auf Papier (PAPI) ausgefüllt wurden. Nachfolgend sind in Tabelle 5 die Merkmale der Stichprobe aufgeführt:

	Stichprobe Gesamt	Anzahl <i>n</i>	Prozente in Stichprobe
		1'325	100.0
(eingetragenes) Geschlecht	Weiblich	575	43.4
	Männlich	750	56.6
Altersgruppen	60-69	684	51.6
	70-79	459	34.6
	80-100	182	13.7
Sprachregion	Französisch	297	22.4
	Deutsch	984	74.3
	Italienisch	44	3.3

(Fortsetzung auf der nächsten Seite)

(Fortsetzung)			
<b>Haushaltsform</b>	Privathaushalt	1290	98.4
	Alterssiedlung mit oder ohne Begleitung	21	1.6
	<i>Keine Angabe</i>	14	
<b>Bildung</b>	Obligatorisch	86	6.6
	Sekundarstufe II	751	57.6
	Tertiärstufe	467	35.8
	<i>Keine Angabe</i>	21	
<b>Finanzielle Situation</b>	Sehr schwierig bis eher schwierig	256	20.1
	Eher einfach	352	27.7
	Einfach bis sehr einfach	663	52.2
	<i>Keine Angabe</i>	54	
<b>Subjektive Gesundheit</b>	Sehr schlecht bis mittelmässig	318	24.2
	Gut bis sehr gut	997	75.8
	<i>Keine Angabe</i>	10	
<b>Internetnutzung</b>	Onliner	1'261	96.6
	Offliner	45	3.4
	<i>Keine Angabe</i>	19	
<b>Staatsbürgerschaft</b>	CH	1'251	94.6
	Nicht-CH	72	5.4
	<i>Keine Angabe</i>	2	

Tabelle 5: Merkmale der Stichprobe.

### 5.1.2 Erhebungsdesign

Der Fragebogen, der zur Datenerhebung verwendet wurde, wurde von der FHNW entwickelt und in Zusammenarbeit mit dem Umfrageinstitut finalisiert. Um sicherzustellen, dass möglichst alle Zielpersonen an der Befragung teilnehmen können, wurden zwei Teilnahmekanäle angeboten: Zum einen konnten die Teilnehmenden den Fragebogen online ausfüllen (CAWI), zum anderen stand die Möglichkeit zur Verfügung, den Fragebogen in Papierform zu bearbeiten (PAPI). Zudem wurde der Fragebogen in drei Sprachen, Deutsch, Französisch und Italienisch, zur Verfügung gestellt.

Alle Zielpersonen aus der SRPH-Stichprobe ( $n = 4'264$ , einschliesslich Reserve) erhielten am 24. Juni 2024 ein Einladungsschreiben per Post. In diesem Schreiben wurden das Ziel und der Ablauf der Studie erläutert. Den Teilnehmenden wurde ein individuelles Login und Passwort für die Online-Teilnahme mitgeteilt, und es wurde zusätzlich erklärt, dass auf Wunsch auch ein Papierfragebogen telefonisch oder per E-Mail beim Umfrageinstitut bestellt werden kann.

Knapp vier Wochen nach dem Versand der Einladungsschreiben wurden am 16. Juli 2024 Erinnerungsschreiben an diejenigen Zielpersonen verschickt, die bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht teilgenommen oder einen Papierfragebogen bestellt hatten und die auch keine aktive Verweigerung geäussert hatten. Dieses Erinnerungsschreiben betraf insgesamt 3'790 Personen.

Da der Rücklauf bis zu diesem Zeitpunkt relativ zögerlich war, wurde zeitgleich die AZ Direct-Stichprobe aktiviert. Am 17. Juli 2024 wurden weitere 4'000 Einladungsschreiben an die Personen dieser Stichprobe verschickt. Da insbesondere für den Kanton Schaffhausen eine

unterdurchschnittliche Teilnahme verzeichnet wurde, wurde am 7. August 2024 eine zusätzliche Stichprobe von 47 Personen für diesen Kanton gezogen und ebenfalls postalisch eingeladen.

Während der gesamten Erhebungsphase standen den Zielpersonen eine Hotline des Umfrageinstituts zur Verfügung, über die Fragen zur Teilnahme geklärt und Papierfragebögen angefordert werden konnten. Insgesamt wurden 165 Papierfragebögen über diese Hotline bestellt und anschliessend vom Umfrageinstitut an die Zielpersonen versandt.

Die offizielle Erhebungsduer erstreckte sich vom 24. Juni 2024, dem Versand der Einladungsschreiben, bis zum 20. August 2024, dem Tag der letzten erfassten Teilnahme – sowohl online als auch via postalisch zurückgesandte Papierfragebögen.

Die Erhebung könnte durch die Beschränkung auf nur drei angebotene Sprachen potenziell verzerrt worden sein. Dadurch könnten bestimmte Teile der Stichprobe nicht angemessen erreicht worden sein. Ein weiteres potenzielles Bias betrifft insbesondere die sogenannten «Offliner», also Personen ohne Internetzugang. Die aktive Bemühung um einen Papierfragebogen stellte für diese Gruppe eine zusätzliche Teilnahmehürde dar.

### 5.1.3 Variablen für die Analyse

Im Folgenden erfolgt die Vorstellung derjenigen Variablen, die in der Analyse der Leitfragen eine Rolle spielen. Zunächst wird die abhängige Variable präsentiert, anschliessend folgt die Darstellung der unabhängigen Variablen. Dabei wird auch auf die jeweilige Messung und gegebenenfalls die Recodierung eingegangen.

#### 5.1.3.1 Abhängige Variable

Die Operationalisierung von OHIS erfolgte, wie in den meisten Studien, die sich diesem Thema widmen, als binäre Variable (vgl. Wang et al. 2021: 1171). Die in dieser Masterthesis abhängige Variable gibt Aufschluss über die Nutzung oder Nicht-Nutzung von OHIS. In der Konsequenz kann folglich von «User» und «Non-User» von OHIS gesprochen werden.

Im Rahmen der Befragung wurde erhoben, an wie vielen Tagen einer typischen Woche Internetseiten zum Thema Gesundheit (z. B. Webseiten oder Suchmaschinen wie Google) genutzt werden, um Informationen zum Thema Gesundheit zu erhalten. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten waren wie folgt: (1) «Mehrmals täglich», (2) «einmal am Tag», (3) «an 4-6 Tagen pro Woche», (4) «an 1-3 Tagen pro Woche», (5) «sel tener als einmal in der Woche», (6) «nutze ich nicht, aber interessant» sowie (7) «nutze ich nicht und auch nicht interessant». Diese Frage entstammt dem Instrument zur Erfassung der DGK des «HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL» (2024: 3). Die Fragestellung wurde leicht modifiziert, indem die Beispiele in die Formulierung integriert wurden. Zudem wurde die Antwortmöglichkeit «nicht

relevant für mich» in die differenzierteren Ausprägungen «nutze ich nicht, aber interessant» und «nutze ich nicht und auch nicht interessant» überführt.

Die Erstellung der binären Variable erfolgte durch die Rekodierung der Antwortmöglichkeiten (1) «mehrmals täglich», (2) «einmal am Tag», (3) «an 4-6 Tagen pro Woche», (4) «an 1-3 Tagen pro Woche», (5) «seltener als einmal in der Woche», in **USER (1)** und der Antwortmöglichkeiten (6) «nutze ich nicht, aber interessant» und (7) «nutze ich nicht und auch nicht interessant», in **Non-User (0)**.

#### 5.1.3.2 *Unabhängige Variablen*

Folgende unabhängige Variablen wurden vollständig aus den Informationen der SRPH und AZ Direct entnommen: **Geschlecht**, **Alter**, **Wohnort** und **Region**. Da diese Quellen lückenlos vorliegen, gibt es bei diesen Variablen keine fehlenden Werte.

Die Variable **Geschlecht** ist in Übereinstimmung mit dem Schweizer Recht binär kodiert. Da das Schweizer Rechtssystem auf einem binären Geschlechterverständnis beruht, wird im Personalregister jede Person entweder als **männlich** (1) oder **weiblich** (2) erfasst. Dieses binäre Verständnis spiegelt sich auch in den Datensätzen wider, stellt damit eine Einschränkung dar.

Die Altersverteilung wurde in zwei Altersgruppen zusammengefasst. Personen zwischen **60 und 79 Jahren** wurden der ersten Gruppe zugeordnet, während alle Personen **ab 80 Jahren** der zweiten Gruppe zugeordnet wurden. Diese dichotome Kodierung des **Alters** ermöglicht es, Unterschiede zwischen den jüngeren älteren Personen und den Älteren in der Analyse zu untersuchen.

Der Wohnort der Befragten ist auf Basis der gelieferten Daten in drei Kategorien unterteilt: **städtisch** (1), **intermediär** (2) – was dichte periurbane Gebiete sowie ländliche Zentren umfasst – und **ländlich** (3). Für die Analyse wurde diese Variable in eine binäre Kodierung umgewandelt, wobei die Kategorie **städtisch** als **1** und alle anderen Kategorien, die als **nicht städtisch** gelten, als **0** kodiert wurden. Dies erlaubt eine vereinfachte Untersuchung des Zusammenhangs von urbaner versus nicht-urbaner Lebensräume mit OHIS.

Die **Region** wurde basierend auf den Sprachregionen der Schweiz klassifiziert. Die Befragten wurden entsprechend ihrer Zugehörigkeit entweder der **Deutschschweiz** (1), der **Westschweiz** (2) oder der **italienischsprachigen Schweiz** (3) zugeordnet. Diese regionale Einteilung ermöglicht eine differenzierte Betrachtung möglicher kultureller und struktureller Unterschiede in den verschiedenen Sprachräumen der Schweiz.

Neben den bereits beschriebenen aus den SRPH- und AZ Direct-Daten entnommenen Variablen folgen nun Variablen, die im Rahmen dieser Untersuchung eigenständig erhoben wurden. Diese Variablen beziehen sich auf **Bildung**, die **Fähigkeit, finanziell über die Runden zu kommen**, die

## **Häufigkeit der Internetnutzung, die Vertrauenswürdigkeit von OHI, GK, DGK, DK sowie die vier Variablen zur sozialen Unterstützung.**

Die Variable **Bildung** basiert auf der Frage nach dem höchsten Bildungsabschluss der Befragten. Die Antworten wurden entsprechend der verschiedenen Bildungsstufen kodiert: **obligatorische Schule** (1), **Sekundarstufe II** (2) und **Tertiärbildung** (3). Darüber hinaus wurde eine binäre Variable erstellt, um gezielt den Unterschied zwischen Tertiärbildung und den anderen Bildungsabschlüssen zu erfassen. Hierbei wurde **Tertiärbildung** als **1** kodiert und alle anderen Bildungsstufen als **0**.

Die Variable **finanzielle Fähigkeit, über die Runden zu kommen** (in Anlehnung an SILC von BFS 2024c) erfasst die subjektive Einschätzung der Befragten hinsichtlich ihrer finanziellen Situation. Die Frage lautete: Wie schwierig ist es für Sie und Ihren Haushalt, mit dem zur Verfügung stehenden Einkommen über die Runden zu kommen? Den Befragten standen sechs Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, die von «sehr schwierig» bis «sehr einfach» reichten. Für die Analyse wurde die Variable in eine dichotome Kodierung umgewandelt. Personen, die angaben, dass es für sie **eher schwierig bis sehr schwierig** sei, finanziell über die Runden zu kommen, wurden mit **1** kodiert. Personen, die ihre finanzielle Situation als **eher einfach bis sehr einfach** einstuften, erhielten die Kodierung **2**.

Die **Häufigkeit der Internetnutzung** wurde über die Frage «Wie häufig nutzen Sie selbst das Internet?» erhoben. Den Befragten standen fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, die von «täglich/fast täglich» bis «nie, aber ich besitze es» reichten. Zusätzlich konnten die Befragten angeben, dass sie das Internet nicht besitzen oder es nicht kennen (wie in Hugentobler/Seifert 2024). Für die Analyse wurde eine dichotome Variable erstellt, wobei diejenigen, die angaben, das **Internet täglich oder fast täglich zu nutzen**, mit **1** kodiert wurden. Alle anderen, die das **Internet seltener als täglich oder nie nutzten**, erhielten die Kodierung **2**.

Die **Vertrauenswürdigkeit von OHI** wurde anhand der Frage «Wie vertrauenswürdig finden Sie Gesundheitsinformationen aus dem Internet?» erhoben (in Anlehnung an Link/Baumann 2020). Die Antworten reichten von «überhaupt nicht vertrauenswürdig» bis «sehr vertrauenswürdig», wobei «sowohl als auch» eine neutrale Option darstellte. Für die weitere Analyse wurde eine binäre Variable gebildet, bei der Befragte, die OHI als **eher bis sehr vertrauenswürdig oder sowohl vertrauenswürdig als auch nicht vertrauenswürdig** einschätzten, mit **1** kodiert wurden. Befragte, die OHI als **eher bis überhaupt nicht vertrauenswürdig** einstuften, erhielten die Kodierung **0**.

Des Weiteren wurden in der Studie die **GK** sowie die **DGK** erfasst. Beide Variablen basieren auf Instrumenten des «HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL» (2024, Pelikan et al. 2022). Für die **GK** wurde eine dichotome Variable gebildet, die zwischen

**unterdurchschnittlicher GK (1)** und **überdurchschnittlicher GK (2)** unterscheidet. Diese Variable ermöglicht eine Differenzierung zwischen Befragten mit niedrigerer und höherer GK. Die **DK** wurde mithilfe eines Instruments aus der DigCompSAT-Studie (Clifford et al. 2020) gemessen, wobei die Übersetzung von Stürz et al. (2023) verwendet wurde. In Anlehnung an Weinhold et al. (2023) wurde das Instrument für die vorliegende Studie gekürzt, um eine präzise Erhebung der DK zu ermöglichen. Auch für die GK wurde eine dichotome Variable gebildet, die zwischen **unterdurchschnittlicher DK (1)** und **überdurchschnittlicher DK (2)** unterscheidet. Einen weiteren wesentlichen Aspekt der Untersuchung bildete die soziale Unterstützung, welche in vier unterschiedlichen Ausprägungen erfasst wurde. Diese wurden auf Basis des Schweizer Haushaltspanels (FORS 2011) und Fydrich et al. (2007) entwickelt. Die vier Arten der Unterstützung umfassten: (1) **gesundheitsbezogene instrumentelle Unterstützung**, (2) **gesundheitsbezogene emotionale Unterstützung**, (3) **technikbezogene instrumentelle Unterstützung** und (4) **technikbezogene emotionale Unterstützung**. Für jede dieser Unterstützungsarten wurde eine separate Frage gestellt, die ermittelte, ob es im letzten Jahr eine oder mehrere nahestehende Personen gab, die den Befragten bei instrumentellen oder emotionalen Herausforderungen, bezogen auf die Gesundheit oder Technik, geholfen haben. Zur Verdeutlichung wurden in der Fragestellung auch konkrete Beispiele für die jeweilige Unterstützung aufgeführt. Die Antwortmöglichkeiten lauteten: Ja (1), Nein, es hat niemand geholfen (2), oder Nein, es wurde keine Unterstützung benötigt (3). Für die Analyse wurden alle vier Variablen rekodiert und in eine binäre Form überführt: Befragte, die angaben, **Unterstützung erhalten** zu haben, wurden mit **1** kodiert, während diejenigen, die **keine Unterstützung benötigten** oder **keine erhalten haben, dies aber benötigten**, mit **0** kodiert wurden.

#### *5.1.3.3 Dichotomisierung der Variablen*

Die Entscheidung, kontinuierliche Variablen in dichotome Variablen zu rekodieren, wurde getroffen, um die Ergebnisse der Analysen klarer interpretierbar zu machen und eine einfache Vergleichbarkeit zwischen Gruppen mit unterschiedlichen Ausprägungen zu gewährleisten. Die dichotome Kodierung ermöglicht eine direkte Gegenüberstellung von Personengruppen, die bestimmte Schwellenwerte über- oder unterschreiten, wie beispielsweise bei der Unterscheidung zwischen unterdurchschnittlicher und überdurchschnittlicher GK oder DK. Dies bietet den Vorteil einer vereinfachten statistischen Analyse, wie sie häufig in sozialwissenschaftlichen Studien verwendet wird (vgl. Altman/Royston 2006: 1080).

Gleichzeitig ist anzuerkennen, dass durch die Dichotomisierung Informationen über die Verteilung der Variablen verloren gehen können. Beispielsweise erlaubt die dichotome Betrachtung keine

detaillierte Analyse von Abstufungen innerhalb der kontinuierlichen Skala, was potenziell zu einer Reduzierung der Aussagekraft führen könnte (vgl. ebd.).

Die Wahl der Dichotomisierung basiert jedoch auf der Zielsetzung dieser Untersuchung, praxisorientierte und verständliche Ergebnisse zu erzielen. Die Gegenüberstellung klar definierter Gruppen (z. B. «unterdurchschnittlich» versus «überdurchschnittlich») erleichtert die Ableitung praxisnaher Empfehlungen, die sich direkt an die Zielgruppen der Sozialen Arbeit richten. In zukünftigen Studien könnte es dennoch sinnvoll sein, alternative Analysemethoden wie metrische Skalen oder kategoriale Differenzierungen einzusetzen, um eine tiefere Einsicht in die Zusammenhänge zu erhalten.

## 5.2 Auswertungsmethoden

Im Folgenden werden die zwei multivariaten Auswertungsmethoden, der Chi-Quadrat-Test sowie die binär logistische Regression, kurz beschrieben.

### 5.2.1 Chi-Quadrat-Test

Um einen Grossteil der Hypothesen der Leitfrage 2 (H2a bis H2f) beantworten zu können, wird der Chi-Quadrat-Test herangezogen (siehe Kapitel 6.2.1). Dieses statistische Verfahren dient dazu, den Zusammenhang zwischen nominalen Variablen zu untersuchen, indem es prüft, ob die beobachteten Häufigkeiten signifikant von den erwarteten Häufigkeiten abweichen, die unter der Annahme der Unabhängigkeit der Variablen zu erwarten wären (vgl. Kuckartz et al. 2013: 92). Der Chi-Quadrat-Test findet häufig Anwendung in der Analyse von Assoziationen in Kreuztabellen (vgl. ebd.: 87). Die Voraussetzungen des Chi-Quadrat-Tests lassen sich wie folgt zusammenfassen (vgl. Bortz/Schuster 2010: 141):

- Unabhängigkeit der Beobachtungen: Jede Beobachtung muss unabhängig von den anderen sein, d. h. es darf keine Person oder Einheit in mehr als einer Kategorie der Kreuztabelle aufgeführt werden.
- Erwartete Häufigkeiten: In jeder Zelle der Kreuztabelle sollten die erwarteten Häufigkeiten mindestens fünf betragen. Dies stellt sicher, dass die Annahmen der Chi-Quadrat-Verteilung erfüllt sind und der Test zuverlässige Ergebnisse liefert.

Für die durchgeführten Analysen werden diese Voraussetzungen vollständig eingehalten. Insbesondere wurden die erwarteten Häufigkeiten in allen Zellen überprüft und als ausreichend gross bestätigt, um die Gültigkeit des Tests zu gewährleisten.

Des Weiteren findet das Verfahren Anwendung bei der Berechnung des Zusammenhangs zwischen sozialer Unterstützung und den Kompetenzen (siehe Kapitel 6.4). Auch hier wurden die Voraussetzungen einer Prüfung unterzogen, welche zu einem positiven Ergebnis führte.

## 5.2.2 Binär logistische Regressionsanalyse

Die Beantwortung der Hypothesen der Leitfrage 2 (teilweise ergänzend zum Chi-Quadrat-Test) sowie aller Hypothesen der Leitfrage 3 erfolgt mittels binär logistischer Regression (siehe die Kapitel 6.2.2 und 6.3.3). Diese Methode eignet sich zur Untersuchung von Situationen, in denen die abhängige Variable dichotom ist. Dies ist hier der Fall, da die Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen (OHIS-Nutzung: User oder Non-User) untersucht wird (vgl. Kuckartz et al. 2013: 273). Die Zielsetzung der logistischen Regression besteht in der Erklärung der Wahrscheinlichkeit für die Zugehörigkeit zu einer der beiden Gruppen durch verschiedene unabhängige Variablen (vgl. ebd.: 274).

Die binäre logistische Regression dient der Berechnung der Wahrscheinlichkeit, dass eine Person zu einer der beiden Gruppen (User oder Non-User von OHIS) gehört. Der Kern der Methode besteht in der Identifikation von Prädiktoren, welche die Wahrscheinlichkeit der OHIS-Nutzung entweder erhöhen oder senken. Die unabhängigen Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, umfassen demografische und sozioökonomische Merkmale, die Dimensionen der Internetnutzung und des Vertrauens in die OHI und der Kompetenzen sowie die gesundheits- und technikbezogene soziale Unterstützung (jeweils unterteilt in instrumentelle und emotionale Unterstützung). Diese Variablen wurden aufgrund der in den Hypothesen postulierten Zusammenhänge ausgewählt, um ihre Relevanz auf die Wahrscheinlichkeit der OHIS-Nutzung zu untersuchen. Die Analyse erfolgt mittels eines hierarchischen Modellansatzes, bei dem die unabhängigen Variablen schrittweise in die Modelle integriert werden. Dadurch kann die Abhängigkeit der Schätzung einzelner Variableneffekte von anderen, ebenfalls im Regressionsmodell geschätzten Variableneffekten kontrolliert werden (vgl. Urban/Mayerl 2011: 312). Ein weiterer Vorteil ist, dass dadurch ein zusätzlicher Erklärungswert der Modelle für die Wahrscheinlichkeit der OHIS-Nutzung analysiert werden kann.

Das Modell erlaubt die Schätzung der Wahrscheinlichkeit für das Eintreten des Ereignisses (Nutzung von OHIS) in Abhängigkeit von den unabhängigen Variablen sowie die Berechnung der Odds Ratios (OR). Diese geben das Verhältnis der Wahrscheinlichkeiten an, mit denen das Ereignis in Abhängigkeit von einer bestimmten unabhängigen Variable eintritt (vgl. Kuckartz et al. 2013: 276).

Die Anwendung der binär logistischen Regression erfordert die Erfüllung bestimmter Voraussetzungen (vgl. Eid/Gollwitzer/Schmitt 2013: 792, Fromm 2010: 108):

- Dichotome abhängige Variable: Die abhängige Variable muss dichotom sein. In diesem Fall wird die OHIS-Nutzung als binäre, folglich dichotome, Variable betrachtet, wobei die Nutzenden der Variable «User» und die Nicht-Nutzenden der Variable «Non-User» zugeordnet wurden.

- Unabhängige Beobachtungen: Die Beobachtungen müssen voneinander unabhängig sein. Das bedeutet, dass keine Person mehrfach in der Stichprobe vorkommt und keine Abhängigkeiten zwischen den Beobachtungen bestehen.
- Ausreichende Gruppengröße: Für jede Gruppe, die durch kategoriale Prädiktoren gebildet wird, sollten mindestens 25 Beobachtungen vorliegen.
- Multikollinearität: Zwischen den unabhängigen Variablen sollte keine starke Multikollinearität vorliegen, also keine zu starke Korrelation zwischen den Prädiktoren (siehe Kapitel 6.3.1 für die Korrelation zwischen DK, GK und DGK).

Die Erfüllung aller Voraussetzungen wurde überprüft und kann bestätigt werden.

Für die binär logistische Regression wurde der listenweise Ausschluss von Fällen angewandt. Das bedeutet, dass Fälle mit fehlenden Werten in den Variablen, die in das Modell aufgenommen wurden, aus der Analyse ausgeschlossen wurden. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass nur vollständige Datensätze in die Analyse einfließen, wodurch die Berechnung der Wahrscheinlichkeiten und der Odds Ratios (OR) präzise bleibt (vgl. Urban/Mayerl/Wahl 2016: 15). Die Entscheidung für diese Methode wurde getroffen, da bei binär logistischen Regressionen die vollständige Verfügbarkeit aller Variablenwerte in jedem Fall erforderlich ist, um robuste Ergebnisse zu erzielen. Es ist jedoch zu beachten, dass der listenweise Ausschluss von Fällen zu einem potenziellen Verlust an Stichprobenumfang führen kann, insbesondere wenn die Anzahl der fehlenden Werte hoch ist. Im vorliegenden Datensatz war der Anteil an fehlenden Werten akzeptabel, sodass die Methode keine wesentliche Einschränkung hinsichtlich der statistischen Aussagekraft der Ergebnisse darstellte.

## 6 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden nun die Ergebnisse entlang der drei Leitfragen präsentiert.

### 6.1 Aktuelle Nutzung von OHIS bei den 60+-Jährigen

In diesem Kapitel wird untersucht, in welchem Umfang Personen im Alter von 60 Jahren und älter das Internet nutzen, um OHIS zu nutzen (Leitfrage 1). Die Analyse erlaubt Einsichten in die Nutzung (User oder Non-User), die Häufigkeit der Nutzung sowie die Verteilung von OHIS innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe. Des Weiteren wird untersucht, inwiefern sich die Nutzung von OHIS nach Alter und Geschlecht unterscheidet.

Im Rahmen dieser Analysen werden ausschliesslich Personen berücksichtigt, die das Internet generell nutzen (sog. «Onliner»,  $n = 1261$ ), da diese die Möglichkeit haben, OHIS zu nutzen, im Gegensatz zu den Offlinern.

In Kapitel 6.1.2 erfolgt schliesslich die Beantwortung der Leitfrage 1.

#### 6.1.1 Nutzung von OHIS

Die folgende Beschreibung basiert auf den Daten der befragten Stichprobe. Zudem werden ausschliesslich Onliner betrachtet.

In Bezug auf die Frage, an wie vielen Tagen einer typischen Woche das Internet genutzt wird, um Informationen zum Thema Gesundheit zu erhalten, gaben 2.2 % der Befragten an, dass sie das Internet «täglich» nutzen, während 11.0 % angaben, es «mehrmals pro Woche» zu nutzen. 64.5 % nutzen das Internet «seltener» als einmal pro Woche. 14.8 % antworteten mit «nutze ich nicht, aber interessant» und 7.5 % mit «nutze ich nicht, aber auch nicht interessant». Die Verteilung der User und Non-User von OHIS unter den Onlinern ist folglich: 77.7 % sind User ( $n = 969$ ) und 22.3 % Non-User ( $n = 279$ ). Siehe dazu die nachfolgende Abbildung 4.

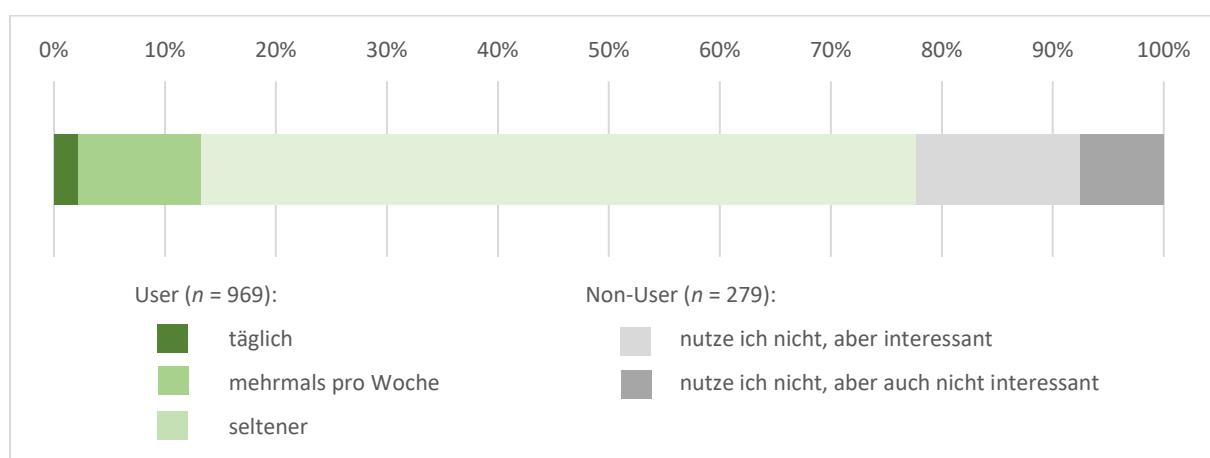


Abbildung 4: Nutzungshäufigkeit von OHIS (der Onliner  $n = 1'248$ ). (eigene Darstellung)

#### 6.1.1.1 Nutzung von OHIS nach Alter und Geschlecht

Die Nutzung von OHIS zeigt eine gewisse Altersabhängigkeit, wie in Abbildung 5 ersichtlich ist. Von den Onlinern nutzen 80.7 % der 60-69-Jährigen OHIS, während es bei den Personen ab 80 Jahren lediglich 75.7 % sind (jeweils User-OHIS). Der Anteil bei den 70-79-Jährigen der User ist hingegen nochmals etwas niedriger und liegt bei 73.8 %. Die Prozentwerte der Häufigkeiten legen jedoch dar, dass 18.6 % der Personen ab 80 Jahren OHIS mindestens einmal pro Woche nutzen, während es bei der Altersgruppe der 70-79-Jährigen 13.4 % und bei der Altersgruppe der 60-69-Jährigen 11.7 % sind.

Die geschlechtsspezifische Verteilung der OHIS-User zeigt folgendes Bild: 75.6 % der männlichen und 80.4 % der weiblichen Personen verwenden OHIS, wenn nur die Onliner berücksichtigt werden. Eine weitere Darstellung der Verteilung weiterer demografischer und sozioökonomischer Merkmale zwischen den Usern und Non-Usern von OHIS findet sich in Kapitel 6.2.

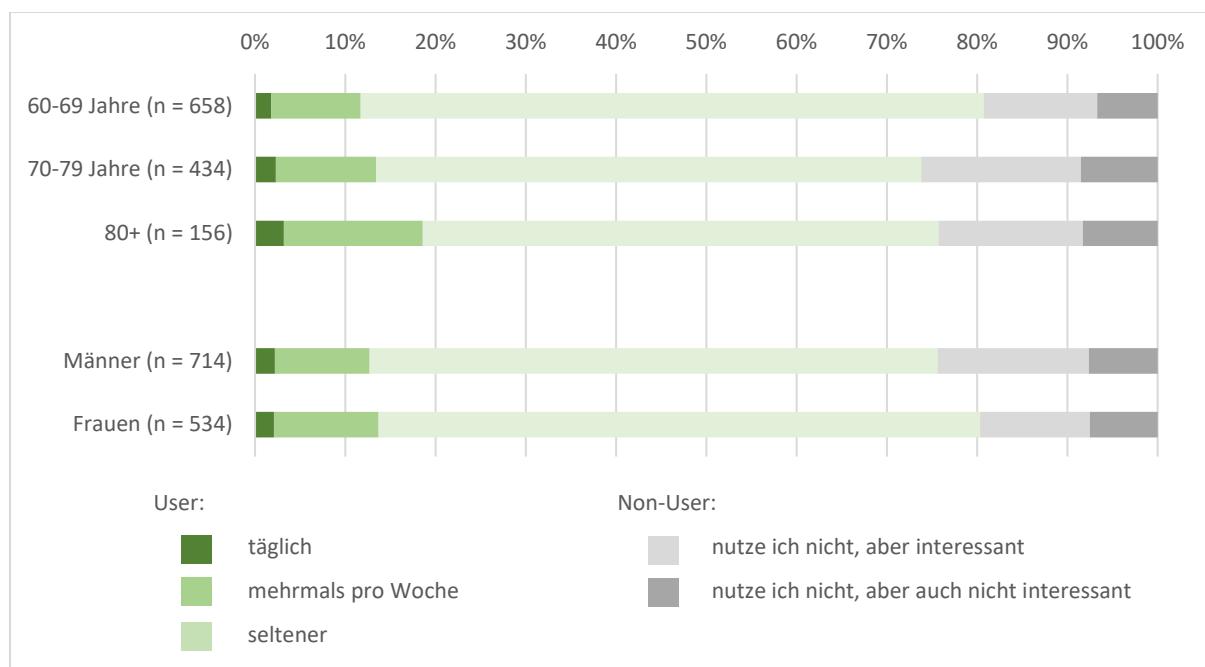


Abbildung 5: Nutzungshäufigkeit von OHIS nach Alter (der Onliner n = 1'248). (eigene Darstellung)

#### 6.1.2 Fazit zur aktuellen Nutzung von OHIS bei den 60+-Jährigen

Die Analyse der Daten zeigt, dass ein grosser Anteil der Onliner der Schweizer Bevölkerung im Alter von 60 Jahren und älter das Internet zur Suche nach Gesundheitsinformationen nutzt. Unter den Onlinern dieser Altersgruppe verwenden 77.7 % das Internet für OHIS, was darauf hindeutet, dass über drei Viertel der älteren Onliner auf Gesundheitsinformationen online zugreifen. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass OHIS für viele ältere Onliner in der Schweiz eine wichtige, aber nicht täglich genutzte Informationsquelle darstellt.

## 6.2 Soziale Ungleichheiten und Barrieren

In den kommenden Kapiteln erfolgt eine Analyse der Barrieren und sozialen Ungleichheiten in Bezug auf die Nutzung von OHIS bei Personen im Alter von 60 Jahren und älter in der Schweiz. Dies dient der Beantwortung der Leitfrage 2.

Zur Untersuchung der sozialen Ungleichheiten und Barrieren werden zunächst die charakteristischen Merkmale der OHIS-User und -Non-User mittels Chi-Quadrat-Test dargestellt (Kapitel 6.2.1) sowie der Zusammenhang zwischen der Nutzungshäufigkeit des Internets und dem Vertrauen in OHI mit der Nutzung von OHIS analysiert (Kapitel 6.2.2). Die nachfolgenden Analysen basieren ausschliesslich auf den Daten der Onliner. In Kapitel 6.2.2.1 erfolgt darüber hinaus eine Überprüfung der Hypothesen zu den sozialen Ungleichheiten und Barrieren in Bezug auf OHIS.

In Kapitel 6.2.3 werden die genannten Barrieren von Non-Usern dargestellt. Die Stichprobe wird für die vorliegende Analyse erweitert, indem sowohl On- als auch Offliner berücksichtigt werden. In Kapitel 6.2.4 erfolgt schliesslich eine Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse sowie eine detaillierte Analyse der spezifischen Barrieren und sozialen Ungleichheiten in der Nutzung von OHIS bei Personen im Alter von 60 Jahren und älter in der Schweiz.

### 6.2.1 Charakteristik der User und Non-User

Die Analyse mittels Chi-Quadrat-Test zeigt signifikante Unterschiede in der Nutzung von OHIS in Bezug auf Geschlecht, Bildung und Sprachregion bei den Onlinern im Alter von 60 Jahren und älter in der Schweiz (siehe Tabelle 6). Die Ergebnisse basieren auf einer deskriptiven Analyse und dem Chi-Quadrat-Test, um die Verteilung der demografischen und sozioökonomischen Merkmale zwischen OHIS-Usern und Non-Usern zu vergleichen. Alle Analysen wurden unter ausschliesslicher Einbeziehung der Onliner durchgeführt.

**Geschlecht:** Der Anteil der OHIS-User unterscheidet sich signifikant zwischen den Geschlechtern ( $\text{Chi-Quadrat}(1) = 3.9, p = .048, n = 1'248$ ). Bei weiblichen Personen geben 80.3 % an, OHIS zu nutzen, während dieser Anteil bei den männlichen Personen bei 75.6 % liegt. Dieser Unterschied ist zwar statistisch signifikant ( $p = .048$ ), jedoch gering in der Stärke des Zusammenhangs (Cramers  $V = .056, p = .048$ ).

**Bildung:** Die Bildung steht in einem signifikanten Zusammenhang mit der Nutzung von OHIS ( $\text{Chi-Quadrat}(2) = 18.7, p < .001, n = 1'230$ ). Unter den Personen mit obligatorischem Bildungsabschluss nutzen 72.1 % OHIS, bei denjenigen mit Sekundarstufe-II-Abschluss sind es 74.0 % und unter den Befragten mit tertiärer Bildung 84.4 %. Der Zusammenhang zwischen Bildung und OHIS-Nutzung ist statistisch signifikant und weist eine moderate Stärke auf (Cramers

$V = .123, p < .001$ ). Dies deutet darauf hin, dass Personen mit höherem Bildungsniveau tendenziell häufiger OHIS nutzen.

**Sprachregion:** Auch Die Sprachregion zeigt einen signifikanten Zusammenhang mit der Nutzung von OHIS (Chi-Quadrat(2) = 15.8,  $p < .001$ ,  $n = 1'248$ ). In der Deutschschweiz beträgt der Anteil der OHIS-User 80.4 %, in der Westschweiz 69.9 % und in der italienischsprachigen Schweiz 67.5 %. Die Korrelation ist signifikant und weist eine moderate Stärke auf (Cramers  $V = .113$ ,  $p < .001$ ), was darauf hindeutet, dass die Nutzung von OHIS in der Deutschschweiz höher ist als in den anderen Sprachregionen.

		Online Health Information Seeking (OHIS)		
		User	Non-User	
		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>p</i>
<b>Geschlecht</b>	Weiblich	429 (80.3)	105 (19.7)	<b>.048</b>
	Männlich	540 (75.6)	174 (24.4)	
<b>Alter</b>	60-79 Jahre	851 (77.9)	241 (22.1)	<b>.521</b>
	80+ Jahre	118 (75.6)	38 (24.4)	
<b>Bildung</b>	Obligatorisch	49 (72.1)	19 (27.9)	<b>&lt;.001</b>
	Sekundarstufe II	523 (74.0)	184 (26.0)	
	Tertiärstufe	384 (84.4)	71 (15.6)	
<b>Finanzielle Fähigkeit, über die Runden zu kommen</b>	Eher einfach bis sehr einfach	174 (74.0)	61 (26.0)	.097
	Eher schwierig bis sehr schwierig	762 (79.0)	202 (21.0)	
<b>Wohnort</b>	Städtisch	562 (79.2)	148 (20.8)	<b>.310</b>
	Intermediären	206 (74.9)	69 (25.1)	
	Ländlich	201 (76.4)	62 (23.6)	
<b>Sprachregion</b>	Deutschschweiz	749 (80.4)	183 (19.6)	<b>&lt;.001</b>
	Westschweiz	193 (69.9)	83 (30.1)	
	Italienischsprachige Schweiz	27 (67.5)	13 (32.5)	

Tabelle 6: Verteilung demografischer und sozioökonomischer Merkmale zwischen OHIS-Usern und -Non-Usern. Analyse der Onliner mit Chi-Quadrat-Test.

Die Variablen Alter, finanzielle Fähigkeit, über die Runden zu kommen, und Wohnort zeigen hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den OHIS-Usern und -Non-Usern. Alter ( $p = .521$ ), die finanzielle Fähigkeit, über die Runden zu kommen ( $p = .097$ ), und Wohnort ( $p = .310$ ) scheinen demnach weniger bedeutsame Faktoren in Bezug auf die OHIS-Nutzung bei den Onlinern im Alter von 60 Jahren und älter in der Schweiz zu sein.

## 6.2.2 Rolle der Häufigkeit der Internetnutzung und des Vertrauens in OHI bei OHIS

Die binär logistische Regressionsanalyse (siehe Tabelle 7) untersucht die Assoziationen zwischen verschiedenen soziodemografischen, internetnutzungsbezogenen und vertrauensbezogenen Faktoren und der Wahrscheinlichkeit, dass Personen im Alter von 60 Jahren und älter OHIS nutzen. Die abhängige Variable ist binär (User = 1, Non-User = 0), und die Analyse wurde in drei Schritten durchgeführt: zunächst mit einem Brutto-Modell (mit allen unabhängigen Variablen), gefolgt von

Modell 1 (nur soziodemografische Variablen) und Modell 2 (unter Einbeziehung der Internetnutzungs- und OHI-Vertrauensdimension).

Im **Brutto-Modell** zeigt sich die ungefilterte Assoziation der einzelnen Variablen mit der Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen:

- **Geschlecht:** Weibliche Personen haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen als männliche Personen ( $OR = 1.317, p = .047$ ).
- **Bildung:** Personen mit tertiärem Bildungsabschluss haben eine fast doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, im Vergleich zu denen mit niedrigerem Bildungsniveau ( $OR = 1.919, p < .001$ ).
- **Sprachregion:** Die Sprachregion ist ebenfalls ein signifikanter Faktor. Die Analyse ergibt, dass Personen in der Westschweiz (W-CH) und in der italienischsprachigen Schweiz (I-CH) eine rund halb so grosse Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung aufweisen wie jene in der Deutschschweiz (D-CH). Für die Westschweiz beträgt das Odds Ratio (OR) 0.568 ( $p < .001$ ), für die italienischsprachige Schweiz 0,507 ( $p = .061$ ).
- **(Fast) tägliche Internetnutzung:** Personen, die das Internet fast täglich nutzen, verwenden OHIS signifikant häufiger als diejenigen, die es seltener nutzen ( $OR = 2.479, p < .001$ ).
- **Vertrauen in OHI:** Personen, die OHI als eher oder sehr vertrauenswürdig, oder als sowohl als auch, ansehen, haben eine mehr als sechsfach erhöhte Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen ( $OR = 6.395, p < .001$ ).

In **Modell 1** wurden ausschliesslich soziodemografische Variablen einbezogen, um deren eigenständige Assoziation mit der Nutzung von OHIS zu analysieren:

- **Geschlecht** bleibt ein signifikanter Prädiktor, wobei weibliche Personen weiterhin eine höhere Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung haben als männliche Personen ( $OR = 1.367, p = .041$ ).
- **Bildung** bleibt signifikant: Personen mit tertiärer Bildung nutzen OHIS signifikant häufiger als solche mit Sekundar- oder obligatorischer Bildung ( $OR = 1.983, p < .001$ ).
- **Sprachregion:** Auch nach Kontrolle für andere soziodemografische Variablen bleibt die Sprachregion signifikant. Im Vergleich zur Deutschschweiz haben Personen in der Westschweiz ( $OR = 0.502, p < .001$ ) und der italienischen Schweiz ( $OR = 0.453, p = .031$ ) eine geringere Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung.

**Modell 2** ergänzt die soziodemografischen Variablen um die Häufigkeit der Internetnutzung und das Vertrauen in OHI:

- **Geschlecht** verliert in Modell 2 die Signifikanz ( $OR = 1.304, p = .108$ ), was darauf hindeutet, dass die Häufigkeit der Internetnutzung und das Vertrauen in OHI den Effekt des Geschlechts teilweise erklären.
- **Bildung** bleibt signifikant, jedoch mit abgeschwächter Stärke ( $OR = 1.523, p = .020$ ).
- **Internetnutzung:** Personen, die das Internet (fast) täglich nutzen, haben eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung ( $OR = 1.813, p = .002$ ).
- **Vertrauen in OHI** ist der stärkste Prädiktor: Personen, die OHI als eher oder sehr vertrauenswürdig, oder als sowohl als auch, ansehen, weisen eine mehr als fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung auf ( $OR = 5.810, p < .001$ ).

Die **Modellgüte** verbessert sich durch die Einbeziehung weiterer Variablen deutlich, was sich in steigenden Werten von Cox & Snell  $R^2$  (.034 im Modell 1 zu .140 in Modell 2) und Nagelkerkes  $R^2$  (.053 zu .219) zeigt. Zudem ist die Modellanpassung in allen Schritten signifikant ( $p < .001$ ), und die Chi-Quadrat-Werte (40,365 im Modell 1 und 176,358 in Modell 2) verdeutlichen die erhöhte Erklärungskraft des Modells mit zunehmender Komplexität, siehe dazu Tabelle 7.

Variablen	Brutto-Modelle		Modell 1: Soziodemografie		Modell 2: Internetnutzungs- und OHI-Vertrauensdimension	
	OR	p	OR	p	OR	p
Weiblich (ref. männlich)	1.317	<b>.047</b>	1.367	<b>.041</b>	1.304	.108
Alter 60-79 (ref. 80+)	1.137	.525	1.126	.593	1.003	.991
Bildung tertiär (ref. Sek II u. obligatorische Schule)	1.919	<b>&lt;.001</b>	1.983	<b>&lt;.001</b>	1.523	<b>.020</b>
Finanziell eher einfach bis sehr einfach über die Runden zu kommen (ref. eher schwierig bis sehr schwierig)	1.322	.102	1.130	.502	1.076	.709
Städtischer Wohnort (ref. dichter periurbaner und ländlicher Wohnort)	1.222	.142	1.036	.812	.964	.821
W-CH (ref. D-CH)	.568	<b>&lt;.001</b>	0.502	<b>&lt;.001</b>	.508	<b>&lt;.001</b>
I-CH (ref. D-CH)	.507	.061	0.453	<b>.031</b>	.413	<b>.027</b>
(Fast) tägliche Internetnutzung (ref. weniger als (fast) täglich)	2.479	<b>&lt;.001</b>			1.813	<b>.002</b>
OHI sind eher oder sehr vertrauenswürdig, oder sowohl vertrauenswürdig als auch nicht (ref. eher oder überhaupt nicht vertrauenswürdig)	6.395	<b>&lt;.001</b>			5.810	<b>&lt;.001</b>
Cox & Snell $R^2$						
					.034	.140
Nagelkerkes $R^2$						
					.053	.219
Chi-Quadrat <sup>2</sup>						
					40.365	176.358
<i>p</i>						
					<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>
<i>n</i>						
					1'165	1'165

Tabelle 7: Binär logistische Regressionsanalyse mit Gesundheitsinformationssuche im Internet (User = 1, Non-User = 0) als abhängige Variable, Onliner und Modelle 1 und 2.

#### 6.2.2.1 Beantwortung der Hypothesen hinsichtlich sozialer Ungleichheiten und Barrieren

Die binär logistische Regressionsanalyse zeigt, inwieweit die formulierten Hypothesen zu sozialen Ungleichheiten und Barrieren in der Nutzung von OHIS bestätigt werden können, siehe dazu die nachfolgende Tabelle 8.

Hypothese	Ergebnis	Begründung
<b>H2a:</b> Weibliche Personen suchen signifikant eher OHI als männliche Personen.	<b>Teilweise bestätigt</b> (Brutto-Modell: OR = 1.317, $p = .047$ ; Modell 1: OR = 1.367, $p = .041$ ; Modell 2: OR = 1.304, $p = .108$ )	Weibliche Personen haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen als männliche Personen, insbesondere im Brutto-Modell und Modell 1. Dieser Effekt verliert jedoch in Modell 2 an Signifikanz.
<b>H2b:</b> Jüngere Personen (60-79 Jahre) suchen signifikant eher OHI als ältere Personen (80+ Jahre).	<b>Nicht bestätigt</b> (Brutto-Modell: OR = 1.137, $p = .525$ ; Modell 1: OR = 1.126, $p = .593$ ; Modell 2: OR = 1.003, $p = .991$ )	Es gibt keinen signifikanten Unterschied in der OHIS-Nutzung zwischen den Altersgruppen 60-79 Jahre und 80+ Jahre.
<b>H2c:</b> Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss suchen signifikant eher OHI als Personen, die entweder die Sekundarstufe II oder die obligatorische Schule abgeschlossen haben.	<b>Bestätigt</b> (Brutto-Modell: OR = 1.919, $p < .001$ ; Modell 1: OR = 1.983, $p < .001$ ; Modell 2: OR = 1.523, $p = .020$ )	Personen mit tertiärer Bildung haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung als Personen mit Sekundarstufe II oder obligatorischer Schule, selbst nach Berücksichtigung weiterer Faktoren.
<b>H2d:</b> Personen, denen es eher einfach bis sehr einfach fällt, finanziell über die Runden zu kommen, suchen signifikant eher OHI als Personen, denen dies eher schwer bis sehr schwer fällt.	<b>Nicht bestätigt</b> (Brutto-Modell: OR = 1.322, $p = .102$ ; Modell 1: OR = 1.130, $p = .502$ ; Modell 2: OR = 1.076, $p = .709$ )	Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der finanziellen Situation und der Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen.
<b>H2e:</b> Personen, welche städtisch wohnen, suchen signifikant eher OHI als Personen, welche entweder intermediär (dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren) oder ländlich wohnen.	<b>Nicht bestätigt</b> (Brutto-Modell: OR = 1.222, $p = .142$ ; Modell 1: OR = 1.036, $p = .812$ ; Modell 2: OR = 0.964, $p = .821$ )	Der Wohnort (städtisch vs. Intermediär/ländlich) ist kein signifikanter Prädiktor für die OHIS-Nutzung.
<b>H2f:</b> Personen, welche in der Deutschschweiz wohnen, suchen signifikant eher OHI als Personen, welche entweder in der Westschweiz oder italienischsprechenden Schweiz wohnen.	<b>Bestätigt</b> (Brutto-Modell: OR = 0.568 für W-CH, $p < .001$ ; OR = 0.507 für I-CH, $p = .061$ ; Modell 1: OR = 0.502 für W-CH, $p < .001$ ; OR = 0.453 für I-CH, $p = .031$ ; Modell 2: OR = 0.508 für W-CH, $p < .001$ ; OR = 0.413 für I-CH, $p = .027$ )	Personen in der Westschweiz und italienischsprechenden Schweiz haben eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung im Vergleich zur Deutschschweiz, selbst nach Berücksichtigung weiterer Faktoren.

(Fortsetzung auf der nächsten Seite)

(Fortsetzung)

<b>H2g:</b> Personen, die das Internet (fast) täglich nutzen, haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen, die das Internet seltener als (fast) täglich nutzen.	<b>Bestätigt</b> ( <i>Brutto-Modell</i> : OR = 2.479, $p < .001$ ; <i>Modell 2</i> : OR = 1.813, $p = .002$ )	Eine (fast) tägliche Internetnutzung erhöht die Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung signifikant.
<b>H2h:</b> Personen, die OHI als eher oder sehr vertrauenswürdig oder als «sowohl als auch» einstufen, haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen, die OHI als eher oder überhaupt nicht vertrauenswürdig einstufen.	<b>Bestätigt</b> ( <i>Brutto-Modell</i> : OR = 6.395, $p < .001$ ; <i>Modell 2</i> : OR = 5.810, $p < .001$ )	Vertrauen in OHI ist ein starker Prädiktor für die OHIS-Nutzung, mit einer mehr als fünffach höheren Wahrscheinlichkeit bei hohem Vertrauen in OHI.

Tabelle 8: Beantwortung der Hypothesen H2a bis H2h

Die Hypothese H2a erfährt eine teilweise Bestätigung, während die Hypothesen H2c, H2f, H2g und H2h durch die Ergebnisse gestützt werden. Eine Bestätigung der Hypothesen H2b, H2d und H2e ist hingegen nicht möglich, da die entsprechenden Variablen keine signifikanten Zusammenhänge mit der Nutzung von OHIS aufweisen.

### 6.2.3 Barrieren in Bezug auf die Nutzung von OHIS bei den 60+-Jährigen

In der Umfrage wurden die Non-User von OHIS nach den Gründen gefragt, die sie daran hindern, OHIS zu nutzen. Die Non-User konnten aus mehreren Antwortmöglichkeiten jene Barrieren auswählen, die für sie persönlich zutreffen. Zudem wurde im Rahmen der Analyse eine Differenzierung der Non-User vorgenommen, je nachdem, ob sie Interesse an OHIS haben oder nicht (siehe Kapitel 6.1). Dies ist in Abbildung 6 dargestellt.

Die häufigsten Barrieren für **Non-User mit Interesse an OHIS** sind Schwierigkeiten bei der Bewertung der Glaubwürdigkeit der Informationen (53 %) und ein allgemeines Misstrauen gegenüber den Gesundheitsinformationen im Internet (42 %). Darüber hinaus empfinden 34 % geringe Erfahrung mit der Internetsuche als hinderlich, und 30 % sind wegen unseriöser Anbieter:innen und Spam zurückhaltend. Weitere Hindernisse sind die komplizierte Sprache der Inhalte (15 %) und fehlende Unterstützung bei der Nutzung digitaler Angebote (9 %). Körperliche Einschränkungen und fehlender Zugang (keine Geräte oder Internetverbindung) werden seltener als Barrieren genannt (5 % bzw. 4 %). Negative Erfahrungen mit der Internetsuche sind für 4 % ein Hinderungsgrund.

Auch bei **Non-User ohne Interesse an OHIS** wird die Glaubwürdigkeit als grösste Hürde genannt (48 %), gefolgt von Misstrauen (43 %), geringer Erfahrung mit der Internetsuche (31 %) und der Sorge um unseriöse Angebote (30 %). Ein höherer Anteil gibt an, die komplexe Fachsprache der Informationen als Barriere zu empfinden (22 %). Zudem werden fehlender Zugang (17 %), fehlende Unterstützung (12 %), körperliche Einschränkungen (8 %) und negative Erfahrungen (9 %) häufiger

als Hindernisse genannt als bei den Non-Usern mit Interesse, siehe dazu die nachfolgende Abbildung 6.

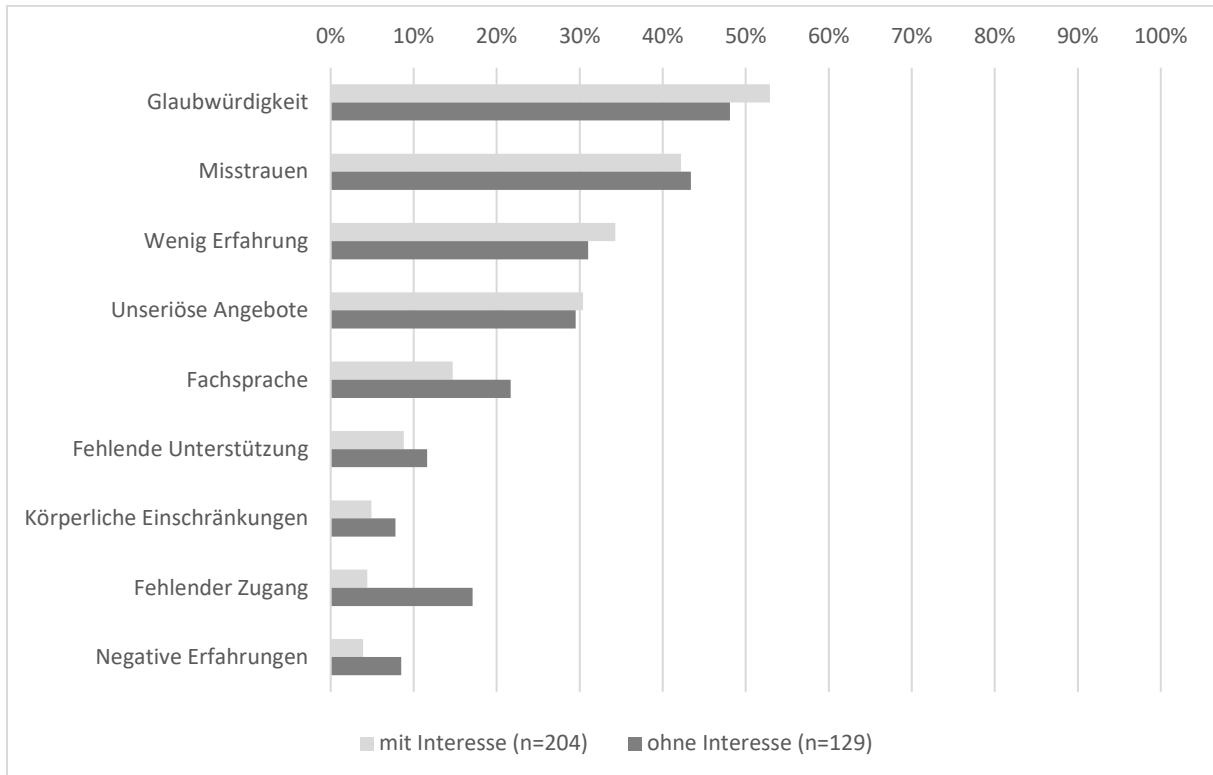


Abbildung 6: Barrieren in Bezug auf die Nutzung von OHIS der Non-User (On- und Offliner,  $n = 333$ ). (eigene Darstellung)

Die wichtigsten Barrieren bei der Nutzung von OHIS betreffen für beide Gruppen die Glaubwürdigkeit der Informationen und das Misstrauen gegenüber den Gesundheitsinformationen im Internet. Zudem sind geringe Erfahrung mit der Internetsuche und die Sorge um unseriöse Angebote weitere häufig genannte Hinderungsgründe. Im Vergleich zu den Non-Usern mit Interesse an OHIS nennen Non-User ohne Interesse häufiger fehlenden Zugang, körperliche Einschränkungen und negative Erfahrungen als Gründe, die sie daran hindern, das Internet zur Suche nach Gesundheitsinformationen zu nutzen.

#### 6.2.4 Fazit zu Barrieren und sozialen Ungleichheiten

Die Ergebnisse dieses Kapitels geben Antworten auf die Leitfrage 2 und verdeutlichen, dass gewisse soziale Faktoren mit der Nutzung von OHIS in signifikantem Zusammenhang stehen und so vorsichtig von sozialen Ungleichheiten gesprochen werden kann. Faktoren wie Geschlecht, Bildungsstand und Sprachregion spielen eine Rolle: Weibliche Personen, Personen mit höherem Bildungsabschluss sowie Personen in der Deutschschweiz nutzen OHIS signifikant häufiger. Auch das Vertrauen in die OHI und eine (fast) tägliche Internetnutzung sind zentrale Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung deutlich erhöhen.

Die Analyse der Barrieren zeigt, dass anbieterspezifische Hinderungsgründe – wie Zweifel an der Glaubwürdigkeit, Misstrauen und die Wahrnehmung unseriöser Angebote – zu den am häufigsten genannten Gründen für die Nichtnutzung von OHIS gehören. Darüber hinaus werden persönliche Hürden, wie eine geringe Erfahrung im Umgang mit dem Internet, häufig erwähnt. Dies spiegelt sich auch in der logistischen Regression wider, wo die Häufigkeit der Internetnutzung in einem signifikanten Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit der OHIS-Nutzung steht.

Auch wenn persönliche Barrieren, wie fehlende Unterstützung oder körperliche Einschränkungen bei der Nutzung von OHIS, insgesamt seltener genannt werden, bleibt ihre Relevanz bestehen. Diese Barrieren betreffen besonders diejenigen, die ohne Interesse an OHIS sind, und zeigen einen Handlungsbedarf auf, um einen barrierefreien Zugang zu Gesundheitsinformationen im Internet zu ermöglichen.

Insgesamt zeigt das Kapitel, dass sowohl soziodemografische als auch internetbezogene Faktoren eng mit der Nutzung von OHIS assoziiert sind. Besonders auffällig ist die Bedeutung des Vertrauens in die Glaubwürdigkeit von OHI: Personen, die OHI zumindest teilweise als vertrauenswürdig einschätzen, weisen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit der OHIS-Nutzung auf, während Misstrauen häufig als Barriere genannt wird. Diese Ergebnisse unterstreichen, dass Vertrauen – ebenso wie ein fehlendes Vertrauen – eine zentrale Rolle bei der Entscheidung für oder gegen die Nutzung von OHIS spielen.

### **6.3 Bedeutung der Kompetenzen und sozialen Unterstützung für die Nutzung von OHIS**

Dieses Kapitel untersucht die Bedeutung von Gesundheits- und digitalen Kompetenzen sowie die Rolle sozialer Unterstützung in Bezug auf die Nutzung von OHIS. Ziel ist es, die Leitfrage 3 zu beantworten:

*Wie stehen instrumentelle und emotionale Unterstützung, jeweils bezogen auf technische und gesundheitliche Herausforderungen, im Zusammenhang mit der Rolle der Gesundheitskompetenz und der digitalen Kompetenz für die Wahrscheinlichkeit, Gesundheitsinformationen im Internet zu suchen?*

Zunächst werden die Kompetenzen (Kapitel 6.3.1) und die soziale Unterstützung (Kapitel 6.3.2) deskriptiv beschrieben. Anschliessend wird eine binär logistische Regressionsanalyse durchgeführt, um zu untersuchen, wie diese Kompetenzen und Unterstützungsformen mit der Wahrscheinlichkeit der Nutzung von OHIS in Verbindung stehen. Auf Grundlage dieser Ergebnisse werden die Hypothesen H3a bis H3e überprüft. Abschliessend wird ein Fazit zur Beantwortung der Leitfrage 3 gezogen. Alle Analysen wurden unter ausschliesslicher Einbeziehung der Onliner durchgeführt.

### 6.3.1 Korrelation der drei Kompetenzen

Zur Darstellung der drei individuellen Kompetenzen (GK, DGK und DK) dient die Korrelationsmatrix in Tabelle 9. Neben den Mittelwerten und Standardabweichungen für jede Variable zeigt die Matrix die tatsächliche Spannweite der Werte und die Anzahl fehlender Werte. Die Korrelationswerte verdeutlichen die Stärke und Richtung der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Kompetenzen und liefern erste Hinweise darauf, wie stark die verschiedenen Kompetenzbereiche miteinander verknüpft sind. Die Histogramme der GK, DGK und DK sind als Anhang innerhalb des Kapitels 10.2 zu finden.

Die Korrelationsmatrix (siehe Tabelle 9) zeigt signifikante Zusammenhänge zwischen den drei Kompetenzvariablen. Die GK korreliert stark mit der DGK ( $r = .662, p < .001$ ), was eine enge Verknüpfung zwischen allgemeinen und digitalen GK vermuten lässt. Die **DK** korreliert moderat mit der **DGK** ( $r = .342, p < .001$ ) und weniger stark mit der **GK** ( $r = .258, p < .001$ ).

	Mittelwert (SD)	Tatsächliche Reichweite	Fehlende Fälle n (%)	Korrelationen		
				1	2	3
1. Gesundheitskompetenz	66.95 (13.10)	11.11 - 100.00	79 (6.3 %)	-		
2. Digitale Gesundheitskompetenz	52.63 (16.89)	0.00 - 100.00	199 (15.8 %)	<b>.662***</b>	-	
3. Digitale Kompetenz	2.71 (0.57)	1.00 - 4.00	5 (0.4 %)	<b>.258***</b>	<b>.342***</b>	-

Tabelle 9: Korrelationsmatrix mit GK, DGK und DK (Onliner  $n = 1'030$ ).

\*\*\* $p < .001$ ; SD = Standardabweichung

In der später folgenden binär logistischen Regressionsanalyse (siehe Kapitel 6.3.3) werden die GK und DK, durch ihren Einbezug, das Modell 3 «Kompetenzen» bilden. Die Entscheidung, die DGK bei der binär logistischen Regressionsanalyse nicht einzubeziehen, basiert auf drei Gründen: (1) Die DGK weist eine relativ hohe Korrelation zur GK auf, (2) die Anzahl fehlender Werte ist bei der DGK am höchsten und (3) die DGK stellt eine kombinierte «Kompetenz» dar, die sich aus GK und DK zusammensetzt. Um eine differenziertere Analyse der zugrunde liegenden Kompetenzbereiche (Gesundheit und Digitales) zu gewährleisten, wurden daher die grundlegenden Variablen GK und DK ausgewählt. Folgend werden daher auch nur die GK und die DK näher beschrieben.

#### 6.3.1.1 Gesundheitskompetenz

Der Mittelwert der GK beträgt 66.95 (SD = 13.10), bei einer tatsächlichen Spannweite von 11.11 bis 100.00. Der Medianwert liegt bei 66.67, was nahe am Mittelwert liegt und eine relativ symmetrische Verteilung andeutet. Zur dichotomen Darstellung wurden die Werte in unter- und überdurchschnittliche Werte kategorisiert: 59.6 % der Befragten fallen in die Kategorie «unterdurchschnittlich» ( $n = 704$ ), während 40.4 % überdurchschnittliche Werte aufweisen

( $n = 478$ ). Diese Aufteilung veranschaulicht, dass die Mehrheit der Befragten unter dem Mittelwert liegt.

Die GK zeigt je nach Altersgruppe und Geschlecht leichte Unterschiede. Die Mehrheit der Onliner im Alter von 60 bis 69 Jahren hat einen unterdurchschnittlichen Wert in der GK (57.1 %), während 42.9 % überdurchschnittliche Werte aufweisen. Bei den 70-79-Jährigen liegt der Anteil der Personen mit unterdurchschnittlicher GK etwas höher (62.6 %), während 37.4 % überdurchschnittliche Werte haben. Die Personen mit 80 Jahren und mehr weisen mit 61.8 % der Befragten unterdurchschnittliche Werte auf, während 38.2 % eine überdurchschnittliche GK haben. Im Vergleich der Geschlechter zeigt sich, dass männliche Personen insgesamt häufiger unterdurchschnittliche Werte aufweisen (61.1 %) im Vergleich zu weiblichen Personen, von denen 57.5 % in diese Kategorie fallen. Dementsprechend haben 42.5 % der weiblichen Personen eine überdurchschnittliche GK, was höher ist als bei den männlichen Personen (38.9 %). Diese Ergebnisse legen nahe, dass sowohl das Alter als auch das Geschlecht mit der GK in Verbindung stehen könnten. Insbesondere jüngere Personen im Alter von 60 bis 69 Jahren sowie weibliche Personen zeigen tendenziell häufiger überdurchschnittliche Werte bei der GK, siehe dazu die nachfolgende Abbildung 7.

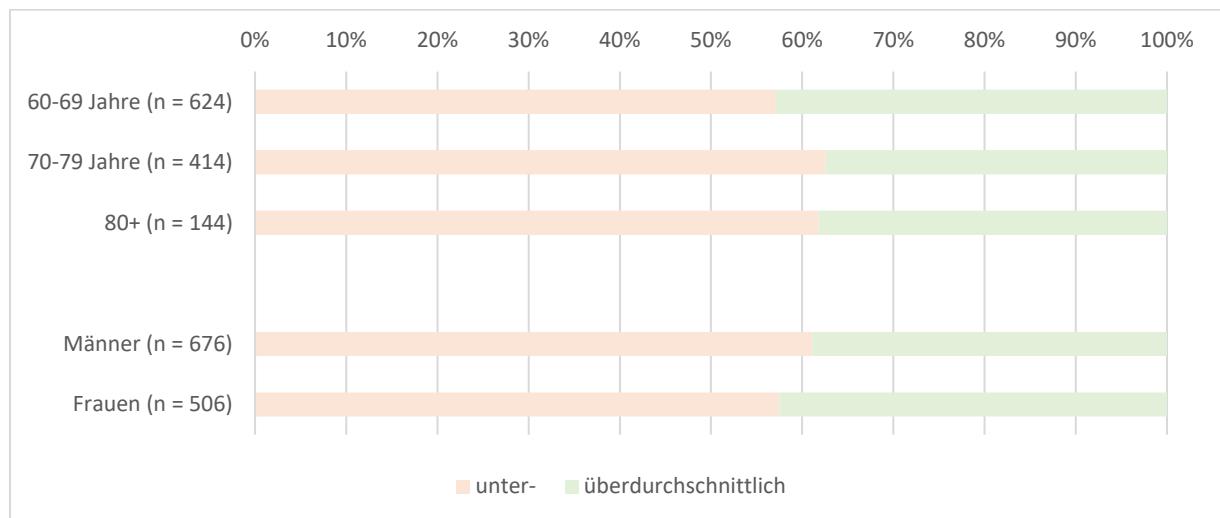


Abbildung 7: GK nach Alter und Geschlecht (der Onliner  $n = 1'182$ ). (eigene Darstellung)

### 6.3.1.2 Digitale Kompetenz

Die DK weist einen Mittelwert von 2.71 ( $SD = 0.57$ ) auf, mit einer Spannweite von 1.00 bis 4.00. Der Median liegt bei 2.80, was nahe dem Mittelwert liegt und eine symmetrische Verteilung nahelegt. In der dichotomen Kategorisierung zeigt sich, dass 47.3 % der Befragten unterdurchschnittliche Werte aufweisen ( $n = 597$ ), während 52.3 % überdurchschnittlich kompetent sind ( $n = 659$ ). Diese annähernd gleiche Verteilung könnte darauf hinweisen, dass die DK über alle Altersgruppen oder Teilstichprobengruppen hinweg relativ gleichmäßig verteilt ist.

Auch die DK zeigt Unterschiede zwischen den Altersgruppen und Geschlechtern. Bei den 60-69-Jährigen liegt der Anteil der überdurchschnittlich Kompetenten bei 57.5 %, während 42.5 % unterdurchschnittliche Werte aufweisen. In der Gruppe der 70-79-Jährigen liegt die Verteilung nahezu ausgeglichen, mit 50.2 % unterdurchschnittlicher und 49.8 % überdurchschnittlicher DK. Bei den Personen mit 80 Jahren und mehr sinkt der Anteil der überdurchschnittlichen Werte auf 38.9 %, während 61.1 % der Befragten unterdurchschnittliche DK haben.

Bezüglich des Geschlechts zeigt sich, dass männliche Personen in der DK höhere Werte aufweisen: 61.3 % der männlichen Personen sind überdurchschnittlich kompetent, verglichen mit 40.6 % der weiblichen Personen. Umgekehrt sind 59.4 % der weiblichen Personen unterdurchschnittlich kompetent, während dies bei den männlichen Personen nur 38.7 % der Fall ist. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass sowohl das Alter als auch das Geschlecht mit der DK assoziiert sein könnten. Jüngere Altersgruppen und männliche Personen zeigen dabei höhere Werte bei der DK, vergleiche hierzu die nachfolgende Abbildung 8.

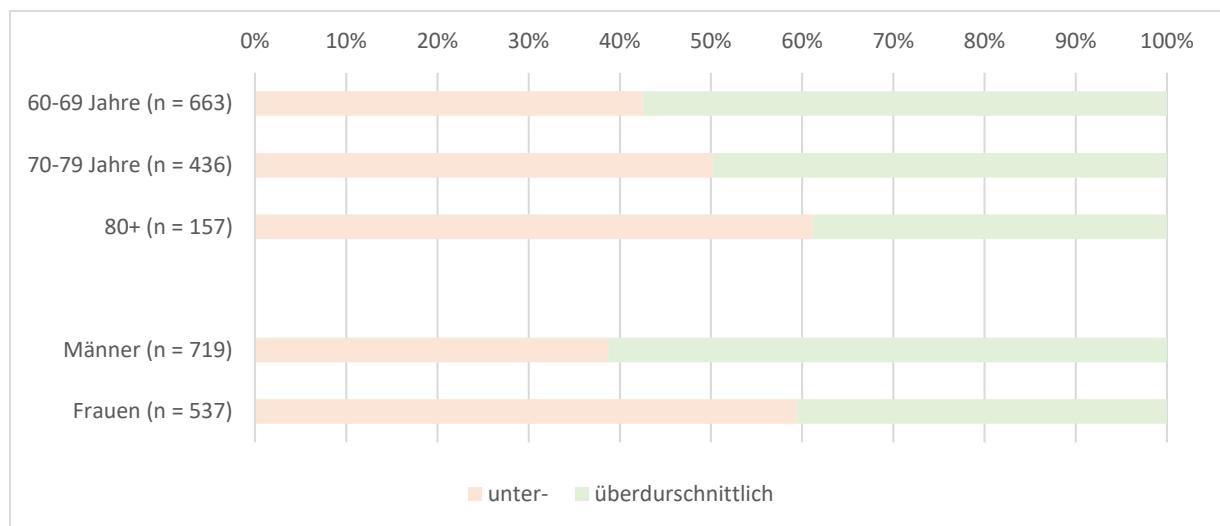


Abbildung 8: DK nach Alter und Geschlecht (der Onliner  $n = 1'256$ ). (eigene Darstellung)

### 6.3.2 Erhaltene soziale Unterstützung

In den folgenden Kapiteln wird die erhaltene instrumentelle und emotionale Unterstützung, bezogen auf gesundheitliche und technische Herausforderungen, der Onliner dargestellt.

#### 6.3.2.1 Gesundheitsbezogene Unterstützung

In diesem Abschnitt wird beschrieben, ob die Onliner in den letzten 12 Monaten instrumentelle oder emotionale Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen erhalten haben.

Die durchgeführte Befragung ergibt, dass 38.7 % der Befragten ( $n = 512$ ) angaben, **instrumentelle Unterstützung** bei gesundheitlichen Herausforderungen zu erhalten. 4.8 % ( $n = 57$ ) gaben an, keine

Unterstützung zu erhalten, jedoch Bedarf an einer solchen zu haben. Die Mehrheit von 56.5 % ( $n = 662$ ) gab an, keine Unterstützung erhalten zu haben, da sie diese nicht benötigten. Für die binäre Variable bedeutet dies, dass 38.7 % Unterstützung erhalten haben ( $n = 512$ ) und 61.3 % keine Unterstützung erhalten haben ( $n = 719$ ).

In der Gruppe der 60-69-Jährigen haben 38.7 % Unterstützung erhalten, 4.8 % hätten Unterstützung benötigt, aber keine erhalten, und 56.5 % benötigen keine Unterstützung.

Bei den 70-79-Jährigen liegt der Anteil derjenigen, die Unterstützung erhalten haben, bei 42.1 %; 3.7 % hätten Unterstützung benötigt, aber keine erhalten, und 54.2 % geben an, keine Unterstützung zu benötigen.

Bei den Personen mit 80 Jahren und mehr hat über die Hälfte der Befragten (52.3 %) instrumentelle Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen erhalten, während 6.5 % angeben, Unterstützung zu benötigen, aber keine erhalten zu haben, und 41.3 % geben an, keine Unterstützung zu benötigen.

Von den männlichen Personen haben 41.2 % instrumentelle Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen erhalten, 5.4 % hätten Unterstützung benötigt, diese aber nicht erhalten, und 53.2 % benötigen keine Unterstützung.

Bei den weiblichen Personen haben 42.2 % Unterstützung erhalten, während 3.6 % Unterstützung benötigen, aber keine erhalten, und 54.2 % keine Unterstützung benötigen.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass der Bedarf und die Inanspruchnahme praktischer gesundheitsbezogener Unterstützung leicht nach Alter und Geschlecht variieren (siehe dazu nachfolgende Abbildung 9).

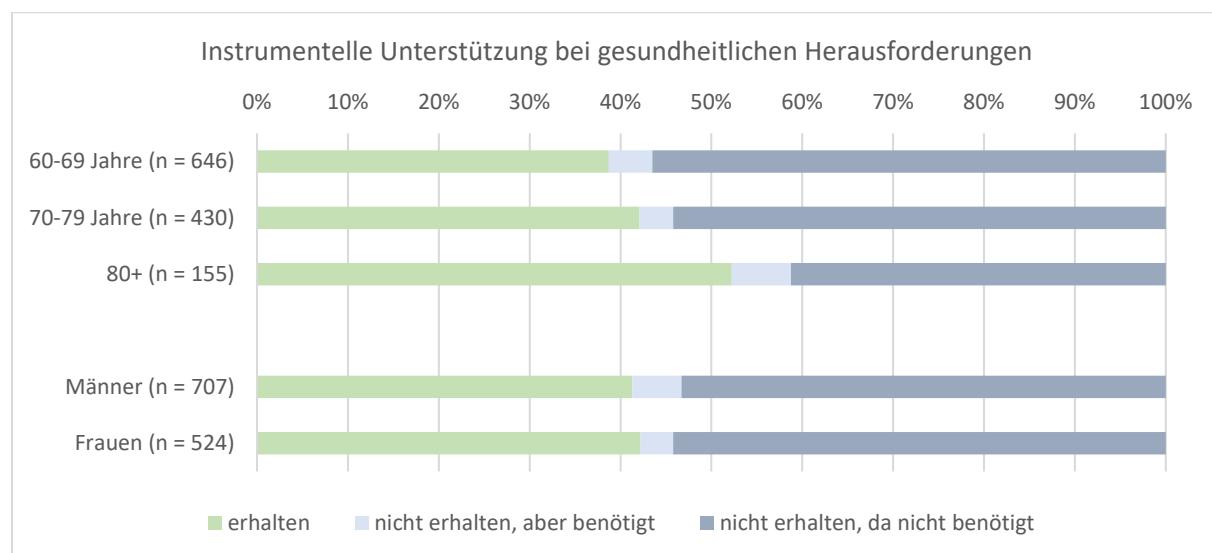


Abbildung 9: Instrumentelle Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen nach Alter und Geschlecht (bei Onliner  $n = 1'231$ ). (eigene Darstellung)

Von den befragten Onlinern geben 39.1 % ( $n = 477$ ) an, **emotionale Unterstützung** bei gesundheitlichen Herausforderungen zu erhalten, während 3.7 % ( $n = 45$ ) diese Unterstützung benötigen, jedoch nicht erhalten haben. Die Mehrheit, 57.2 % ( $n = 698$ ), gibt an, keine emotionale Unterstützung zu benötigen. Die binäre Variable bezüglich der erhaltenen bzw. nicht erhaltenen Unterstützung setzt sich demzufolge aus 39.1 % ( $n = 477$ ) und 60.9 % ( $n = 743$ ) zusammen.

Bei den 60-69-Jährigen geben 41.7 % der Befragten an, emotionale Unterstützung zu erhalten, 3.3 % hätten diese Unterstützung benötigt, jedoch nicht erhalten, und 55.0 % benötigen keine emotionale Unterstützung.

Bei den 70-79-Jährigen liegt der Anteil derjenigen, die emotionale Unterstützung erhalten, bei 36.3 %. Weitere 3.3 % dieser Altersgruppe benötigen Unterstützung, haben jedoch keine erhalten, und 60.4 % geben an, keine Unterstützung zu benötigen.

In der Altersgruppe der Personen mit 80 Jahren und mehr, geben 35.8 % an, Unterstützung zu erhalten, während 6.6 % diese Unterstützung benötigen, jedoch nicht erhalten. 57.6 % benötigen keine Unterstützung. Die Daten zeigen, dass der Bedarf an emotionaler Unterstützung im Alter leicht zunimmt, wobei jedoch ein geringer Anteil diese Unterstützung nicht erhält.

Von den männlichen Personen erhalten 33.2 % emotionale Unterstützung, während 4.7 % diese Unterstützung benötigen, jedoch nicht erhalten haben. 62.0 % der männlichen Personen geben an, keine emotionale Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen zu benötigen.

Bei den weiblichen Personen erhalten 46.9 % emotionale Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen, ein Anteil, der deutlich höher ist als bei den männlichen Personen. Nur 2.3 % der weiblichen Personen benötigen Unterstützung, erhalten diese jedoch nicht, und 50.8 % geben an, keine Unterstützung zu benötigen (siehe dazu Abbildung 10).

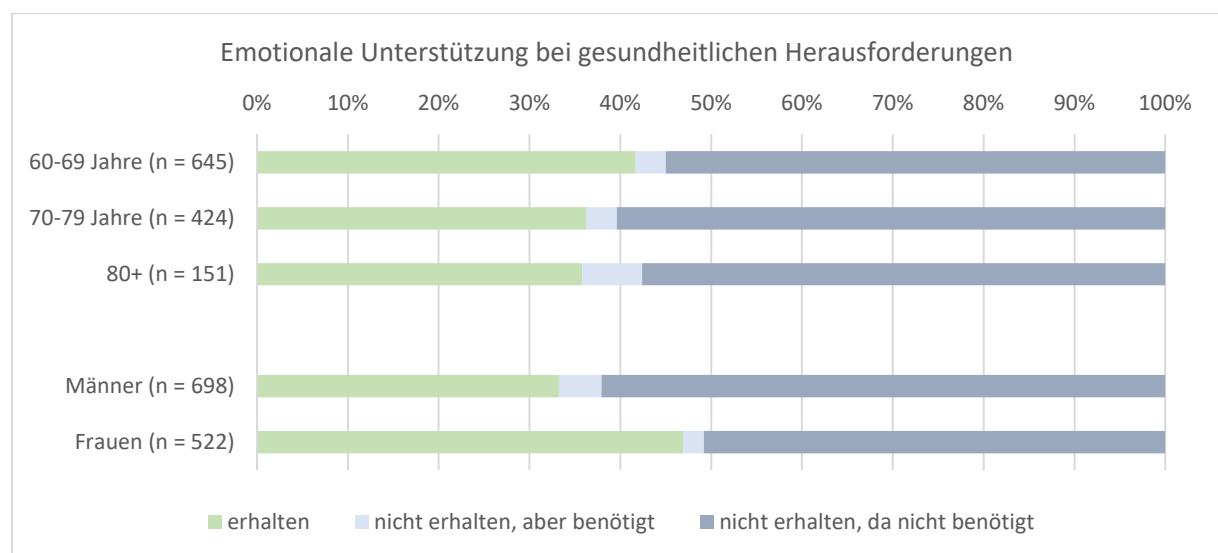


Abbildung 10: Emotionale Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen nach Alter und Geschlecht (bei Onliner  $n = 1'220$ ). (eigene Darstellung)

### 6.3.2.2 *Technikbezogene Unterstützung*

In diesem Abschnitt wird die erhaltene Unterstützung, die die Onliner bei technischen Herausforderungen erhalten haben, sowohl praktisch als auch emotional beschrieben.

Eine Mehrheit der Befragten gab an, **instrumentelle Unterstützung** bei technischen Herausforderungen erhalten zu haben. Insgesamt berichteten 63.9 % ( $n = 786$ ) der Onliner, dass sie praktische Hilfe in Anspruch genommen hatten. Ein kleinerer Anteil von 5.5 % ( $n = 68$ ) gab an, dass sie Unterstützung benötigt hätten, jedoch keine erhalten haben. Weitere 30.6 % ( $n = 377$ ) benötigten in diesem Zeitraum keine Unterstützung. In der binären Betrachtung zeigt sich somit, dass 63.9 % ( $n = 786$ ) der Befragten Unterstützung erhalten haben, während 36.1 % ( $n = 445$ ) ohne Unterstützung blieben.

In der Altersgruppe der 60-69-Jährigen gaben 61.6 % an, instrumentelle Unterstützung bei technischen Herausforderungen erhalten zu haben, 5.6 % benötigten zwar Unterstützung, erhielten jedoch keine, und 32.9 % benötigten keine Hilfe.

Bei den 70-79-Jährigen berichteten 63.7 %, dass sie Unterstützung erhalten haben, ebenfalls 5.6 % benötigten Unterstützung, erhielten diese jedoch nicht, und 30.7 % gaben an, keine Unterstützung benötigt zu haben.

In der Gruppe der Personen mit 80 Jahren und mehr hatten 73.7 % instrumentelle Unterstützung erhalten, während 5.1 % Unterstützung benötigten, aber keine erhielten, und 21.2 % keine Unterstützung benötigten. Dies deutet darauf hin, dass die Inanspruchnahme instrumenteller technischer Unterstützung mit steigendem Alter zunimmt.

Männliche Personen hatten zu 54.8 % instrumentelle Unterstützung erhalten, 5.2 % hätten Unterstützung benötigt, diese jedoch nicht erhalten, und 40.0 % gaben an, keine Unterstützung benötigt zu haben.

Weibliche Personen berichteten mit 76.0 % deutlich häufiger, instrumentelle Unterstützung bei technischen Herausforderungen erhalten zu haben. Weitere 5.9 % der weiblichen Personen hätten sich Unterstützung gewünscht, erhielten jedoch keine, und 18.1 % benötigten keine Unterstützung. Dies zeigt, dass weibliche Personen im Vergleich zu männlichen Personen häufiger instrumentelle Unterstützung bei technischen Herausforderungen in Anspruch genommen haben (siehe dazu die nachfolgende Abbildung 11).

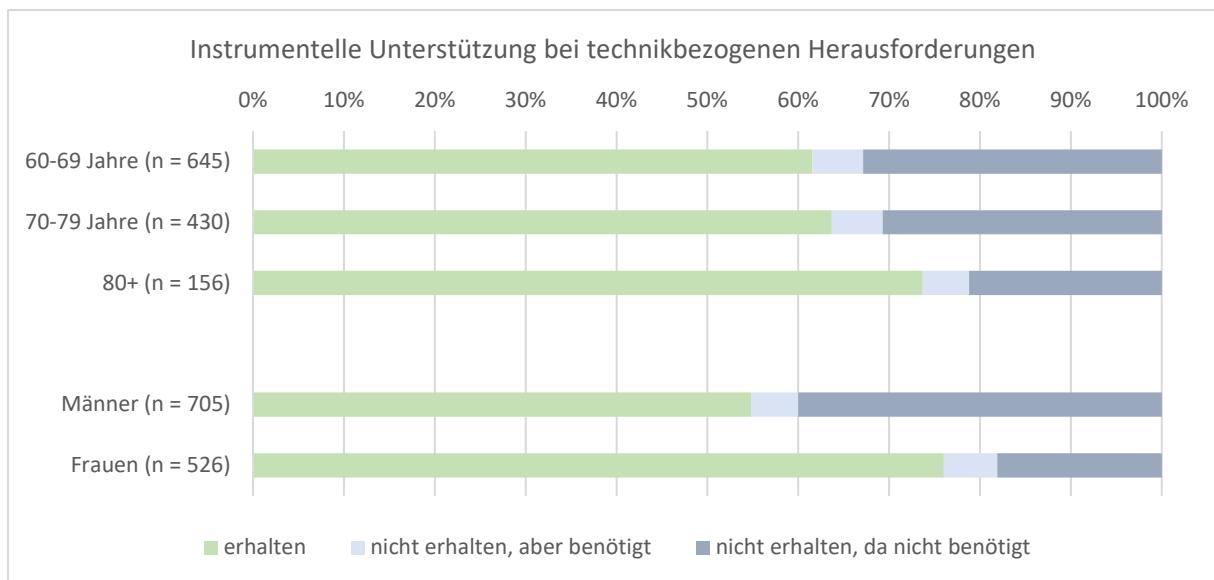


Abbildung 11: Instrumentelle Unterstützung bei technischen Herausforderungen nach Alter und Geschlecht (bei Onliner  $n = 1'231$ ). (eigene Darstellung)

Bezüglich der **emotionalen Unterstützung** bei technischen Herausforderungen zeigt sich ein anderes Bild. Insgesamt gaben 34.5 % der Onliner ( $n = 409$ ) an, emotionale Unterstützung bei technischen Problemen erhalten zu haben. Ein Anteil von 6.4 % ( $n = 76$ ) hätte emotionale Unterstützung benötigt, jedoch keine erhalten. Die Mehrheit von 59.1 % ( $n = 701$ ) gab an, keine emotionale Unterstützung benötigt zu haben. Betrachtet man die Ergebnisse binär, so hatten 34.5 % der Befragten emotionale Unterstützung erhalten, während 65.5 % ( $n = 777$ ) keine emotionale Unterstützung erhielten.

In der Altersgruppe der 60-69-Jährigen hatten 34.1 % emotionale Unterstützung bei technischen Herausforderungen erhalten, 5.5 % dieser Altersgruppe hätten Unterstützung benötigt, aber keine erhalten, und 60.4 % benötigten keine Unterstützung.

Bei den 70-79-Jährigen lag der Anteil derjenigen, die emotionale Unterstützung erhalten hatten, bei 33.3 %; 6.7 % äusserten einen nicht erfüllten Unterstützungsbedarf, und 60.0 % benötigten keine Unterstützung.

Bei den Personen mit 80 Jahren und mehr hatten 39.2 % emotionale Unterstützung erhalten; in dieser Altersgruppe waren es 9.5 %, die Unterstützung benötigt hätten, jedoch keine erhielten, und 51.4 % benötigten keine Unterstützung. Diese Altersgruppe wies somit den höchsten Bedarf an emotionaler Unterstützung auf, der jedoch nicht immer gedeckt wurde.

Männliche Personen berichteten seltener über erhaltene emotionale Unterstützung bei technischen Herausforderungen. Nur 26.6 % hatten diese Unterstützung erhalten, während 6.7 % diese Unterstützung benötigten, jedoch keine erhielten, und 66.7 % benötigten keine emotionale Unterstützung.

Bei den weiblichen Personen gaben 45.4 % an, emotionale Unterstützung erhalten zu haben, was deutlich häufiger ist als bei den männlichen Personen. Weitere 6.0 % hätten emotionale Unterstützung benötigt, jedoch keine erhalten, und 48.6 % benötigten keine emotionale Unterstützung. Diese Ergebnisse legen nahe, dass weibliche Personen emotional eher unterstützt wurden als männliche Personen, wenn es um technische Herausforderungen ging (siehe hier die nachfolgende Abbildung 12).

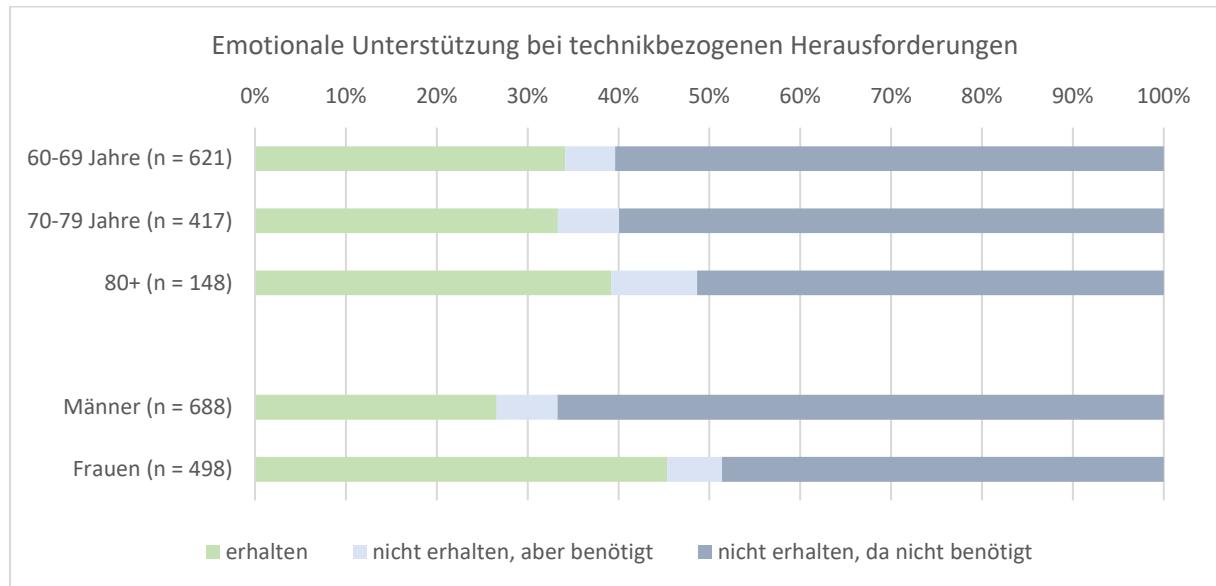


Abbildung 12: Emotionale Unterstützung bei technischen Herausforderungen nach Alter und Geschlecht (bei Onliner  $n = 1'186$ ). (eigene Darstellung)

### 6.3.3 Faktoren im Zusammenhang mit der Nutzung von OHIS

Die binär logistische Regressionsanalyse (siehe Tabelle 10) untersucht die Einflüsse verschiedener soziodemografischer, internetnutzungsbezogener, kompetenzbezogener und sozial unterstützender Faktoren auf die Wahrscheinlichkeit, dass Personen im Alter von 60 Jahren und mehr OHIS nutzen. Die abhängige Variable ist auch hier binär (User = 1, Non-User = 0), und die Analyse wurde in sechs Modellen durchgeführt: zuerst dem Brutto-Modell (mit allen unabhängigen Variablen), gefolgt von Modell 1 (nur soziodemografische Variablen), Modell 2 (mit Internetnutzungs- und OHI-Vertrauensdimension), Modell 3 (Ergänzung um Kompetenzvariablen), Modell 4 (unter Berücksichtigung der gesundheitsbezogenen sozialen Unterstützung) und Modell 5 (Erweiterung um technikbezogene soziale Unterstützung).

Die Modelle 1 und 2 dieser Analyse divergieren von den Resultaten der binär logistischen Regression in Kapitel 6.2.2, da in dieser Analyse ein listenweiser Ausschluss fehlender Werte vorgenommen wurde, was zu einer Reduktion der ausgewählten Fälle von 1'165 auf 1'043 führte. Im Folgenden werden lediglich die neu hinzugekommenen unabhängigen Variablen im Brutto-Modell sowie die gesamten Modelle 3, 4 und 5 beschrieben.

Im **Brutto-Modell** zeigt sich die ungefilterte Assoziation der unabhängigen Variablen mit der Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen. Nun werden die neu hinzugekommen (ggü. Regression Tabelle 7) Variablen beschrieben:

- **Kompetenzen:** Überdurchschnittliche DK (OR = 2.252,  $p < .001$ ) erhöht die Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung signifikant, während die GK (OR = 1.179,  $p = .261$ ) keinen signifikanten Effekt zeigt.
- **Soziale Unterstützung:** Sowohl die erhaltene instrumentelle (OR = 1.542,  $p = .002$ ) als auch die emotionale Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen (OR = 1.544,  $p = .003$ ) korrelieren signifikant positiv mit der OHIS-Nutzung, während die technikbezogene Unterstützung (praktisch und emotional) keine signifikante Assoziation mit der Nutzung aufweisen.

In **Modell 3** wurden die Kompetenzvariablen GK und DK integriert, um deren spezifische Beziehung zur OHIS-Nutzung zu analysieren. Die statistisch signifikanten Assoziationen sind wie folgt:

- **Geschlecht:** Weibliche Personen zeigen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als männliche Personen, und der Effekt verstärkt sich im Vergleich zu den vorherigen Modellen (OR = 1.543,  $p = .020$ ).
- **Sprachregion:** Die Sprachregion bleibt ein signifikanter Prädiktor, wobei Personen aus der Westschweiz (OR = 0.520,  $p = .001$ ) und der italienischsprachigen Schweiz (OR = 0.416,  $p = .033$ ) im Vergleich zur Deutschschweiz eine geringere Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung aufweisen.
- **Internetnutzung:** Eine fast tägliche Internetnutzung bleibt weiterhin ein starker signifikanter Prädiktor für die OHIS-Nutzung (OR = 1.789,  $p = .006$ ).
- **Vertrauen in OHI:** Vertrauen in OHI stellt nach wie vor den stärksten Prädiktor dar und ist mit einer nahezu um das Sechsfache erhöhten Wahrscheinlichkeit zur Nutzung von OHIS assoziiert (OR = 5.857,  $p < .001$ ).
- **Digitale Kompetenz:** Eine überdurchschnittliche DK ist ebenfalls ein signifikanter Faktor und erhöht die Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung (OR = 1.702,  $p = .006$ ).

Das Modell 3 verdeutlicht die signifikante Bedeutung der DK für die Nutzung von OHIS. Dabei bleiben das Vertrauen in OHI und die Häufigkeit der Internetnutzung weiterhin die stärksten Prädiktoren. Demgegenüber zeigt sich, dass die GK in diesem Modell kein signifikanter Prädiktor ist.

In **Modell 4** wurde die gesundheitsbezogene soziale Unterstützung (instrumentelle und emotionale Unterstützung) hinzugefügt, um deren mögliche Beziehung zur OHIS-Nutzung zu analysieren. Die statistisch signifikanten Assoziationen sind:

- **Geschlecht:** Weibliche Personen weisen weiterhin eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung auf als männliche Personen ( $OR = 1.482, p = .036$ ).
- **Sprachregion:** Auch in diesem Modell bleibt die Sprachregion ein signifikanter Faktor. Personen aus der Westschweiz ( $OR = 0.526, p = .001$ ) und der italienischsprachigen Schweiz ( $OR = 0.419, p = .033$ ) zeigen im Vergleich zur Deutschschweiz eine geringere Nutzung von OHIS.
- **Internetnutzung:** Eine (fast) tägliche Internetnutzung bleibt ein starker signifikanter Faktor für die Nutzung von OHIS ( $OR = 1.799, p = .006$ ).
- **Vertrauen in OHI:** Vertrauen in OHI ist auch in Modell 4 der stärkste Prädiktor für die OHIS-Nutzung ( $OR = 5.888, p < .001$ ).
- **Digitale Kompetenz:** Überdurchschnittliche DK ist ebenfalls signifikant mit der OHIS-Nutzung assoziiert ( $OR = 1.762, p = .004$ ).

Die Ergebnisse des Modells 4 demonstrieren, dass die gesundheitsbezogene soziale Unterstützung zwar positiv mit der OHIS-Nutzung korreliert, jedoch keine signifikante Wirkung aufweist. Die Häufigkeit der Internetnutzung und das Vertrauen in OHI erweisen sich als die stärksten Prädiktoren, gefolgt von der DK.

In **Modell 5** wurden zusätzlich die technikbezogenen sozialen Unterstützungsvariablen (instrumentelle und emotionale Unterstützung) hinzugefügt. Die signifikanten Ergebnisse in diesem Modell sind:

- **Geschlecht:** Weibliche Personen zeigen auch in diesem Modell eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung im Vergleich zu männlichen Personen ( $OR = 1.508, p = .030$ ).
- **Sprachregion:** Personen in der Westschweiz ( $OR = 0.511, p < .001$ ) und der italienischsprachigen Schweiz ( $OR = 0.413, p = .030$ ) haben weiterhin eine geringere Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung im Vergleich zur Deutschschweiz.
- **Internetnutzung:** Eine fast tägliche Internetnutzung bleibt ein signifikanter Prädiktor für die OHIS-Nutzung ( $OR = 1.768, p = .008$ ).
- **Vertrauen in OHI:** Vertrauen in OHI bleibt auch in Modell 5 der stärkste statistische Prädiktor für die OHIS-Nutzung ( $OR = 5.938, p < .001$ ).
- **Digitale Kompetenz:** Überdurchschnittliche DK zeigt ebenfalls weiterhin eine signifikante Assoziation zur OHIS-Nutzung ( $OR = 1.686, p = .010$ ).

Zusammenfassend zeigt auch Modell 5, dass die technikbezogene soziale Unterstützung – wie bereits im Brutto-Modell – keinen signifikanten Zusammenhang mit der OHIS-Nutzung aufweist. Dagegen stehen Vertrauen in OHI, (fast) tägliche Internetnutzung, DK, Geschlecht und Sprachregion in einem signifikanten Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen. Weibliche Personen und Personen aus der Deutschschweiz zeigen insgesamt eine höhere Tendenz zur OHIS-Nutzung.

Die **Modellgüte** nimmt mit der Einbeziehung der Kompetenz- und sozialen Unterstützungsvariablen leicht zu, was sich in den steigenden Werten für Cox & Snell  $R^2$  (.029 im Modell 1 bis .149 in Modell 5) und Nagelkerkes  $R^2$  (.047 bis .238) zeigt. Die Modellanpassung ist in allen Schritten signifikant ( $p < .001$ ), wobei die Chi-Quadrat-Werte von 31.133 im Modell 1 auf 168.739 im Modell 5 ansteigen. Dies bestätigt die zunehmende Erklärungskraft des Modells bei steigender Komplexität.

Variablen	Brutto-Modelle		Modell 1: Soziodemografie		Modell 2: Internetnutzungs- und OHI- Vertrauensdimension		Modell 3: Kompetenzen		Modell 4: Gesundheits-bez. soziale Unterstützung		Modell 5: Technik-bez. soziale Unterstützung	
	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
Weiblich (ref. männlich)	1.317	.047	1.458	.024	1.392	.068	1.543	.020	1.482	.036	1.508	.030
Alter 60-79 (ref. 80+)	1.137	.525	1.171	.510	1.042	.873	.932	.790	.961	.882	.960	.878
Bildung tertiär (ref. Sek II u. obligatorische Schule)	1.919	<.001	1.858	<.001	1.449	.056	1.320	.161	1.338	.144	1.324	.160
Finanziell eher einfach bis sehr einfach über die Runden zu kommen (ref. eher schwierig bis sehr schwierig)	1.322	.102	1.099	.636	1.010	.963	.940	.780	1.038	.868	1.028	.904
Städtischer Wohnort (ref. dichter periurbaner und ländlicher Wohnort)	1.222	.142	.949	.746	1.062	.729	1.079	.664	1.111	.553	1.114	.543
W-CH (ref. D-CH)	.568	<.001	.531	<.001	.523	.001	.520	.001	.526	.001	.511	<.001
I-CH (ref. D-CH)	.507	.061	.441	.032	.388	.021	.416	.033	.419	.033	.413	.030
(Fast) tägliche Internetnutzung (ref. weniger als (fast) täglich)	2.479	<.001			2.050	<.001	1.789	.006	1.799	.006	1.768	.008
OHI sind eher oder sehr vertrauenswürdig, oder sowohl vertrauenswürdig als auch nicht (ref. eher oder überhaupt nicht vertrauenswürdig)	6.395	<.001			5.970	<.001	5.857	<.001	5.888	<.001	5.938	<.001
Überdurchschnittliche <b>Gesundheitskompetenz</b> (ref. unterdurchschnittliche GK)	1.179	.261					.972	.877	.949	.775	.966	.852
Überdurchschnittliche <b>digitale Kompetenz</b> (ref. unterdurchschnittliche DK)	2.252	<.001					1.702	.006	1.762	.004	1.686	.010
<b>Gesundheitsbez. instrumentelle</b> Unterstützung erhalten (ref. nicht erhalten o. keine benötigt)	1.542	.002							1.334	.176	1.362	.152
<b>Gesundheitsbez. emotionale</b> Unterstützung erhalten (ref. nicht erhalten o. keine benötigt)	1.544	.003							1.412	.122	1.517	.076

(Fortsetzung auf der nächsten Seite)

(Fortsetzung)

<b>Technikbez. instrumentelle</b> Unterstützung erhalten (ref. nicht erhalten o. keine benötigt)	.882	.386			1.031	.886
<b>Technikbez. emotionale</b> Unterstützung erhalten (ref. nicht erhalten o. keine benötigt)	.897	.463			.787	.300
<hr/>						
Cox & Snell R <sup>2</sup>		.029	.135	.141	.148	.149
Nagelkerkes R <sup>2</sup>		.047	.214	.225	.236	.238
Chi-Quadrat <sup>2</sup>		31.133	150.845	158.490	167.613	168.739
<i>p</i>		<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>
<i>n</i>		1'043	1'043	1'043	1'043	1'043

Tabelle 10: Binär logistische Regressionsanalyse mit Gesundheitsinformationssuche im Internet (User = 1, Non-User = 0) als abhängige Variable, Onliner und Modelle 1 bis 5.

### 6.3.3.1 Beantwortung der Hypothesen hinsichtlich der Bedeutung der Kompetenzen und sozialen Unterstützung

Die Ergebnisse der binär logistischen Regressionsanalyse zeigen, inwieweit die formulierten Hypothesen zu Kompetenzen und sozialer Unterstützung als Prädiktoren für die Nutzung von OHIS bestätigt werden können (siehe nachfolgend dazu Tabelle 11).

Hypothese	Ergebnis	Begründung
<b>H3a:</b> Personen mit einer überdurchschnittlichen GK haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen mit einer unterdurchschnittlichen GK.	<b>Nicht bestätigt</b> (Brutto-Modell: OR = 1.179, $p = .261$ ; Modell 4: OR = 0.949, $p = .775$ ; Modell 5: OR = 0.966, $p = .852$ )	Die GK weist weder im Brutto-Modell noch in den Modellen 4 und 5 einen signifikanten Zusammenhang mit der OHIS-Nutzung auf.
<b>H3b:</b> Personen mit einer überdurchschnittlichen DK haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen mit einer unterdurchschnittlichen DK.	<b>Bestätigt</b> (Brutto-Modell: OR = 2.252, $p < .001$ ; Modell 4: OR = 1.762, $p = .004$ ; Modell 5: OR = 1.686, $p = .010$ )	Die DK bleibt in allen Modellen ein signifikanter Prädiktor für die OHIS-Nutzung. Personen mit überdurchschnittlicher DK nutzen signifikant häufiger OHIS als Personen mit unterdurchschnittlicher.
<b>H3c:</b> Personen, die im letzten Jahr instrumentelle Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen erhalten haben, haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen, die diese Unterstützung nicht erhalten oder nicht benötigt haben.	<b>Teilweise bestätigt</b> (Brutto-Modell: OR = 1.542, $p = .002$ ; Modell 4: OR = 1.334, $p = .176$ ; Modell 5: OR = 1.362, $p = .152$ )	Instrumentelle Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen ist im Brutto-Modell signifikant, verliert jedoch an Signifikanz in den Modellen 4 und 5.
<b>H3d:</b> Personen, die im letzten Jahr emotionale Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen erhalten haben, haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen, die diese Unterstützung nicht erhalten oder nicht benötigt haben.	<b>Teilweise bestätigt</b> (Brutto-Modell: OR = 1.544, $p = .003$ ; Modell 4: OR = 1.412, $p = .122$ ; Modell 5: OR = 1.517, $p = .076$ )	Emotionale Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen ist im Brutto-Modell signifikant, verliert jedoch in den Modellen 4 und 5 die Signifikanz.
<b>H3e:</b> Personen, die im letzten Jahr instrumentelle Unterstützung bei technischen Herausforderungen erhalten haben, haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen, die diese Unterstützung nicht erhalten oder nicht benötigt haben.	<b>Nicht bestätigt</b> (Brutto-Modell: OR = 0.882, $p = .386$ ; Modell 5: OR = 1.031, $p = .886$ )	Instrumentelle Unterstützung bei technischen Herausforderungen zeigt weder im Brutto-Modell noch in Modell 5 einen signifikanten Effekt auf die OHIS-Nutzung.
<b>H3f:</b> Personen, die im letzten Jahr emotionale Unterstützung bei technischen Herausforderungen erhalten haben, haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen, die diese Unterstützung nicht erhalten oder nicht benötigt haben.	<b>Nicht bestätigt</b> (Brutto-Modell: OR = 0.897, $p = .463$ ; Modell 5: OR = 0.787, $p = .300$ )	Emotionale Unterstützung bei technischen Herausforderungen steht weder im Brutto-Modell noch in Modell 5 in einem signifikanten Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung.

Tabelle 11: Beantwortung der Hypothesen H3a bis H3f.

Die Hypothese H3b wird bestätigt, da die DK in allen Modellen signifikant positiv mit der Nutzung von OHIS assoziiert ist. Die Hypothesen H3a, H3e und H3f werden nicht bestätigt, da die entsprechenden Variablen keinen signifikanten Zusammenhang mit der Nutzung von OHIS zeigen. Die Hypothesen H3c und H3d finden teilweise Bestätigung, da instrumentelle und emotionale gesundheitsbezogene Unterstützung im Brutto-Modell signifikant assoziiert sind, diese Signifikanz jedoch in den späteren Modellen nicht beibehalten wird.

### **6.3.4 Fazit zur Bedeutung der Kompetenzen und sozialen Unterstützung auf OHIS**

Die Ergebnisse in Kapitel 6.3 verdeutlichen, dass Vertrauen in OHI der stärkste und prägendste Prädiktor auf die Nutzung von OHIS darstellt. Im Rahmen der Beantwortung der Leitfrage 3, die die Bedeutung der instrumentellen und emotionalen Unterstützung auf die GK und DK hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit der OHIS-Nutzung untersucht, zeigt sich zudem, dass auch die DK eine bedeutsame Rolle spielt. Personen mit überdurchschnittlicher DK weisen eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit zur OHIS-Nutzung auf, wohingegen die GK keine signifikante Wirkung zeigt. Die soziale Unterstützung, insbesondere die gesundheitsbezogene Unterstützung, zeigt im Brutto-Modell eine signifikante Korrelation mit der OHIS-Nutzung. In den späteren Modellen verliert dieser Zusammenhang jedoch an Bedeutung und erreicht letztlich keine Signifikanz mehr. Dies legt nahe, dass gesundheitsbezogene Unterstützung nur unter bestimmten Bedingungen eine begünstigende Rolle für die OHIS-Nutzung spielen könnte und möglicherweise in Wechselwirkung mit anderen Faktoren wie den Kompetenzen oder dem Vertrauen in OHI wirkt. Die technikbezogene Unterstützung, sowohl in instrumenteller als auch emotionaler Hinsicht, zeigt in keinem Modell einen signifikanten Effekt, was darauf hinweist, dass sie für die Bereitschaft zur OHIS-Nutzung weniger relevant ist.

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass Vertrauen in OHI als der prägendste Prädiktor bei der OHIS-Nutzung bezeichnet werden kann. Dabei spielt die DK ebenfalls eine bedeutende Rolle. Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen sozialen Unterstützung lässt sich eine untergeordnete Bedeutung feststellen, während die technikbezogene soziale Unterstützung keine Relevanz aufweist.

## **6.4 Soziale Unterstützung und Kompetenzen**

Zusätzlich zu den formulierten Leitfragen soll in diesem Kapitel untersucht werden, ob und inwieweit eine Wechselwirkung zwischen der sozialen Unterstützung und den Kompetenzen – konkret zwischen gesundheitsbezogener Unterstützung und GK sowie zwischen technikbezogener Unterstützung und DK – besteht. Im vorhergehenden Kapitel 6.3.4 wurde angedeutet, dass eine gegenseitige Verstärkung oder Abhängigkeit dieser Variablen möglich ist. Diese

Wechselwirkungen könnten aufzeigen, ob Personen mit höheren oder niedrigeren Kompetenzen unterschiedlich stark von sozialer Unterstützung profitieren oder diese in Anspruch nehmen.

In die Analyse werden sowohl Onliner als auch Offliner einbezogen. Personen, die keine Unterstützung erhalten haben und auch keinen Bedarf hatten, werden jedoch ausgeschlossen, da sie möglicherweise bereits über hohe Kompetenzen verfügen und somit keine Unterstützung benötigen. Im Gegensatz dazu könnte der Unterstützungsbedarf bei Personen mit geringeren Kompetenzen verstärkt sein.

#### **6.4.1 Zusammenhang zwischen GK und gesundheitsbezogener Unterstützung**

In diesem Abschnitt wird untersucht, ob und inwieweit ein Zusammenhang zwischen der GK und dem Erhalt instrumenteller sowie emotionaler Unterstützung bei gesundheitsbezogenen Herausforderungen besteht. Die Analyse zeigt einige interessante Muster, die in Abbildung 13 dargestellt sind. Die Ergebnisse basieren auf einer Chi-Quadrat-Analyse, welche die Verteilung der über- und unterdurchschnittlichen GK zwischen den verschiedenen Unterstützungsarten untersucht. Die Analyse ergab, dass 39.4 % der Personen mit überdurchschnittlicher GK **instrumentelle Unterstützung erhielten**, während 60.6 % derjenigen mit unterdurchschnittlicher GK diese Unterstützung in Anspruch nahmen. Von denjenigen, die keine instrumentelle Unterstützung erhielten, hatten 26.3 % eine überdurchschnittliche GK, verglichen mit 73.7 % mit unterdurchschnittlicher GK. Der Chi-Quadrat-Test ergab einen Wert von  $\chi^2 (1) = 3.7$ , welcher knapp nicht signifikant war ( $p = .053$ ). Diese Ergebnisse deuten auf einen tendenziellen, jedoch nicht statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Erhalt instrumenteller Unterstützung und der GK hin.

Hinsichtlich der **emotionalen Unterstützung** wurde ein signifikantes Ergebnis festgestellt. 38.4 % der Personen mit überdurchschnittlicher GK erhielten emotionale Unterstützung, während 61.6 % der Personen mit unterdurchschnittlicher GK diese Unterstützung bekamen. Von denjenigen, die keine emotionale Unterstützung erhielten, hatten 20,0 % eine überdurchschnittliche GK im Vergleich zu 80.0 % mit unterdurchschnittlicher GK. Der Chi-Quadrat-Test ergab einen signifikanten Zusammenhang mit  $\chi^2 (1) = 6.0$  und einem p-Wert von  $p = .014$ . Zusätzlich zeigte Cramers  $V$  einen Effekt von  $V = .107$  ( $p = .014$ ), was auf einen kleinen, aber signifikanten Zusammenhang hindeutet (siehe dazu nachfolgend Abbildung 13).

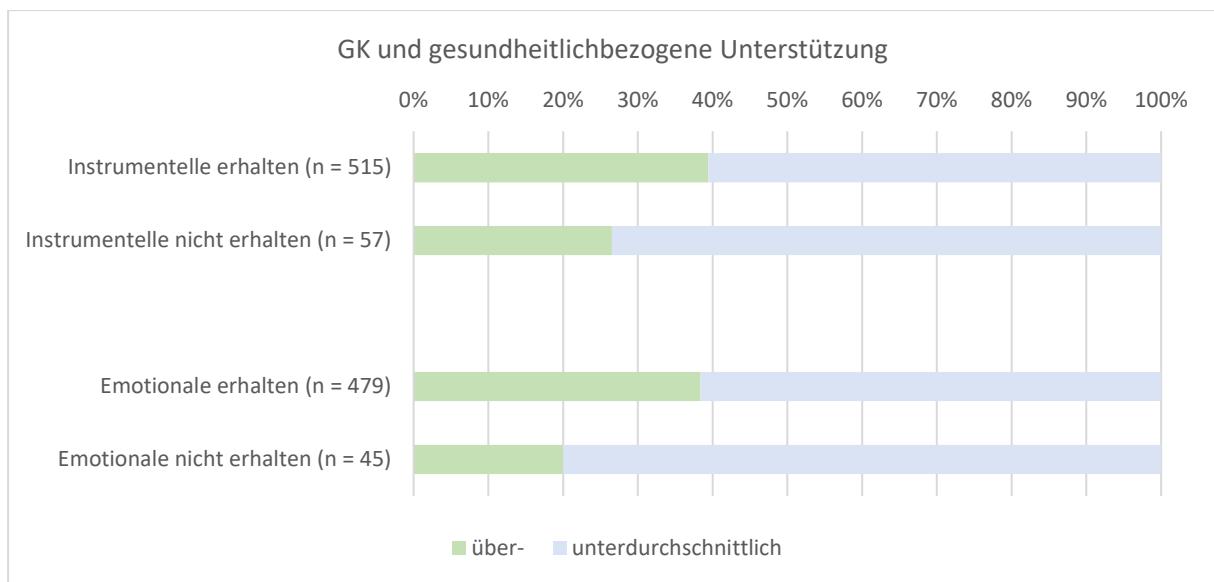


Abbildung 13: GK nach Art der gesundheitsbezogenen Unterstützung und deren Erhalt oder nicht-Erhalt (On- und Offliner). (eigene Darstellung)

#### 6.4.2 Zusammenhang zwischen DK und technikbezogener Unterstützung

Der Zusammenhang zwischen DK und technikbezogener Unterstützung wird in gleicher Weise analysiert. Auch hier werden die Ergebnisse differenziert dargestellt.

Die Analyse ergab, dass 47.9 % der Personen mit überdurchschnittlicher DK **instrumentelle technikbezogene Unterstützung** erhielten, während 52.1 % der Personen mit unterdurchschnittlicher DK diese Unterstützung in Anspruch nahmen. Von denjenigen, die keine instrumentelle Unterstützung erhielten, hatten 47.2 % eine überdurchschnittliche DK im Vergleich zu 52.8 % mit unterdurchschnittlicher Kompetenz. Der Chi-Quadrat-Test ergab einen Wert von  $\chi^2 (1) = 0.0$ , was einen p-Wert von  $p = .918$  zur Folge hatte. Dies zeigt, dass kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Erhalt instrumenteller technikbezogener Unterstützung und der DK besteht.

Bezüglich der **emotionalen technikbezogenen Unterstützung** ergab die Analyse einen signifikanten Zusammenhang. 39.2 % der Personen mit überdurchschnittlicher DK erhielten emotionale Unterstützung, während 60.8 % der Personen mit unterdurchschnittlicher Kompetenz diese Unterstützung erhielten. Von denjenigen, die keine emotionale Unterstützung erhielten, hatten 62.8 % eine überdurchschnittliche DK im Vergleich zu 37.2 % mit unterdurchschnittlicher Kompetenz. Der Chi-Quadrat-Test ergab einen signifikanten Wert von  $\chi^2 (1) = 15.0$  mit einem p-Wert von  $p < .001$ . Darüber hinaus zeigte Cramers V einen Effekt von  $V=.172$ , was auf einen moderaten, statistisch signifikanten Zusammenhang hinweist (vgl. dazu Abbildung 14).

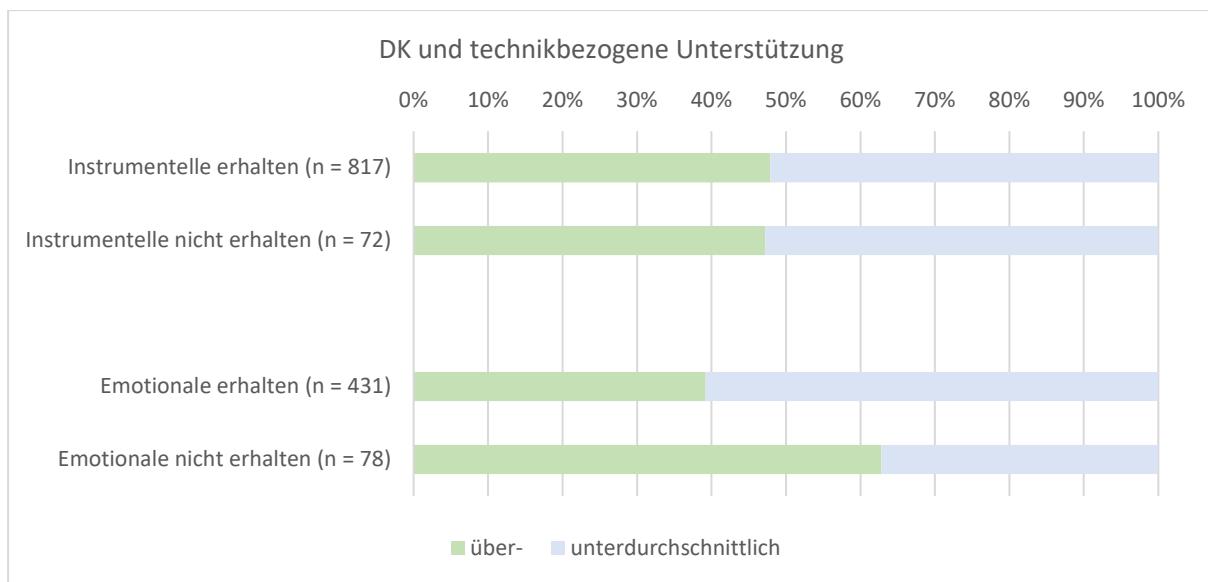


Abbildung 14: DK nach Art der technikbezogenen Unterstützung und deren Erhalt oder nicht-Erhalt (On- und Offliner). (eigene Darstellung)

#### 6.4.3 Fazit zur sozialen Unterstützung und Kompetenzen

Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass emotionale Unterstützung eine stärkere Assoziation mit der GK aufweist als instrumentelle Unterstützung. Der signifikante Zusammenhang bei emotionaler Unterstützung deutet darauf hin, dass Personen mit überdurchschnittlicher GK tendenziell eher emotionale Unterstützung erhalten oder annehmen. Gleichzeitig bleibt die Frage offen, ob der Erhalt gesundheitsbezogener Unterstützung tatsächlich zur Entwicklung einer überdurchschnittlichen GK beiträgt, was eine weitere Untersuchung zur Klärung der kausalen Zusammenhänge erforderlich macht.

Im Hinblick auf die DK ergab sich ein anderes Muster: Personen mit überdurchschnittlicher DK erhalten seltener emotionale Unterstützung (39.2 %) im Vergleich zu Personen mit unterdurchschnittlicher DK (60.8 %). Auffällig ist zudem, dass der Anteil der Personen mit höherer DK, die keine Unterstützung erhalten, deutlich höher liegt (62.8 %). Dies könnte darauf hinweisen, dass Personen mit höherer DK trotz ihres Kompetenzniveaus in bestimmten Situationen Unterstützung benötigen, diese jedoch möglicherweise aus verschiedenen Gründen nicht erhalten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Art der Unterstützung in Bezug auf die jeweilige Kompetenz unterschiedlich wahrgenommen und in Anspruch genommen wird. Die Ergebnisse legen nahe, dass es einer vertieften Erforschung bedarf, um zu verstehen, inwieweit soziale Unterstützung nicht nur von den bestehenden Kompetenzen beeinflusst wird, sondern möglicherweise auch zur Förderung dieser Kompetenzen beitragen kann.

## 7 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Masterthesis im Hinblick auf die Beantwortung der Leitfragen interpretiert und in den wissenschaftlichen Kontext eingeordnet. Ziel ist es, die wesentlichen Befunde nicht nur darzustellen, sondern auch kritisch zu reflektieren und ihre Relevanz für die Praxis der Sozialen Arbeit zu erörtern. Abschliessend werden die methodischen Stärken und Limitationen der Untersuchung beleuchtet.

### 7.1 Hauptbefunde der Ergebnisse

Die Analyse zeigt, dass die Nutzung von OHIS unter Personen mit 60 Jahren und mehr in der Schweiz weit verbreitet ist: Über drei Viertel der Onliner dieser Altersgruppe verwenden OHIS. Dabei variiert die Nutzungshäufigkeit jedoch innerhalb dieser Gruppe, wobei jüngere ältere Personen (60-69 Jahre) OHIS häufiger nutzen als ältere Personen mit 80 Jahren und mehr. Gleichzeitig nimmt die Nutzungshäufigkeit bei den aktiven Usern im höheren Alter zu, was darauf hindeuten könnte, dass ein wachsender Bedarf an Gesundheitsinformationen im höheren Alter besteht.

Die Analyse zeigt, dass soziale Faktoren, insbesondere der Bildungsstand, mit der OHIS-Nutzung verknüpft sind. Personen mit höherem Bildungsniveau zeigen innerhalb der älteren Bevölkerung eine höhere Wahrscheinlichkeit, OHIS zu nutzen, als Personen mit einem niedrigeren Bildungsstand. Ebenso zeigen sich signifikante Unterschiede in der Nutzung von OHIS zwischen den Sprachregionen der Schweiz, was auf eine mögliche Verbindung zwischen Sprachregion und Nutzungshäufigkeit hindeutet. Die Ergebnisse zeigen, dass Personen in der West- und italienischsprachigen Schweiz OHIS deutlich seltener verwenden als Personen in der Deutschschweiz. Diese Unterschiede bleiben auch dann bestehen, wenn andere Faktoren wie Vertrauen, GK und DK berücksichtigt werden. Es zeigt sich auch ein geschlechtsspezifischer Unterschied: Weibliche Personen nutzen OHIS signifikant häufiger als männliche Personen, was auf ein höheres Interesse an Gesundheitsinformationen bei weiblichen Personen oder auf eine andere Rolle (z. B. im Familiensystem) hinweisen könnte.

Neben diesen soziodemografischen Unterschieden spielt auch das Vertrauen in OHI eine zentrale Rolle. Non-User äussern häufig Misstrauen gegenüber OHI, was die Nutzung von OHIS beeinflussen kann. Darüber hinaus geben viele Non-User Schwierigkeiten bei der Bewertung der Glaubwürdigkeit der Quellen an, was für sie ein Hindernis für die Nutzung von OHIS darstellt.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die DK mit der Nutzung von OHIS assoziiert ist, wobei Personen mit höherer DK häufiger OHIS nutzen. Im Gegensatz dazu zeigt die GK in der vorliegenden Analyse keinen signifikanten Zusammenhang mit der OHIS-Nutzung.

Gesundheitsbezogene soziale Unterstützung scheint im Brutto-Modell zunächst mit der OHIS-Nutzung korreliert zu sein, verliert jedoch in den späteren Modellen ihre Signifikanz. Dies deutet darauf hin, dass gesundheitsbezogene instrumentelle und emotionale Unterstützung zwar potenziell förderlich, jedoch kein signifikanter Faktor für die Nutzung von OHIS ist.

Des Weiteren legen die Ergebnisse nahe, dass emotionale Unterstützung stärker mit GK assoziiert ist als instrumentelle Unterstützung, da Personen mit überdurchschnittlicher GK häufiger emotionale Unterstützung erhalten. Ob diese Unterstützung zur Entwicklung höherer GK beiträgt, bleibt jedoch offen und erfordert weitere Untersuchungen. Im Bereich der DK zeigt sich ein anderes Bild: Personen mit hoher DK erhalten seltener emotionale Unterstützung, was darauf hindeuten könnte, dass höhere DK den Bedarf an Unterstützung reduziert. Gleichzeitig bleibt jedoch unklar, warum diese Personen, obwohl sie gelegentlich Unterstützung benötigen, diese wiederum seltener erhalten.

Die folgende Interpretation ordnet diese Befunde in den wissenschaftlichen Diskurs ein und diskutiert deren Bedeutung im Lichte bestehender Forschung.

## 7.2 Interpretation und Einordnung der Ergebnisse

Die Interpretation der Ergebnisse dieser Studie ist zentral, um ein umfassenderes Verständnis für die Nutzung von OHIS bei der älteren Bevölkerung der Schweiz zu entwickeln und die Rolle sozialer Ungleichheiten, Kompetenzen und sozialer Unterstützung zu erfassen. Die folgenden Abschnitte ordnen die Ergebnisse in den aktuellen wissenschaftlichen Diskurs ein und sollen erste Implikationen für Theorie und Praxis hervorheben.

Die Kapitel sind dabei entlang der drei Leitfragen gegliedert, um eine fokussierte Diskussion der einzelnen Forschungsschwerpunkte zu ermöglichen. Im ersten Teil erfolgt eine Analyse der Nutzung von OHIS bei Personen mit 60 Jahren und mehr (siehe Kapitel 7.2.1). Darauf aufbauend werden soziale Ungleichheiten und Barrieren betrachtet (siehe Kapitel 7.2.2). Abschliessend wird die Bedeutung von Kompetenzen und sozialer Unterstützung untersucht (siehe Kapitel 7.2.3).

### 7.2.1 Nutzung von OHIS bei den Personen ab 60 Jahren

Die Ergebnisse zeigen, dass OHIS unter älteren Onlinern in der Schweiz weit verbreitet ist, wobei 77.7 % der Onliner im Alter von 60 Jahren und älter OHIS verwenden. Dieser hohe Anteil steht im Einklang mit aktuellen Studien, die ebenfalls eine weitreichende Nutzung digitaler Gesundheitsressourcen in dieser Altersgruppe bestätigen (vgl. Oh/Lim 2021: 712, Seifert/Ackermann/et al. 2020: 58). Diese Befunde verdeutlichen die Bedeutung des Internets als zentrale Informationsquelle für viele ältere Personen, auch wenn Unterschiede innerhalb dieser Altersgruppe bestehen.

Bemerkenswert ist, dass unter den Onlinern kein signifikanter Unterschied in der OHIS-Nutzung zwischen den Altersgruppen 60-79 Jahre und 80+ Jahre festgestellt werden konnte. Allerdings legen die Ergebnisse in Kapitel 6.1 nahe, dass ein signifikanter Unterschied bestehen könnte, wenn die Altersgruppen 60-69 Jahre und 70+ Jahre verglichen werden.

Diese wahrscheinliche Differenz lässt sich durch mehrere Faktoren erklären, die bereits im theoretischen Teil der Arbeit aufgezeigt wurden. Insbesondere können ein besserer Zugang zu Technologie und eine grösse Vertrautheit mit digitalen Medien eine Rolle spielen (vgl. Wilson et al. 2021: 5). Die UTAUT sowie deren Erweiterung, die UTAUT2, betonen, dass eine geringe Aufwandserwartung, wie beispielsweise die Einfachheit der Nutzung eines internetfähigen Geräts, und unterstützende Bedingungen, wie das Vorhandensein von technischen Geräten, die den Zugang ermöglichen, massgeblich zur Nutzungsabsicht beitragen (vgl. Venkatesh et al. 2003: 450 u. 453). Die höhere Wahrnehmung von Hindernissen und der weniger niederschwellige Zugang zum Internet könnten dazu führen, dass ältere Personen weniger bereit sind, oder gar nicht die Möglichkeit besitzen, OHIS zu nutzen.

Wie soeben dargelegt, nimmt der Anteil der User von OHIS mit steigendem Alter ab, wobei jedoch spannenderweise die Nutzungshäufigkeit mit dem Alter zunimmt. Diese Beobachtung lässt den Schluss zu, dass einerseits technologische Barrieren oder gesundheitliche Einschränkungen den Zugang zur Internetnutzung erschweren (vgl. Wilson et al. 2021: 7), andererseits aber mit zunehmendem Alter der Bedarf an Gesundheitsinformationen wächst und die User dann häufiger nach Informationen suchen als die jüngeren älteren Personen. Dies könnte mit einem erhöhten Informationsbedarf aufgrund altersspezifischer gesundheitlicher Herausforderungen und eines schlechteren Gesundheitsstatus zusammenhängen (vgl. Di Novi/Kovacic/Orso 2024: 686).

Ein weiterer wichtiger Befund ist, dass der grösste Anteil der OHIS-User, unabhängig vom Alter, das Internet für Gesundheitsinformationen seltener als wöchentlich nutzen, was auf eine eher unregelmässige oder sporadische Nutzung hinweisen könnte. Diese «seltenere» Nutzung unterstreicht, dass OHIS für viele ältere Personen in der Schweiz zwar eine relevante, aber nicht täglich und wöchentlich genutzte Ressource darstellt. Diese Erkenntnis steht im Einklang mit den Ergebnissen einer anderen Schweizer Studie, welche das gleiche Phänomen über die gesamte Bevölkerung beobachtet (vgl. De Gani et al. 2021: 83).

Ein besonders interessanter Aspekt der Ergebnisse ist, dass weibliche Personen mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit als männliche Personen den OHIS nutzen. Diese geschlechtsspezifische Differenz könnte auf Unterschiede in der Gesundheitsfürsorge und im Informationsverhalten zurückzuführen sein. Frühere Studien belegen, dass weibliche Personen tendenziell stärker daran interessiert sind, Gesundheitsinformationen aktiv zu suchen (vgl. Tenant et al. 2015: 11, Zhao et al. 2022: 7). Allerdings existieren divergierende Belege hinsichtlich der

Relevanz des Geschlechts als prognostischer Faktor für die Nutzung von OHIS. In weiteren aktuell durchgeführten Studien konnte keine signifikante Korrelation zwischen dem Geschlecht und der Nutzung von OHIS festgestellt werden (Brainin/Neter 2023: 11, Ishizuki/Hirano 2024: 8).

Die beschriebenen Nutzungsmuster und Unterschiede bei OHIS werfen Fragen nach den sozialen Ungleichheiten und Barrieren auf, die in Verbindung zum Zugang und der Nutzung stehen könnten. Im nächsten Abschnitt werden diese Aspekte eingehender betrachtet, um die strukturellen und individuellen Herausforderungen zu erörtern, die eine chancengleiche Nutzung von OHIS erschweren.

### **7.2.2 Soziale Ungleichheiten und Barrieren**

Die Analyse hat gezeigt, dass neben dem Geschlecht auch andere soziodemografische Merkmale mit der Nutzung von OHIS in Verbindung stehen. Ein zentraler Aspekt ist der Bildungsstand, der in der Analyse als einer der stärksten Prädiktoren für die Nutzung von OHIS hervorgehoben wurde. Personen mit höherem Bildungsniveau nutzen OHIS signifikant häufiger als jene mit niedrigerem Bildungsstand. Diese Befunde unterstreichen die Theorie des «Digital Divide», die argumentiert, dass Bildungsunterschiede auch zu Unterschieden im Zugang und in der Nutzung digitaler Ressourcen führen (van Dijk 2006: 223). Höhere Bildung ist häufig mit besseren digitalen Fähigkeiten und mehr Möglichkeiten verbunden, was den Zugang zu und die effektive Nutzung von OHIS erleichtert.

#### *7.2.2.1 Sprachregionen*

Darüber hinaus zeigen die Analysen eine signifikante Assoziation zwischen der Sprachregion und der Nutzung von OHIS. In der West- und italienischsprachigen Schweiz ist die Nutzung von OHIS deutlich geringer als in der Deutschschweiz. Diese Unterschiede bleiben selbst dann signifikant, wenn Variablen wie Vertrauen, GK und DK kontrollierend wirken. Dies deutet darauf hin, dass regionale unterschiedliche soziale Praktiken in der Schweiz eine eigenständige Rolle spielen, die nicht durch individuelles Misstrauen gegenüber OHI oder Kompetenzniveaus erklärt werden kann. Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen fand eine Studie aus China signifikante regionale Unterschiede in der DGK der Gesamtbevölkerung, die sie als möglichen Grund für die regionale Nutzung von OHIS ansieht (vgl. Liu et al. 2024: 7). Eine weitere Studie weist darauf hin, dass Unterschiede in der Art und Weise, wie Menschen mit Unsicherheit umgehen, ebenfalls eine Rolle spielen könnten, ob man OHIS nutzt oder nicht (vgl. Kim et al. 2020: 607). Kim et al. erklären, dass in Regionen, in denen Unsicherheit vermieden wird und ein starkes Bedürfnis nach Sicherheit besteht, eher eine Tendenz dazu besteht, Informationen zu vermeiden, wenn die Gefahr besteht, auf Fehlinformationen zu stossen.

Eine andere mögliche Erklärung für diese Unterschiede könnte in lokal verankerten Präferenzen für traditionelle und persönliche Formen der Gesundheitsinformationssuche liegen. In der West- und italienischsprachigen Schweiz könnte beispielsweise ein stärkeres Vertrauen in persönliche oder offline verfügbare Gesundheitsressourcen bestehen, deren Angebot zudem institutionell stärker verankert sein könnte. Diese Präferenzen könnten dazu führen, dass das Internet nicht als Informationsquelle genutzt wird, selbst wenn die individuellen Kompetenzen und das Vertrauen in OHI vorhanden sind.

Diese möglichen Erklärungsansätze sollten in zukünftigen Studien vertieft untersucht werden, um ein besseres Verständnis darüber zu erlangen, wie soziale und strukturelle Faktoren mit der Nutzung von OHIS zusammenhängen. Zudem wäre es wichtig zu analysieren, welche spezifischen Massnahmen erforderlich sind, um die Zugänglichkeit und Akzeptanz von OHI in allen Sprachregionen der Schweiz zu fördern.

#### *7.2.2.2 Vertrauen, Glaubwürdigkeit und digitale Erfahrung*

Neben den soziodemografischen Ungleichheiten stellen für Non-User Barrieren wie Misstrauen gegenüber den bereitgestellten Informationen und Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Glaubwürdigkeit erhebliche Hindernisse für die Nutzung von OHIS dar (siehe Kapitel 6.2.3).

Die generelle Einschätzung von OHIS als nicht vertrauenswürdig (vgl. Kapitel 6.2.2) kann ebenfalls ein Grund dafür sein, dass ältere Personen OHIS nicht aktiv nutzen. Dies konnte in weiteren Studien belegt werden (vgl. Honey et al. 2016: 181, Waterworth/Honey 2018: 315). Diese Ergebnisse können auch im Kontext theoretischer Modelle wie dem UTAUT2 und dem STAM betrachtet werden (siehe die Kapitel 2.1.2.1 und 2.1.2.2). Vertrauen und Glaubwürdigkeit sind Faktoren, die sich sowohl auf die Leistungserwartung (des UTAUT2-Modells) als auch auf die wahrgenommene Nützlichkeit (des STAM) auswirken. Ein geringes Vertrauen in OHI und Zweifel an deren Glaubwürdigkeit könnten dazu führen, dass sowohl die Leistungserwartung als auch die wahrgenommene Nützlichkeit sinken. Dies mindert die Wahrscheinlichkeit, dass OHIS genutzt wird.

Ein Review von Sbaffi und Rowley (2017: 6–8) zeigt, dass Designmerkmale wie Werbung die Glaubwürdigkeit von Gesundheitswebsites negativ beeinflussen, ebenso wie inhaltliche Faktoren wie unangemessene, irrelevante oder voreingenommene Informationen. Die Verfassenden der Studie betonen, dass ältere Personen eher Schwierigkeiten haben, Web-Ressourcen zu vertrauen, da sie stärker auf persönliche Interaktionen mit Ärzt:innen und anderen Gesundheitsdienstleistern angewiesen sind. Eine schlechte Benutzer:innenfreundlichkeit und komplexe Informationen auf Gesundheitswebsites tragen ebenfalls zur Skepsis gegenüber OHIS bei.

Die Analyse zeigt somit, dass anbieterspezifische Hinderungsgründe – insbesondere die Wahrnehmung mangelnder Glaubwürdigkeit, Misstrauen gegenüber OHIS, häufige Konfrontationen mit un seriösen Informationen und eine zu komplexe Fachsprache – häufig genannte Gründe für die Nichtnutzung von OHIS sind. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Qualität und Seriosität von Informationsquellen im Internet. Um die digitale Kluft und die Barrieren im Zugang zu OHIS zu überwinden, ist es von entscheidender Bedeutung, nicht nur die Kompetenzen der älteren Bevölkerung zu fördern, sondern auch Vertrauen in digitale Gesundheitsplattformen zu schaffen, Transparenz zu gewährleisten und auf eine verständliche Sprache zu achten (vgl. Jünger et al. 2023: 484–485).

Gleichzeitig werden auch mangelnde Erfahrung und fehlende Unterstützung als Hinderungsgründe genannt (siehe Kapitel 6.2.3). Die Tatsache, dass in dieser Stichprobe die tägliche Internetnutzung ein signifikanter Faktor für die Wahrscheinlichkeit der Nutzung von OHIS ist, könnte den Hinderungsgrund «mangelnde Erfahrung» etwas kontextualisieren.

Die vorangegangene Analyse hat verdeutlicht, dass soziale Merkmale erhebliche Hürden für die Nutzung von OHIS darstellen und weitere anbieterbezogene Barrieren bestehen. Während der Bildungsstand, die Sprachregion und Misstrauen gegenüber digitalen Informationsquellen zentrale Prädiktoren sind, darf nicht übersehen werden, dass die individuelle Fähigkeit, digitale Technologien zu nutzen, sowie das soziale Umfeld eine ebenso entscheidende Rolle spielen. Die Bedeutung dieser individuellen Kompetenzen und die unterstützende Wirkung sozialer Unterstützung werden im folgenden Kapitel eingehend erörtert, um die komplexen Wechselwirkungen zwischen Kompetenzen, sozialer Unterstützung und der Nutzung von OHIS zu beleuchten.

### **7.2.3 Bedeutung der Kompetenzen und sozialen Unterstützung**

Die Ergebnisse dieser Masterthesis bestätigen einige Annahmen hinsichtlich der Rolle, die individuelle Kompetenzen und soziale Unterstützung bei der Nutzung von OHIS spielen. Andererseits werden auch Annahmen nicht bestätigt, was zu neuen Fragestellungen führt. Dabei zeigt sich folgendes Bild: In der Literatur wird die DK als entscheidender Prädiktor für die Nutzung von OHIS hervorgehoben (vgl. Zhao et al. 2022b: 9, Zolbin et al. 2022: 419). Diese Annahme wird durch die vorliegende Analyse bestätigt, da eine signifikante Assoziation festgestellt werden konnte. Dagegen konnte in den vorliegenden Ergebnissen keine signifikante Assoziation zwischen der GK und der OHIS-Nutzung nachgewiesen werden, was in bisherigen Studien jedoch der Fall war (vgl. Rockmann et al. 2019: 192, Zhao et al. 2022b: 8, Zolbin et al. 2022: 419). Die Befunde legen zudem nahe, dass die Rolle sozialer Unterstützung in diesem Kontext von der Art der

Unterstützung – entweder instrumentelle oder emotionale Unterstützung – sowie dem Fokus der Unterstützung – entweder auf die Gesundheit oder auf technische Belange bezogen – abhängig ist.

#### *7.2.3.1 Digitale Kompetenz als ein Schlüsselfaktor*

Die Analyse bestätigt, dass eine höhere DK signifikant mit der Nutzung von OHIS korreliert. Dieser Befund steht im Einklang mit theoretischen Modellen wie der UTAUT2 und dem STAM, die die Bedeutung der Lern- und Nutzungsfreundlichkeit und der technischen Vertrautheit für die Technologieakzeptanz hervorheben (vgl. van Biljon/Renaud 2009: 11, Venkatesh et al. 2003: 450). Personen mit einer stark ausgeprägten DK sind in der Lage, digitale Technologien effektiv, kritisch und kreativ zu nutzen, um Informationen zu erfassen, zu verwalten und zu teilen sowie Probleme zu lösen und Wissen zu teilen (vgl. Ferrari 2012: 3–4), was die Nutzung von OHIS erleichtert. Sie profitieren von einer geringeren wahrgenommenen Aufwandserwartung und empfinden den Umgang mit digitalen Technologien als weniger herausfordernd (vgl. Venkatesh et al. 2003: 450). Gleichzeitig zeigt dieses Ergebnis, dass Onliner mit geringer DK eine kleinere Wahrscheinlichkeit haben OHIS zu nutzen, selbst wenn sie Zugang zu digitalen Geräten als Onliner haben. Dieser Befund reflektiert den im Forschungsstand identifizierten «Digital Divide», der sich nicht mehr nur auf den Zugang zu Technologie beschränkt, sondern zunehmend in Form unterschiedlicher Nutzungskompetenzen manifestiert (vgl. Cornejo Müller et al. 2020: 185, Welch et al. 2016: 73). Diese Unterschiede verdeutlichen, dass allein der Zugang zu digitalen Technologien wie z. B. das Internet nicht ausreicht, um eine breite und gleichberechtigte Nutzung von OHIS zu gewährleisten. Es bleibt zu untersuchen, wie die DK älterer Personen in der Schweiz mit der Fähigkeit verknüpft ist, qualitativ hochwertige digitale Gesundheitsinformationen zu finden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass im Bereich der Gesundheit eine hohe Anzahl an Online-Fehl- und Desinformationen besteht (vgl. Scherer/Pennycook 2020: 276, Suarez-Lledo/Alvarez-Galvez 2021: 6), welche die nächste Herausforderung bei OHIS – nach der des Zugangs – darstellt.

#### *7.2.3.2 Die paradoxe Rolle der Gesundheitskompetenz bei der OHIS-Nutzung*

Die Ergebnisse der vorliegenden Masterthesis zeigen, dass die GK keine signifikante Assoziation mit der Nutzung von OHIS bei älteren Personen in der Schweiz aufweist. Diese Erkenntnis steht im Widerspruch zu den Ergebnissen einer Studie über die spezifische Nutzung von OHIS bezüglich COVID-19 bei erwachsenen Personen (18+) aus der Schweiz (vgl. Ilic et al. 2022: 5), sowie zu anderen bisherigen Querschnittsstudien mit älteren Personen in anderen Regionen und Ländern (z. B. Rockmann et al. 2019: 192) und zu Reviews (z. B. Zhao et al. 2022b: 8, Zolbin et al. 2022: 419), in welchen ein solcher Zusammenhang festgestellt wurde.

Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis könnte in der Art und Weise liegen, wie GK in der vorliegenden Untersuchung operationalisiert wurde. In der vorliegenden Berechnung wurde der Gesamtscore zur generellen GK des HLS-19-Consortiums verwendet und in eine dichotome Variable – über- oder unterdurchschnittliche GK – rekodiert. Dabei ist zu beachten, dass die Dichotomisierung von Variablen die statistische Aussagekraft reduziert, zu Informationsverlust führt, das Risiko falsch positiver Ergebnisse erhöht, Variationen innerhalb und zwischen Gruppen unterschätzt und mögliche nichtlineare Beziehungen verbirgt (vgl. Altman/Royston 2006: 1080). Somit könnte GK möglicherweise eine signifikante Assoziation mit der Nutzung von OHIS zeigen, wenn der Score metrisch analysiert oder eine differenziertere Kategorisierung der GK, beispielsweise in «mangelhaft» (als Referenzkategorie), «problematisch», «ausreichend» und «ausgezeichnet» (vgl. Pelikan et al. 2022: 10), angewendet wird. Keine weitere mögliche Erklärung für dieses Ergebnis ist, dass die älteren Personen, die OHIS nutzen, primär über andere Fähigkeiten oder externe Ressourcen verfügen, welche den Zusammenhang mit der GK überlagern, da bereits das Brutto-Modell keinen signifikanten Zusammenhang zeigt.

Dennoch ist die Relevanz der GK gegeben. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde eruiert, ob die GK mit der OHIS-Nutzung assoziiert ist. Die GK umfasst jedoch mehr als die reine Suche im Internet und wird in der wissenschaftlichen Literatur als wichtiger Prädiktor für die Fähigkeit beschrieben, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden (vgl. De Gani et al. 2021: 5), sowohl offline als auch online. Sie geht über das reine OHIS hinaus, was erklären könnte, warum kein direkter Zusammenhang mit der spezifischen Nutzung von OHIS nachweisbar ist. So führen dennoch Unterschiede in der GK (auch innerhalb der älteren Bevölkerung) dazu, dass diejenigen mit geringer GK nicht in der Lage sind, die Vorteile des Internets gleichermaßen für die Gesundheit zu nutzen (vgl. Kickbusch et al. 2013: 16, Welch et al. 2016: 73). Es sei zudem darauf hingewiesen, dass OHIS nur eine Möglichkeit zur Beschaffung von Gesundheitsinformationen darstellt. Ältere Personen greifen häufig auf alternative Quellen wie Zeitschriften, Bücher oder persönliche Interaktionen zurück. Dennoch bleibt GK ein Schlüssel, um Informationen aus unterschiedlichen Quellen zu bewerten und in gesundheitsrelevante Entscheidungen einzubringen. Unter Berücksichtigung dieser Diskussion lässt sich ableiten, dass eine ausgeprägte DK die OHIS-Nutzung fordert, während eine höhere GK die Qualität der gefundenen Informationen sowie deren Verständnis, Bewertung und Anwendung verbessert. Es ist jedoch denkbar, dass die spezifischere DGK in diesem Kontext effektiver ist, da sie sich gezielt auf digitale Quellen konzentriert und deren spezifische Merkmale berücksichtigt.

#### 7.2.3.3 Soziale Unterstützung und ihre bedingte Rolle bei der Nutzung von OHIS

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass gesundheitsbezogene soziale Unterstützung – sowohl instrumenteller als auch emotionaler Natur – im Brutto-Modell zunächst signifikant mit der Nutzung von OHIS korreliert, in späteren Modellen jedoch an Bedeutung verliert und letztlich keinen signifikanten Zusammenhang mehr aufweist. Dies deutet darauf hin, dass gesundheitsbezogene Unterstützung nur unter spezifischen Bedingungen eine förderliche Wirkung entfalten könnte, möglicherweise in Wechselwirkung mit anderen Faktoren wie Kompetenzen oder dem Vertrauen in OHI. Eine denkbare Erklärung ist, dass gesundheitsbezogene Unterstützung indirekt wirkt, etwa durch die Förderung von Vertrauen in OHI oder durch die Erhöhung der Motivation, digitale Ressourcen zu nutzen. Solche Wechselwirkungen könnten mit Konzepten aus der Unterstützungsforschung, wie subjektiven Bewertungen von Unterstützung oder Copingprozessen (vgl. Diers 2016: 81, Dinkel 2008: 498), in Verbindung stehen. Weitere Forschung könnte untersuchen, ob diese Unterstützung als Mediator oder Moderator in komplexeren Modellen fungiert.

Technikbezogene Unterstützung – sowohl instrumenteller als auch emotionaler Art – zeigt in keinem der Modelle eine signifikante Assoziation mit der Nutzung von OHIS. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte die oftmals situative Natur technikbezogener Unterstützung sein. Diese könnte zwar kurzfristig technische Hindernisse überwinden (z. B. bei der Bedienung eines Geräts), trägt jedoch möglicherweise nicht dazu bei, die grundlegenden Fähigkeiten für eine eigenständige Nutzung digitaler Technologien zu fördern. So stellt die technische Bedienung von Geräten nur einen Teil der DK dar (vgl. Ferrari 2012: 3–4). Wichtige Dimensionen umfassen kritisches Denken, Informationsbewertung und ethische Aspekte. So könnte es sein, dass die Art der technikbezogenen Unterstützung nicht immer den tatsächlichen Bedürfnissen der älteren Bevölkerung entspricht. Während grundlegende technische Hilfe möglicherweise bereitgestellt wird, könnte ein Bedarf an komplexerer Unterstützung bestehen, etwa im Bereich der kritischen Bewertung von digitalen (Gesundheits-)Informationen.

Die Operationalisierung und Messung sozialer Unterstützung könnten ebenfalls zu den beobachteten Ergebnissen beigetragen haben. Die verwendete binäre Variable – Unterstützung erhalten oder nicht erhalten – wurde aus drei Antwortkategorien gebildet: (1) Unterstützung erhalten, (2) keine Unterstützung erhalten, aber benötigt, und (3) keine Unterstützung benötigt (siehe Kapitel 5.1.3.2). Durch das Zusammenlegen der Kategorien 2 und 3 könnten wichtige Unterschiede zwischen diesen Gruppen verwischt worden sein:

- **Keine Unterstützung erhalten, aber benötigt:** Diese Gruppe könnte Personen in vulnerablen Situationen repräsentieren, die Unterstützung benötigten, jedoch keine

erhielten. Für sie könnte der Mangel an Unterstützung negative Folgen gehabt haben, wie geringere Motivation oder Fähigkeit zur Nutzung von OHIS.

- **Keine Unterstützung erhalten, da nicht benötigt:** Diese Gruppe könnte Personen umfassen, die unabhängig und selbstständig sind und keine Unterstützung benötigen. Sie könnten OHIS unabhängiger von externer Unterstützung nutzen.

Das Zusammenlegen dieser beiden Gruppen könnte den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und OHIS-Nutzung erheblich verzerrt haben, da die grössere Gruppe derjenigen, die keine Unterstützung benötigten, die Effekte derjenigen, die Unterstützung benötigten, aber nicht erhielten, überlagern könnte. Dies könnte zu einer Unterschätzung der Assoziation zwischen sozialer Unterstützung und OHIS-Nutzung geführt haben.

Zudem differenzieren die Ergebnisse zwischen instrumenteller und emotionaler Unterstützung, lassen jedoch wichtige Aspekte wie die Qualität und Quantität sowie die wahrgenommene Relevanz der Unterstützung unberücksichtigt. So könnte es sein, dass die bereitgestellte Unterstützung qualitativ nicht ausreichend oder aus Sicht der Empfänger nicht relevant genug ist, um einen nachhaltigen Effekt auf die OHIS-Nutzung auszuüben. Die in den vorliegenden Analysen betrachtete soziale Unterstützung beschränkt sich auf die von Vaux (1990: 508) definierte erste Dimension «support network resources», welche die Beziehungen umfasst, die einer Person bei der Bewältigung von Problemen und der Verfolgung von Zielen helfen. Die konkreten Handlungen, die mit der Intention der Hilfeleistung vorgenommen werden («supportive behavior»), sowie die subjektive Bewertung der Qualität der sozialen Ressourcen und der Interaktionen innerhalb des Unterstützungsnetzwerks («subjective appraisals of support») sind hingegen nicht Gegenstand der Analysen.

Eine differenziertere Analyse könnte genauere Einblicke in die Rolle sozialer Unterstützung bei der OHIS-Nutzung liefern. Diesbezüglich wäre es z. B. möglich, die drei Antwortkategorien separat zu analysieren und «keine Unterstützung erhalten, aber benötigt» als Referenzkategorie zu wählen. Ein solcher Ansatz würde ermöglichen, die spezifischen Auswirkungen der unterschiedlichen Ausgangssituationen auf die OHIS-Nutzung zu unterscheiden. Wie bereits angedeutet, könnte die soziale Unterstützung dahingehend untersucht werden, ob diese als Mediator oder Moderator in komplexeren Modellen fungiert. Hierzu wurde bereits eine erste Analyse durchgeführt, um zu untersuchen, ob und inwieweit eine Wechselwirkung zwischen der sozialen Unterstützung und den Kompetenzen besteht (siehe Kapitel 6.4). Im Folgenden erfolgt die Diskussion der Ergebnisse dieser Analyse.

#### 7.2.3.4 Wechselwirkung zwischen Kompetenz und Unterstützung

Die Wechselwirkungen zwischen Kompetenzen und sozialer Unterstützung sind komplex und noch nicht abschliessend geklärt (vgl. Sentell 2017: e54). Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse (siehe Kapitel 6.4) legen nahe, dass emotionale Unterstützung eine stärkere Korrelation mit GK aufweist als instrumentelle Unterstützung. Dies lässt sich dadurch erklären, dass ältere Personen (hier Off- und Onliner) mit überdurchschnittlicher GK signifikant häufiger emotionale Unterstützung erhalten, während bei der instrumentellen Unterstützung ein Unterschied erkennbar ist, jedoch kein signifikanter. Klinger et al. (2023: 6) konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der GK in der Altersgruppe der 65-75-Jährigen feststellen. Ob die emotionale (oder auch die instrumentelle) Unterstützung zur Verbesserung der Bewältigungsstrategien (vgl. Wills/Shinar 2000: 101) und somit auch zur Entwicklung höherer GK beiträgt, bleibt jedoch offen und erfordert weitere Analysen.

Im Bereich der DK zeigt sich ein anderes Bild: Innerhalb der Gruppe derjenigen, die eine hohe DK aufweisen, zeigt sich im Bereich der instrumentellen Unterstützung kein Unterschied hinsichtlich des Erhalts oder des Nicht-Erhalts dieser Unterstützung. Im Hinblick auf die emotionale Unterstützung lässt sich jedoch feststellen, dass ältere Personen mit hoher DK seltener auf emotionale Unterstützung zurückgreifen können als ältere Personen mit unterdurchschnittlicher DK. Dies könnte darauf hindeuten, dass höhere DK den Bedarf an Unterstützung reduziert. Gleichzeitig bleibt jedoch unklar, warum gegenteilige Ergebnisse vorliegen, wenn die Gruppe der älteren Personen betrachtet wird, die keine technikbezogene emotionale Unterstützung erhalten haben. Es lässt sich feststellen, dass ein grösserer Anteil älterer Personen mit überdurchschnittlicher DK Unterstützung benötigt hat, jedoch keine entsprechende Unterstützung erhalten hat, so wie dies bei älteren Personen mit unterdurchschnittlicher DK der Fall war.

Ein möglicher Erklärungsansatz für den geringeren Rückgriff älterer Personen mit hoher DK auf emotionale Unterstützung könnte in ihrer ausgeprägten Selbstständigkeit und ihrem digitalen Autonomiegefühl liegen. Asmar et al. (2020: 147) beschreiben die Gruppe der «Self-Supported», die trotz eines vorhandenen Netzwerks keine Unterstützung sucht, sondern auf ihre Fähigkeiten vertraut und intuitiv lernt. Diese Unabhängigkeit und das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen könnten dazu führen, dass ältere Personen mit hohen DK emotionale Unterstützung gar nicht aktiv in Anspruch nehmen, da sie diese schlichtweg als nicht notwendig erachten. Zusätzlich spielt die Motivation eine zentrale Rolle. Wie Courtois und Verdegem (2016: 1523) zeigen, wird die DK oft durch intrinsische Motivation gestützt, was den Bedarf an externer Unterstützung reduziert.

Im Gegensatz erhalten ältere Personen mit unterdurchschnittlicher DK oft mehr emotionale Unterstützung durch Familie oder soziale Netzwerke, was sich auch in einer anderen Studie zeigte (siehe Xiong/Zuo 2019). Xiong und Zuo (2019: 1509) sowie Vassilakopoulou und Hustad (2023:

964) betonen, dass solche Unterstützungsnetzwerke die digitalen Fähigkeiten fördern können, indem sie Barrieren wie Computerangst abbauen und die Motivation zur Techniknutzung stärken. Dies könnte erklären, warum ältere Personen mit geringerer DK häufiger auf emotionale Unterstützung zurückgreifen können.

Trotz dieser Erklärungsansätze bleibt eine zentrale Diskrepanz bestehen: Ein signifikanter Anteil älterer Personen mit hoher DK berichtet von einem Bedarf an Unterstützung, der jedoch nicht erfüllt wird. Dies könnte darauf hindeuten, dass ihr soziales Umfeld aufgrund der wahrgenommenen Kompetenzen dieser Personen deren Unterstützungsbedarf unterschätzt oder ignoriert. Dadurch entsteht eine Lücke zwischen dem tatsächlichen Bedarf und der Wahrnehmung dieses Bedarfs durch das soziale Umfeld. Deswegen bleibt wie auch beim Zusammenhang zwischen der gesundheitsbezogenen Unterstützung und GK auch hier einiges offen und erfordert weitere Analysen.

### 7.3 Stärken und Limitationen

Die vorliegende Arbeit weist sowohl methodische als auch inhaltliche **Stärken** auf, die einen wichtigen Beitrag zur Forschung leisten.

Die Repräsentativität der Ergebnisse wird durch die gesamtschweizerische Erhebung sichergestellt, was eine robuste Grundlage für die Analyse darstellt. Zudem ermöglicht die Anwendung multivariater Analysen, einschliesslich mehrstufiger Modelle (Brutto-Modell und Modelle mit sukzessiver Variablenintegration), eine differenzierte Betrachtung der Prädiktoren. Dadurch konnten sowohl unabhängige als auch kombinierte Effekte identifiziert werden, was die Aussagekraft der Ergebnisse erhöht.

Die Arbeit adressiert eine zentrale Forschungslücke, indem sie den Versuch unternimmt, sowohl instrumentelle als auch emotionale Unterstützung im Kontext Nutzung von OHIS älterer Personen zu erfassen. Dies stellt einen wichtigen Fortschritt dar, da bisherige Studien diese beiden Unterstützungsformen häufig nicht differenziert untersucht haben.

Trotz ihrer Stärken weist die Arbeit auch methodische und inhaltliche **Limitationen** auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

- **Sprachliche Beschränkung:** Die Erhebung wurde lediglich in drei Sprachen durchgeführt, was potenziell zu einer Verzerrung der Stichprobe führte, da Personen mit anderen Sprachkenntnissen möglicherweise nicht angemessen berücksichtigt wurden.
- **Teilnahmehürde für Offliner:** Offliner konnten nur durch die aktive Beantragung eines Papierfragebogens teilnehmen. Dies stellte eine zusätzliche Barriere dar, die insbesondere diese Gruppe unterrepräsentieren könnte.

- **Querschnittsdesign:** Die Untersuchung basiert auf einem Querschnittsdesign, das keine kausalen Zusammenhänge zwischen den Variablen feststellen kann. Es lassen sich lediglich Assoziationen identifizieren.
- **Selbstauskunft:** Obwohl validierte Instrumente wie das HLS-19-Konsortium für die Erhebung der GK eingesetzt wurden, könnten soziale Erwünschtheitseffekte oder Ungenauigkeiten bei der Selbsteinschätzung die Ergebnisse verzerren.
- **Dichotomisierung der GK und DK:** Die Kategorisierung der Scores in über- und unterdurchschnittliche GK und DK könnte zu einem Verlust an statistischer Aussagekraft geführt haben. Eine feinere Kategorisierung oder eine metrische Analyse hätte differenziertere Ergebnisse liefern können.
- **Eingeschränkte Erhebung sozialer Unterstützung:** In der Studie wurde lediglich die erhaltene soziale Unterstützung erfasst und diese binär ausgewertet. Weder die Häufigkeit der Unterstützung noch die Intensität wurden berücksichtigt, was die Aussagekraft der Ergebnisse einschränken könnte.
- **Zusammenlegung von Gruppen:** Die Antworten «keine Unterstützung erhalten, aber benötigt» und «keine Unterstützung erhalten, da nicht benötigt» wurden zusammengefasst. Dies könnte den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der OHIS-Nutzung verzerren, da beide Gruppen unterschiedliche Bedürfnisse und Voraussetzungen aufweisen.
- **Operationalisierung von OHIS:** Obwohl nach der Häufigkeit der OHIS gefragt wurde, erfolgte für die Analyse eine Rekodierung zu einer binären Variable. Dies reduziert die Aussagekraft, da keine Differenzierung hinsichtlich der Intensität oder Dauer der Nutzung vorgenommen werden konnte (vgl. Wang et al. 2021: 1171).
- **Fokussierung auf Nutzung und Barrieren:** Die Masterthesis konzentriert sich auf die Nutzung von OHIS und die damit verbundenen Barrieren sowie Prädiktoren. Gründe für die Informationssuche und der Umgang mit den gefundenen Informationen blieben unberücksichtigt.
- **Qualität der genutzten Informationen:** Es wurde nicht erfasst, welche Internetseiten zur OHIS genutzt wurden. Dadurch können keine Rückschlüsse auf die Qualität der gefundenen Informationen gezogen werden, was die Aussagekraft hinsichtlich des möglichen Zusammenhangs mit der GK limitiert.
- **Heterogenität der älteren Bevölkerung:** Die Arbeit berücksichtigt die ältere Bevölkerung nicht in ihrer gesamten Vielfalt. Unterschiede innerhalb der Gruppe, etwa im Hinblick auf Alter, technische Affinität oder soziale Netzwerke, wurden nicht differenziert betrachtet. Beispielsweise könnten Personen mit 80 Jahren und mehr andere Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe haben als die Gruppe der 60- bis 69-Jährigen.

Diese Stärken und Limitationen zeigen, dass die Arbeit wichtige Erkenntnisse liefert, jedoch auch Grenzen aufweist, die bei der Interpretation der Ergebnisse und für zukünftige Forschung berücksichtigt werden sollten.

## 8 Schlussfolgerungen

Im letzten Kapitel der vorliegenden Arbeit werden die wesentlichen Erkenntnisse in einen praxisorientierten und forschungsbezogenen Kontext eingeordnet. Es wird reflektiert, welche Bedeutung die Ergebnisse und die Diskussion für die Soziale Arbeit haben und wie diese Erkenntnisse dazu beitragen können, die digitale GF+P bei älteren Personen nachhaltig zu gestalten. Ziel ist es, praxisnahe Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen und Perspektiven für zukünftige Forschung zu eröffnen, die eine tragende Rolle der Sozialen Arbeit in der digitalen GF+P untermauern können.

Die Hauptfragestellung dieser Masterthesis lautete:

*Inwiefern lassen sich aus den Erkenntnissen über die Nutzung von OHIS, der Bedeutung individueller Kompetenzen älterer Personen in der Schweiz und der Rolle sozialer Unterstützung Empfehlungen für die Soziale Arbeit ableiten, und wie würden diese lauten?*

Die Ergebnisse zeigten deutlich, dass sowohl Kompetenzen als auch soziale und strukturelle Bedingungen zentrale Prädiktoren darstellen. Zugleich wurde sichtbar, dass die Förderung der Nutzung von OHIS bei älteren Personen eine vielschichtige Herausforderung bleibt, insbesondere angesichts bestehender sozialer Ungleichheiten und Barrieren.

Das Kapitel ist wie folgt strukturiert: In Kapitel 8.1 werden die zentralen Ergebnisse der Diskussion zusammengefasst, wobei ein besonderer Fokus auf deren Bedeutung für die Soziale Arbeit gelegt wird. Es wird herausgearbeitet, wie Soziale Arbeit dazu beitragen kann, bestehende Barrieren abzubauen und die digitale Teilhabe älterer Personen zu fördern. Kapitel 8.2 richtet den Blick in die Zukunft: Zunächst werden praxisorientierte Empfehlungen formuliert, die sich aus den Ergebnissen ableiten lassen (siehe Kapitel 8.2.1). Abschliessend (siehe Kapitel 8.2.2) werden Vorschläge für zukünftige Forschung unterbreitet, um die Rolle der Sozialen Arbeit im digitalen Gesundheitsbereich weiter zu stärken und neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Die Schlussfolgerungen bieten somit nicht nur eine kritische Reflexion der Ergebnisse, sondern auch eine Brücke zur Anwendung in der Praxis und zu weiteren wissenschaftlichen Untersuchungen.

### 8.1 Zusammenfassung der Diskussion und deren Bedeutung für die Soziale Arbeit

Die Diskussion verdeutlichte, dass die Nutzung von OHIS bei älteren Personen von komplexen Wechselwirkungen zwischen individuellen Kompetenzen, sozialer Unterstützung und soziodemografischen Faktoren geprägt ist. Ein zentrales Ergebnis ist die entscheidende Rolle der DK als Schlüsselfaktor für die Nutzung von OHIS, während die GK unerwartet keine signifikante Assoziation aufweist. Die soziale Unterstützung, insbesondere technikbezogene Hilfe, erwies sich

als weniger relevant, während gesundheitsbezogene Unterstützung nur unter bestimmten Bedingungen eine Rolle spielen könnte, etwa in Wechselwirkung mit Vertrauen in OHI oder Motivation. Die regionalen Unterschiede und soziale Ungleichheiten betonen zudem die Bedeutung struktureller Barrieren.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass soziale Ungleichheiten und Barrieren – etwa hinsichtlich des Bildungsstands, der Sprachregion oder des Geschlechts – eine zentrale Herausforderung darstellen. Besonders bemerkenswert ist die Bedeutung des Vertrauens in OHI, das sich als stärkster Prädiktor für die OHIS-Nutzung herausstellte. Dies veranschaulicht, dass die Förderung von Vertrauen und die Überwindung von Misstrauen gegenüber digitalen Informationen von entscheidender Bedeutung sind, um die digitale Teilhabe älterer Non-User zu fördern und ihnen dadurch eine weitere Möglichkeit zur Suche von Gesundheitsinformationen zu eröffnen.

Für die Beantwortung der Forschungsfragen sind diese Erkenntnisse von grosser Bedeutung. Sie zeigen auf, dass individuelle Kompetenzen und soziale Unterstützung keine isolierten Variablen sind, sondern in einem komplexen Zusammenspiel mit soziodemografischen und strukturellen Faktoren stehen. Die Diskussion unterstreicht die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung dieser Prädiktoren, um gezielte Interventionen in der Praxis der Sozialen Arbeit zu ermöglichen und (digitale) Ungleichheiten zu überwinden.

Der allgemeine Auftrag der Sozialen Arbeit besteht in der Prävention, Milderung und, sofern möglich, Lösung sozialer Probleme (vgl. Geiser 2006: 244). Die beschriebenen (digitalen) Ungleichheiten und Barrieren in Bezug auf die Nutzung von OHIS stellen insofern ein soziales Problem dar, da sie den Wert der sozialen Gerechtigkeit verletzen. Dieses Prinzip wurde als eines der grundlegenden Prinzipien der Sozialen Arbeit von der Generalversammlung der «International Federation of Social Workers» definiert (vgl. IFSW 2014). Die Verletzung der sozialen Gerechtigkeit lässt sich damit begründen, dass potenziell nicht alle Menschen die gleichen Möglichkeiten haben, OHIS für das eigene gesunde Altern zu nutzen. Soziale Merkmale wie der Bildungsstand oder das Geschlecht sowie mangelnde Kompetenzen und fehlende soziale Ressourcen wie etwa soziale Unterstützung sind wesentliche Faktoren, die zu einer ungleichen Verteilung von Möglichkeiten führen und somit die soziale Gerechtigkeit verletzen.

Soziale Probleme können als Herausforderungen verstanden werden, die sowohl Individuen als auch soziale Systeme betreffen und die Fähigkeit beeinträchtigen, Bedürfnisse und Wünsche eigenständig zu erfüllen. Diese Probleme entstehen häufig durch soziale und kulturelle Barrieren, die in Abhängigkeit von der gesellschaftlichen Position der Betroffenen variieren. Sie sind eng mit sozialen Interaktionsprozessen sowie den Strukturen und Werten einer Gesellschaft verbunden. Die Soziale Arbeit hat die Aufgabe, soziale Probleme nicht nur transdisziplinär zu beschreiben und zu erklären, sondern auch praktische Lösungen oder Milderungsstrategien zu entwickeln, die auf den

spezifischen Kontext und die Ressourcen der Betroffenen abgestimmt sind (Staub-Bernasconi 2012: 271–272, 2018a: 370). Dabei gilt es zu beachten, dass soziale Probleme nicht immer klar artikuliert oder als solche wahrgenommen werden (vgl. Staub-Bernasconi 2012: 272), was die Aufgabe der Sozialen Arbeit zusätzlich erschwert.

Beranek (2021: 112–116) analysiert mittels des Systemischen Paradigmas Sozialer Arbeit (SPSA, u.a. entwickelt von Sylvia Staub-Bernasconi und Werner Obrecht) und deren «Theorie sozialer Probleme» die sozialen Probleme, welche durch die allgemeine Digitalisierung entstehen können. Gleichermaßen könnte auch spezifischer für die Nutzung von OHIS bei älteren Personen gelten, da die Nicht-Nutzung von OHIS zu weniger gut informierten gesundheitsbezogenen Entscheidungen führen könnte oder die emotionale Belastung oder subjektiv wahrgenommene Unsicherheit durch Informationen nicht reduziert werden könnten (vgl. Link/Baumann 2020: 681). Die Konsequenzen falscher gesundheitsbezogenen Entscheidungen oder der Spannungszustände sind vielseitig und können (in Wechselwirkungen) sowohl zu biologischen, psychischen als auch sozialen Problemen führen, da laut dem SPSA soziale Probleme in einer engen Interdependenz mit den anderen Problemklassen stehen. Beispielsweise könnte fehlender Zugang zu OHI eine chronische Erkrankung (biologisches Problem) verschlimmern, während Unsicherheiten über die Krankheit psychische Belastungen verstärken (psychisches Problem). Gleichzeitig könnte dies zu sozialer Isolation führen, wenn sich die betroffene Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen zurückzieht und Unterstützung fehlt.

Im Folgenden wird ein Bezug zur Diskussion der Ergebnisse hergestellt, indem diese auf soziale Probleme geprüft wird. Dies erfolgt analog zu Beranek (2021: 112-116) mittels vier Problemkategorien<sup>1</sup>, welche eine Differenzierung ermöglichen. Diese Differenzierung ist Grundlage für die Bearbeitung der einzelnen Problemkategorien, bei der auf deren jeweilige Besonderheiten eingegangen und passende Empfehlungen (siehe Kapitel 8.2.1) formuliert werden. Vorab ist festzuhalten, dass sich OHIS unter den richtigen Bedingungen als wertvolle Ressource erweisen kann, um ältere Personen bei informierten gesundheitsbezogenen Entscheidungen zu unterstützen (vgl. Bachofner et al. 2024: 3, Di Novi et al. 2024: 687). Allerdings wird dieses Potenzial durch verschiedene soziale Faktoren und Barrieren eingeschränkt, wie zuvor erläutert wurde. Unter diesem Aspekt lassen sich folgende Problematiken skizzieren:

Die Analyse der Ergebnisse legt dar, dass im Bereich der **Ausstattungsprobleme** eine ungleiche Verteilung des Zugangs zu digitalen Ressourcen festzustellen ist. Faktoren wie Bildungsstand und

---

<sup>1</sup> In der SPSA werden vier soziale Problemkategorien unterschieden: Ausstattungsprobleme, Austauschprobleme, Machtprobleme und vergesellschaftete Werte- und Kriterienprobleme (eine Zusammenfassung siehe Staub-Bernasconi 2018b: 222–223). Diese Probleme können einzeln oder miteinander vernetzt auftreten. Aufgabe der Sozialen Arbeit ist die konkrete Bearbeitung dieser Probleme durch Lösung, Minderung und/oder Prävention.

DK scheinen (mit) zu beeinflussen, ob ältere Personen OHIS nutzen. Insbesondere Personen mit geringer DK oder ohne Zugang zu technischer Ausstattung – beispielsweise Offliner – könnten Schwierigkeiten haben, die Vorteile von OHIS zu nutzen. Diese Diskrepanz könnte dazu beitragen, dass bestehende soziale Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung durch die fortschreitende Digitalisierung weiter bestehen oder gar verstärkt werden.

Zudem zeigt die Analyse, dass GK eine zentrale Ressource darstellen. Eine ausgeprägte GK ermöglicht es, OHIS kritisch und effektiv zu nutzen und dadurch die Qualität gesundheitsbezogener Entscheidungen potenziell zu verbessern. Personen mit unzureichender GK fehlt jedoch der Zugang zu diesen Vorteilen. Fehlende soziale Unterstützung wird von einigen Non-Usern als hindernder Faktor wahrgenommen, obwohl in der vorliegenden Analyse kein direkter Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der Nutzung von OHIS festgestellt wurde. Dies deutet darauf hin, dass OHIS für manche ältere Personen eine Ressource bleibt, die ohne externe Unterstützung schwer zugänglich ist.

**Austauschprobleme** zeigen sich insbesondere durch die potenziell fehlenden Gesundheitsinformationen und der daraus resultierenden Unmöglichkeit, diese als «Austauschressource» zu nutzen. Während OHIS eine Ressource für symmetrischen Informationsaustausch sein könnte, bleiben bestimmte Gruppen – etwa Non-User – aufgrund von Bildungs- und Geschlechterunterschieden ggf. von einem (Gesundheitsinformations-)Austausch mit anderen Personen ausgeschlossen. Dies könnte bestehende Ungleichheiten weiter verstärken.

Auch **Machtprobleme** spielen im Kontext von OHIS eine Rolle. Ungleiche Machtverhältnisse in Bezug auf Bildung und DK könnten beeinflussen, wer in der Lage ist, von OHIS zu profitieren. Personen mit höheren Bildungsabschlüssen und ausgeprägter DK sind möglicherweise besser in der Lage, OHIS effektiv zu nutzen und die Informationen für ihre Bedürfnisse einzusetzen, während andere Gruppen durch fehlende Fähigkeiten oder Ressourcen benachteiligt werden und weniger Zugang zu den potenziellen Vorteilen von OHIS haben. Zudem besteht eine Abhängigkeit von den Plattformanbieter:innen, die durch Algorithmen, Datenschutzrichtlinien und die Gestaltung der Inhalte eine erhebliche Kontrolle darüber ausüben, welche Informationen den Usern zugänglich sind. Um dieser Abhängigkeit entgegenzuwirken, ist eine ausreichende GK und DGK essenziell, um die Qualität und Seriosität der Inhalte bewerten zu können.

Schliesslich weisen **vergesellschaftete Werte- und Kriterienprobleme** darauf hin, dass gesellschaftlich etablierte Standards und Werte für die Nutzung von OHIS von Bedeutung sind. Beispielsweise könnte das Fehlen allgemein anerkannter Kriterien zur Beurteilung von Qualität und Glaubwürdigkeit von Inhalten das Potenzial von OHIS als Ressource einschränken. Des Weiteren zeigen geschlechtsspezifische Unterschiede in der Nutzung von OHIS, dass weibliche Personen diese Ressource häufiger nutzen als männliche Personen. Dies könnte durch geschlechtsspezifische

Werte und Rollenbilder bedingt sein, die beeinflussen, wie OHIS wahrgenommen und verwendet wird. Regionale Unterschiede in der Nutzung von OHIS deuten darauf hin, dass möglicherweise lokal verankerte Präferenzen und Werte, wie beispielsweise eine stärkere Orientierung an persönlichen Angeboten von Gesundheitsdienstleistungen, die Nutzung von OHIS beeinflussen könnten.

Wie Beranek (2021: 112–116) jedoch verdeutlicht, birgt die Digitalisierung das Potenzial für die Generierung sozialer Probleme, was auch bei der Nutzung des OHIS berücksichtigt werden sollte. So könnte OHIS zum Beispiel folgende negative Kettenreaktion auslösen: Die Herausforderung bei der Nutzung von OHIS, sich in der Fülle von Informationen und deren Quellen zurechtzufinden und deren Glaubwürdigkeit zu beurteilen, könnte zu einem erhöhten Mass an Angst und Besorgnis führen (vgl. Di Novi et al. 2024: 687). In der Folge könnte diese erhöhte Angst zu einer vermehrten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führen, was sich wiederum negativ auf die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit auswirken könnte (vgl. ebd.).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass OHIS unter geeigneten Bedingungen eine Ressource darstellen kann, deren tatsächliches Potenzial jedoch durch die genannten sozialen Probleme – soziale Ungleichheiten und strukturelle Barrieren – begrenzt wird. Um die Nutzung von OHIS als Ressource zu fördern, sind gezielte Massnahmen erforderlich, welche die genannten Hindernisse abbauen. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass die Nutzung von OHIS auch potenzielle Gefahren birgt. Diesbezüglich ist anzumerken, dass die genannten potenziellen Gefahren im Rahmen der geplanten Massnahmen ebenfalls Berücksichtigung finden müssten, um die Generierung weiterer Probleme zu vermeiden. Im Folgenden werden hierzu Empfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit sowie Vorschläge für zukünftige Forschungsprojekte in Bezug auf die Soziale Arbeit dargelegt.

## 8.2 Ausblick

Im Folgenden werden auf der Grundlage der dargestellten sozialen Probleme Empfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit formuliert, die der Prävention, Linderung oder Lösung dieser Probleme dienen sollen. In einem weiteren Schritt werden Vorschläge für die zukünftige Forschung zu OHIS und Sozialer Arbeit unterbreitet.

### 8.2.1 Empfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit

Die formulierten Empfehlungen gehen von den identifizierten sozialen Problemen aus und zielen darauf ab, soziale Gerechtigkeit als Grundprinzip der Sozialen Arbeit herzustellen. Dieses Prinzip erfordert, dass alle Menschen – unabhängig von ihrer sozialen Position oder ihren individuellen Fähigkeiten – gleiche Chancen haben, von Ressourcen wie OHIS zu profitieren.

Um die Empfehlungen praxisnah und umsetzbar zu gestalten, erfolgt eine Differenzierung in drei Ebenen:

#### **Empfehlungs-Nr.**

1.-5.	Empfehlungen, die sich auf die direkte Zusammenarbeit zwischen älteren Personen und den Professionellen der Sozialen Arbeit beziehen.
6.-9.	Empfehlungen, die ausschliesslich die Professionellen der Sozialen Arbeit adressieren.
10.-12.	Empfehlungen, die sich unter anderem auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Überwindung struktureller Barrieren beziehen.

Diese Empfehlungen bilden eine Grundlage für die Praxis der Sozialen Arbeit, um soziale Ungleichheiten und Barrieren bei der Nutzung von OHIS zu überwinden. Sie zeigen die Notwendigkeit, auf verschiedenen Ebenen zu handeln – von der direkten Unterstützung älterer Personen bis hin zur interdisziplinären Kooperation.

#### **1. Bereitstellung internetfähiger Geräte und Zugangsmöglichkeiten**

Um älteren Personen, die aus finanziellen oder technischen Gründen keinen Zugang zu OHIS haben, digitale Teilhabe zu ermöglichen, könnten Professionelle der Sozialen Arbeit Initiativen ergreifen, um internetfähige Geräte oder Internetanschlüsse bereitzustellen. Diese Ausstattung könnte beispielsweise durch eine Kooperation mit Stiftungen erfolgen. Ziel ist es, eine grundlegende Ressourcenausstattung sicherzustellen, um soziale Ungleichheiten bei der Nutzung von OHIS zu verringern.

#### **2. Förderung von Ressourcen durch Vernetzung**

Professionelle der Sozialen Arbeit können soziale Systeme, in denen ältere Personen eingebunden sind, aktiv nutzen, um deren Ressourcen zu erschliessen. Beispiele wären die Förderung des Teilens internetfähiger Geräte innerhalb von Familien oder Nachbarschaften sowie die Stärkung sozialer Netzwerke, um gegenseitige Unterstützung bei der Nutzung von OHIS zu ermöglichen.

#### **3. Bereitstellung vertrauenswürdiger Gesundheitsinformationen**

Professionelle der Sozialen Arbeit könnten gezielt auf vertrauenswürdige Internetseiten und digitale Gesundheitsressourcen hinweisen, um Unsicherheiten bei der Informationssuche zu reduzieren. Dies entspricht einer der Aufgaben der GF+P, den Zugang zu verlässlichen Gesundheitsinformationen zu erleichtern (vgl. Naidoo/Wills 2019: 48).

#### **4. Förderung digitaler und gesundheitsbezogener Kompetenzen**

Die Förderung individueller Kompetenzen, insbesondere der DK, GK und DGK, kann ältere Personen befähigen, OHIS (effektiv) zu nutzen. Professionelle der Sozialen Arbeit könnten dazu beitragen, indem sie auf passende Weiterbildungsangebote verweisen oder deren Finanzierung (ggf. durch Dritte) ermöglichen.

#### **5. Individuelle Unterstützung bei der Nutzung von OHIS**

In Beratungsgesprächen oder informellen Settings könnten Professionelle der Sozialen Arbeit direkte Unterstützung beim Auffinden und Bewerten von Gesundheitsinformationen anbieten. Gerade Personen mit geringer GK profitieren von einer solchen Begleitung (vgl. Chen et al. 2018: 9). Diese Unterstützung könnte dazu beitragen, Barrieren bei der Nutzung von OHIS abzubauen und digitale Gesundheitsressourcen für ältere Personen zugänglicher zu machen.

#### **6. Bereitstellung alternativer (Offline-)Informationsquellen**

Professionelle der Sozialen Arbeit und Organisationen sollten darauf achten, dass auch Offline-Informationssquellen verfügbar bleiben. Dies ermöglicht älteren Personen, die keinen Zugang zu digitalen Ressourcen haben, dennoch Gesundheitsinformationen zu erhalten. Diese Diversifizierung der Informationskanäle kann soziale Ungleichheiten verringern und inklusiv wirken.

#### **7. Altersgerechte Aufbereitung von Gesundheitsinformationen**

Organisationen der Sozialen Arbeit, die selbst OHI bereitstellen, sollten sicherstellen, dass diese altersgerecht gestaltet sind. Barrierefreiheit und klare, verständliche Darstellungen sind hierbei zentrale Kriterien (siehe Jünger et al. 2023).

#### **8. Stärkung der eigenen Kompetenzen**

Professionelle der Sozialen Arbeit sollten kontinuierlich ihre eigenen DK, GK und DGK stärken, um effektiv als Multiplikator:innen für die Förderung dieser Kompetenzen bei älteren Personen agieren zu können. Wie das HLS-PROF Konsortium betont, ist die professionelle GK eine wesentliche Voraussetzung, um die GK der Bevölkerung zu fördern (HLS-PROF Konsortium 2023: 12).

## **9. Bereitstellung zielgruppenspezifischer Weiterbildungsangebote**

Organisationen sollten Weiterbildungsprogramme entwickeln und fördern, die speziell auf ältere Personen zugeschnitten sind. Diese Programme sollten grundlegende digitale Fähigkeiten (DK) sowie die kritische Bewertung von (online) Gesundheitsinformationen vermitteln (GK und DGK). Dabei sollten soziale Ungleichheiten (wie z. B. Bildung und Geschlecht) berücksichtigt werden, um Chancengleichheit zu schaffen (vgl. Naidoo/Wills 2019: 71). Peer-to-Peer-Ansätze oder generationenübergreifende Lernformate könnten diese Angebote ergänzen und deren Niederschwelligkeit fördern (Beispiele für solche Programme sind im Review von Zhao et al. (2022a) zu finden).

## **10. Förderung altersgerechter Gestaltung digitaler Gesundheitsinformationen**

Professionelle der Sozialen Arbeit könnten sich durch Lobbyarbeit und öffentlichkeitswirksame Kampagnen dafür einsetzen, dass Plattform-Anbieter:innen Gesundheitsinformationen altersgerecht und barrierefrei aufbereiten. Dies umfasst klare Sprache, intuitive Navigation und die Vermeidung von Desinformationen. Die Einmischung in öffentliche Diskurse sowie die Zusammenarbeit mit Plattformen könnten hier unterstützend wirken. Ein zentraler Ansatz sollte hierbei die aktive Einbeziehung von älteren Personen und ihren Repräsentant:innen, wie Senior:innengremien oder Interessensvertretungen, sein, um ihre Perspektiven und Bedarfe direkt in die Gestaltung einzubringen.

## **11. Sicherung der Verfügbarkeit von Offline-Alternativen**

Es sollte sichergestellt werden, dass Gesundheitsinformationen nicht ausschliesslich online verfügbar sind. Offline-Alternativen sollten ebenfalls altersgerecht gestaltet sein, um sicherzustellen, dass alle Menschen – unabhängig von ihrer digitalen Affinität – Zugang zu Gesundheitsinformationen haben.

## **12. Interdisziplinäre Kooperation für Qualitätsstandards**

Gesundheitsbehörden, medizinische Fachpersonen und Professionelle der Sozialen Arbeit sollten eng mit Plattformen zusammenarbeiten, um sicherzustellen, dass die bereitgestellten Inhalte verlässlich, aktuell und wissenschaftlich fundiert sind. Dies könnte durch die Integration medizinischer Expertise, etwa durch die Einbindung von Fachgesellschaften oder akkreditierten Gesundheitsinstitutionen, unterstützt werden. Eine solche interdisziplinäre Kooperation könnte die Verfügbarkeit qualitativ hochwertiger Inhalte erhöhen und das Vertrauen sowohl der User als auch der Non-User stärken (vgl. Di Novi et al. 2024: 687).

Die vorgeschlagenen Massnahmen adressieren zentrale Herausforderungen im Umgang mit OHIS und bieten konkrete Handlungsmöglichkeiten für die Praxis der Sozialen Arbeit. Sie zielen darauf ab, älteren Personen den Zugang zu OHIS zu erleichtern und deren Kompetenzen zu fördern, während gleichzeitig strukturelle Bedingungen und gesellschaftliche Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Besonders hervorzuheben ist, dass die Empfehlungen sowohl kurzfristige Erleichterungen (z. B. durch direkte Unterstützung) als auch langfristige Entwicklungen (z. B. durch Weiterbildungsprogramme und altersfreundliche Gestaltung von Informationen) anstreben. Um die vorgestellten Empfehlungen weiter zu vertiefen und ihre Wirksamkeit zu gewährleisten, ist eine kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung unerlässlich. Das folgende Kapitel widmet sich Vorschlägen für zukünftige Forschung, die darauf abzielt, offene Fragen zu klären und neue Erkenntnisse für die Praxis der Sozialen Arbeit im digitalen Gesundheitskontext zu gewinnen.

### **8.2.2 Vorschläge für zukünftige Forschung in Bezug auf die Soziale Arbeit**

Die Ergebnisse dieser Masterthesis zeigen, dass die Nutzung von OHIS bei älteren Personen weit verbreitet ist, jedoch von einer Vielzahl komplexer Einflussfaktoren geprägt wird. Zu den zentralen Prädiktoren zählen soziodemografische Faktoren wie Bildung und Geschlecht, die DK sowie das Vertrauen in OHI, das sich als stärkster Prädiktor herausstellte. Diese Erkenntnisse dienten als Grundlage für die formulierten Empfehlungen. Gleichzeitig machen die Limitationen der vorliegenden Arbeit deutlich, dass wichtige Fragen offenbleiben, die weitere vertiefte Untersuchungen erfordern (siehe Kapitel 7.3). Im Folgenden werden Ideen für zukünftige Forschungsprojekte im Kontext der Sozialen Arbeit vorgestellt:

- **Langfristige Auswirkungen der DK- und GK-Förderung:** Die Nutzung von OHIS hängt eng mit der DK zusammen, wie die Ergebnisse dieser Masterarbeit zeigen. Während die generelle GK in den Analysen keinen direkten Zusammenhang aufwies, bleibt ihre potenzielle Rolle für gesundheitsbezogene Entscheidungen und den Zugang zu Informationen ein wichtiger Ansatzpunkt für zukünftige Forschungs- und Praxisinterventionen. Um die digitale Teilhabe älterer Menschen nachhaltig zu verbessern, ist es entscheidend, die langfristigen Effekte von Fördermassnahmen auf DK, GK und DGK systematisch zu untersuchen.
- **Förderung des Vertrauens in OHI:** Vertrauen in OHI ist ein zentraler Prädiktor für die Nutzung von OHIS, doch es bleibt offen, wie dieses Vertrauen systematisch durch soziale Arbeit gestärkt werden kann. Forschung sollte sich darauf konzentrieren, effektive Methoden und Ansätze zu identifizieren, die das Vertrauen in OHI erhöhen. Dies könnte unter anderem die Rolle von gezielten Informationskampagnen bezüglich vertrauenswürdiger Plattformen oder interaktiven Bildungsprogrammen umfassen.

- **Qualitätsstandards für OHI aus Sicht der Sozialen Arbeit:** Die Qualität und Glaubwürdigkeit von OHI sind von entscheidender Bedeutung. Allerdings fehlen klare Standards, wie Plattformen gestaltet sein sollten, um den Bedürfnissen älterer Personen gerecht zu werden. In Zusammenarbeit mit verschiedenen Professionen könnten Qualitätskriterien hinsichtlich Inhalt (Schutz vor Desinformation) und Barrierefreiheit entwickelt werden, um ein «Label» zu erhalten, welches wiederum das Vertrauen erhöhen sollte.
- **Erforschung der Auswirkungen von OHIS auf psychisches Wohlbefinden:** Die Nutzung von OHIS birgt nicht nur Chancen, sondern auch Risiken wie Informationsüberflutung, die zu Angst und Besorgnis führen können. Künftige Studien könnten sich mit den psychosozialen Effekten der OHIS-Nutzung befassen und untersuchen, wie die Soziale Arbeit intervenieren kann, um negative Folgen zu minimieren und das Wohlbefinden zu fördern.
- **Entwicklung und Evaluation zielgruppenspezifischer Bildungsprogramme:** Die Förderung von DK und GK bleibt eine zentrale Herausforderung, insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen. Forschung sollte sich darauf konzentrieren, wie Bildungsprogramme zielgruppenspezifisch gestaltet werden können, um Barrieren wie geringe Bildung zu überwinden. Dabei könnten Ansätze wie Peer-to-Peer-Programme oder generationenübergreifende Ansätze untersucht werden.
- **Analyse der sozialen Unterstützung und Wechselwirkungen mit Kompetenzen:** Soziale Unterstützung wurde in dieser Arbeit als potenzieller Faktor identifiziert, der die GK und die DK beeinflussen kann. Zukünftige Forschung sollte genauer untersuchen, welche Faktoren mit dem Erhalt von Unterstützung in Verbindung stehen und wie sich diese Unterstützung auf die Entwicklung von DK und GK auswirken. Längsschnittstudien könnten hier wertvolle Einblicke in die Wechselwirkungen zwischen Unterstützung, Kompetenz und OHIS-Nutzung liefern.

## 9 Literatur

- Abel, Thomas/Sommerhalder, Kathrin (2015). Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Das Konzept und seine Operationalisierung. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 58. Jg. (9). S. 923–929. DOI: 10.1007/s00103-015-2198-2.
- Altman, Douglas G./Royston, Patrick (2006). The cost of dichotomising continuous variables. In: BMJ: British Medical Journal. 332. Jg. (7549). S. 1080. DOI: 10.1136/bmj.332.7549.1080.
- Anderson, Monica/Perrin, Andrew (2017). Tech Adoption Climbs Among Older Adults. URL: <https://www.pewresearch.org/internet/2017/05/17/tech-adoption-climbs-among-older-adults/> [Zugriffsdatum: 06. August 2024].
- Arcury, Thomas A./Sandberg, Joanne C./Melius, Kathryn P./Quandt, Sara A./Leng, Xiaoyan/Latulipe, Celine/Miller, David P./Smith, D. Alden/Bertoni, Alain G. (2020). Older Adult Internet Use and eHealth Literacy. In: Journal of Applied Gerontology. 39. Jg. (2). S. 141–150. DOI: 10.1177/0733464818807468.
- Asmar, Axelle/Audenhove, Leo van/Mariën, Ilse (2020). Social Support for Digital Inclusion: Towards a Typology of Social Support Patterns. In: Social Inclusion. 8. Jg. (2). S. 138–150. DOI: 10.17645/si.v8i2.2627.
- Bachmann, Nicole (2014). Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Bachmann, Nicole (2020). Soziale Ressourcen: Förderung sozialer Ressourcen als wichtiger Beitrag für die psychische Gesundheit und eine hohe Lebensqualität. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bachofner, Yves/Seifert, Alexander/Sepahniya, Samin/Fabian, Carlo (2024). Exploring online health information seeking and sharing among older adults: a mini-review about acceptance, potentials, and barriers. In: Frontiers in Digital Health. 6. Jg. S. DOI: 10.3389/fdgh.2024.1336430.
- Beranek, Angelika (2021). Soziale Arbeit im Digitalzeitalter: eine Profession und ihre Theorien im Kontext digitaler Transformation. 1. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.
- Bericht des Bundesrates (2007). Strategie für eine schweizerische Alterspolitik. Bern.

van Biljon, Judy/Renaud, Karen (2009). A Qualitative Study of the Applicability of Technology Acceptance Models to Senior Mobile Phone Users. In: Grifoni, Patrizia (Hg.). *Multimodal Human Computer Interaction and Pervasive Services*: IGI Global. S. 1–18.

Bortz, Jürgen/Schuster, Christof (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. 7., vollständig überarbeitete und erweiterte. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.

Brainin, Esther/Neter, Efrat (2023). Refined Analysis of Older eHealth Users From an Agency Perspective: Quantitative Telephone Interview Study. In: *JMIR Aging*. 6. Jg. S. e40004. DOI: 10.2196/40004.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2019). *Gesund altern: Überblick und Perspektiven zur Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

Bundesamt für Gesundheit (BAG)/Gesundheitsförderung Schweiz/Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2023). *Gesund altern - Gesundheitsförderung mit älteren Menschen in der Schweiz. Folge 1 Partizipation*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2018). *Digitale Kompetenzen, Schutz der Privatsphäre und Online-Bildung: die Schweiz im internationalen Vergleich - Erhebung zur Internetnutzung 2017* | Publikation. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS). URL: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/5306733> [Zugriffsdatum: 13. September 2024].

Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). *Monitoring der Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2020-2050 - Vergleiche zwischen den Beobachtungen und den Vorausschätzungen der Szenarien*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS). URL: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/23366226> [Zugriffsdatum: 05. August 2024].

Bundesamt für Statistik (BFS) (2023a). *Die weit verbreitete Internetnutzung macht die Schweizer Bevölkerung anfälliger für Desinformation und Hassreden*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).

Bundesamt für Statistik (BFS), für (2023b). *Geringe digitale Kompetenzen*. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/bildung/digitale-kompetenzen.html> [Zugriffsdatum: 16. September 2024].

Bundesamt für Statistik (BFS) (2024a). Alter. URL:  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/alter.html>  
[Zugriffsdatum: 01. Dezember 2024].

Bundesamt für Statistik (BFS) (2024b). Digitale Kompetenzen. URL:  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kultur-medien-informationsgesellschaft-sport/informationsgesellschaft/strategieindikatoren/bildung-kompetenzen/digitale-kompetenzen.html> [Zugriffsdatum: 16. September 2024].

Bundesamt für Statistik (BFS) (2024c). Haushaltsfragebogen. Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Chen, Xuewei/Hay, Jennifer L./Waters, Erika A./Kiviniemi, Marc T./Biddle, Caitlin/Schofield, Elizabeth/Li, Yuelin/Kaphingst, Kimberly/Orom, Heather (2018). Health Literacy and Use and Trust in Health Information. In: *Journal of health communication*. 23. Jg. (8). S. 724. DOI: 10.1080/10810730.2018.1511658.

Choi, Moonki (2020). Association of eHealth Use, Literacy, Informational Social Support, and Health-Promoting Behaviors: Mediation of Health Self-Efficacy. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17. Jg. (21). S. 7890. DOI: 10.3390/ijerph17217890.

Choi, Moonki (2022). Factors associated with eHealth use among community dwelling older adults. In: *International Journal of Nursing Practice* (John Wiley & Sons, Inc.). 28. Jg. (6). S. 1–9. DOI: 10.1111/ijn.13092.

Clifford, Ian/Kluzer, Stefano/Troia, Sandra/Jakobsone, Mara/Zandbergs, Uldis (2020). DigCompSat. DOI: 10.2760/77437.

Cotten, Shelia R. (2021). Technologies and aging: Understanding use, impacts, and future needs. In: Ferraro, Kenneth F./Carr, Deborah (Hg.). *Handbook of Aging and the Social Sciences* (Ninth Edition). Academic Press. S. 373–392.

Courtois, Cédric/Verdegem, Pieter (2016). With a little help from my friends: An analysis of the role of social support in digital inequalities. In: *New Media & Society*. 18. Jg. (8). S. 1508–1527. DOI: 10.1177/1461444814562162.

Crouch, Elizabeth/Gordon, Nancy P. (2019). Prevalence and factors influencing use of internet and electronic health resources by middle-aged and older adults in a us health plan population: Cross-sectional survey study. In: JMIR Aging. 21. Jg. (3). S. e11451. DOI: 10.2196/11451.

De Gani, Saskia M./Jaks, Rebecca/Bieri, Urs/Kocher, Jonas Ph. (2021). Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021. Schlussbericht (V2) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Zürich: Careum Stiftung.

Di Novi, Cinzia/Kovacic, Matija/Orso, Cristina Elisa (2024). Online health information seeking behavior, healthcare access, and health status during exceptional times. In: Journal of Economic Behavior & Organization. 220. Jg. S. 675–690. DOI: 10.1016/j.jebo.2024.02.032.

Diers, Manuela (2016). Resilienzförderung durch soziale Unterstützung von Lehrkräften. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

van Dijk, Jan A. G. M. (2006). Digital divide research, achievements and shortcomings. In: Poetics. 34. Jg. (4). S. 221–235. DOI: 10.1016/j.poetic.2006.05.004.

Dinkel, Andreas (2008). Soziale Unterstützung. In: Berth, Hendrik/Balck, Friedrich/Brähler, Elmar (Hg.). Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 503–507.

Dong, Qian/Liu, Ting/Liu, Ran/Yang, Hongxia/Liu, Cuiping (2023). Effectiveness of Digital Health Literacy Interventions in Older Adults: Single-Arm Meta-Analysis. In: Journal of Medical Internet Research. 25. Jg. S. e48166. DOI: 10.2196/48166.

Dratva, Julia/Schaeffer, Doris/Zeeb, Hajo (2024). Digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Aktueller Stand, Konzepte und Herausforderungen. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 67. Jg. (3). S. 277–284. DOI: 10.1007/s00103-024-03841-5.

Eid, Michael/Gollwitzer, Mario/Schmitt, Manfred (2013). Statistik und Forschungsmethoden. 3. korrigierte. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Estrela, Marta/Semedo, Guilherme/Roque, Fátima/Ferreira, Pedro Lopes/Herdeiro, Maria Teresa (2023). Sociodemographic determinants of digital health literacy: A systematic review and meta-analysis. In: International Journal of Medical Informatics. 177. Jg. S. 105124. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2023.105124.

Fang, Mei Lan/Canham, Sarah/Battersby, Lupin/Sixsmith, Judith/Wada, Mineko/Sixsmith, Andrew (2019). Exploring Privilege in the Digital Divide: Implications for Theory, Policy, and Practice. In: *The Gerontologist*. 59. Jg. S. e1–e5. DOI: 10.1093/geront/gny037.

Ferrari, Anusca (2012). Digital competence in practice: an analysis of frameworks. Publications Office of the European Union.

FORS (2011). Swiss Household Panel (SHP). Individual questionnaire (wave 12). Lausanne: FORS.

Fromm, Sabine (2010). Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene 2: Multivariate Verfahren für Querschnittsdaten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Fydrich, Thomas/Sommer, Gert/Brähler, Elmar (2007). F-SozU: Fragebogen zur Sozialen Unterstützung. Göttingen: Hogrefe.

Gallardo-Echenique, Eliana E/de Oliveira, Janaina Minelli/Marqués-Molias, Luis/Esteve-Mon, Francesc (2015). Digital Competence in the Knowledge Society. In: *Merlot Journal of Online Learning and Teaching*. 11. Jg. (1). S. 1–16.

Geiser, Kaspar (2006). Allgemeines methodisches Professionswissen als Ressource für die Identitätsbildung. In: Schmocke, Beat (Hg.). Liebe, Macht und Erkenntnis: Silvia Staub-Bernasconi und das Spannungsfeld Sozialer Arbeit. Luzern: Interact. S. 242–269.

Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2024). Strategie 2025–2028. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

Ghahramani, Fereshteh/Wang, Jingguo (2020). Impact of Smartphones on Quality of Life: A Health Information Behavior Perspective. In: *Information Systems Frontiers*. 22. Jg. (6). S. 1275–1290. DOI: 10.1007/s10796-019-09931-z.

Hargittai, Eszter/Piper, Anne Marie/Morris, Meredith Ringel (2019). From internet access to internet skills: digital inequality among older adults. In: *Universal Access in the Information Society*. 18. Jg. (4). S. 881–890. DOI: 10.1007/s10209-018-0617-5.

Harte, Richard/Glynn, Liam/Broderick, Barry/Rodríguez-Molinero, Alejandro/Baker, Paul/McGuiness, Bernadette/O’Sullivan, Leonard/Boladeras, Marta/Quinlan, Leo/ÓLaighin, Gearóid (2014). Human Centred Design Considerations for Connected Health Devices for the Older Adult. In: *Journal of Personalized Medicine*. 4. Jg. S. 245–281. DOI: 10.3390/jpm4020245.

HLS-PROF Konsortium (2023). Professionelle Gesundheitskompetenz bei ausgewählten Gesundheitsprofessionen/-berufen: Ergebnisse der Pilotstudie HLS-PROF in der Schweiz, Deutschland und Österreich (HLS-PROF). Zürich, Berlin, Bielefeld und Wien: Careum, Hertie School/ Universität Bielefeld/Stiftung Gesundheitswissen und Gesundheit Österreich.

Honey, Michelle/Waterworth, Susan/Aung, Htein (2016). Older Consumers' Readiness for e-Health in New Zealand. In: *Studies in Health Technology and Informatics*. 225. Jg. S. 178–182.

Hugentobler, Valérie/Seifert, Alexander (Hg.) (2024). Age Report V - Wohnen und Nachbarschaft im Alter. Seismo.

Ilic, Anica/Roser, Katharina/Sommer, Grit/Baenziger, Julia/Mitter, Vera Ruth/Mader, Luzius/Dyntar, Daniela/Michel, Gisela (2022). COVID-19 Information-Seeking, Health Literacy, and Worry and Anxiety During the Early Stage of the Pandemic in Switzerland: A Cross-Sectional Study. In: *International Journal of Public Health*. 67. Jg. S. 1604717. DOI: 10.3389/ijph.2022.1604717.

International Federation of Social Workers, (IFSW) (2014). Global Definition of Social Work – International Federation of Social Workers. URL: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> [Zugriffssdatum: 27. November 2024].

Ishizuki, Shiho/Hirano, Michiyo (2024). Online health information searching and health literacy among middle-aged and older adults: A cross-sectional study. In: *Nursing & Health Sciences*. 26. Jg. (1). S. e13098. DOI: 10.1111/nhs.13098.

Jia, Xiaoyun/Pang, Yan/Liu, Liangni Sally (2021). Online Health Information Seeking Behavior: A Systematic Review. In: *Healthcare*. 9. Jg. (1740). S. 1–15. DOI: 10.3390/healthcare9121740.

Jordan, Susanne (2023). Gesundheitskompetenz/Health Literacy. In: *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten. S. Strategien und Methoden*. DOI: 10.17623/BZGA:Q4-I065-3.0.

Jünger, Saskia/Jannes, Marc/Bogedain, Victoria/Woopen, Christiane (2023). Gesund im Netz – Orientierung im Umgang mit Gesundheitsinformationen im Internet. In: Rathmann, Katharina/Dadaczynski, Kevin/Okan, Orkan/Messer, Melanie (Hg.). *Gesundheitskompetenz*. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 475–486.

Kamin, Stefan T./Beyer, Anja/Lang, Frieder R. (2020). Social support is associated with technology use in old age. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 53. Jg. (3). S. 256–262. DOI: 10.1007/s00391-019-01529-z.

Kickbusch, Ilona/Pelikan, Jürgen M./Apfel, Franklin/Tsouros, Agis D. (2013). *Health Literacy, the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization.

Kim, Hye Kyung/Ahn, Jisoo/Atkinson, Lucy/Kahlor, Lee Ann (2020). Effects of COVID-19 Misinformation on Information Seeking, Avoidance, and Processing: A Multicountry Comparative Study. In: *Science Communication*. 42. Jg. (5). S. 586–615. DOI: 10.1177/1075547020959670.

Klinger, Julia/Berens, Eva-Maria/Schaeffer, Doris (2023). Health literacy and the role of social support in different age groups: results of a German cross-sectional survey. In: *BMC Public Health*. 23. Jg. S. 2259. DOI: 10.1186/s12889-023-17145-x.

König, Ronny/Seifert, Alexander/Doh, Michael (2018). Internet use among older Europeans: an analysis based on SHARE data. In: *Universal Access in the Information Society*. 17. Jg. (3). S. 621–633. DOI: 10.1007/s10209-018-0609-5.

Kuckartz, Udo/Rädiker, Stefan/Ebert, Thomas/Schehl, Julia (2013). *Statistik: Eine verständliche Einführung*. 2., überarbeitete. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kuoppamäki, Sanna/Hänninen, Riitta/Taipale, Sakari (2022). Enhancing Older Adults' Digital Inclusion Through Social Support: A Qualitative Interview Study. In: Tsatsou, Panayiota (Hg.). *Vulnerable People and Digital Inclusion: Theoretical and Applied Perspectives*. Cham: Springer International Publishing. S. 211–230.

Laireiter, Anton-Rupert (2009). *Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung*. In: Lenz, Karl/Nestmann, Frank (Hg.). *Handbuch persönliche Beziehungen*. Weinheim: Juventa. S. 75–99.

Levy, Helen/Janke, Alexander T./Langa, Kenneth M. (2015). Health literacy and the digital divide among older Americans. In: *Journal of General Internal Medicine*. 30. Jg. (3). S. 284–289. DOI: 10.1007/s11606-014-3069-5.

Lewis, Deborah/Chang, Betty L./Friedman, Charles P. (2005). *Consumer Health Informatics*. In: Lewis, Deborah/Eysenbach, Gunther/Kukafka, Rita/Stavri, P. Zoë/Jimison, Holly B. (Hg.).

Consumer Health Informatics: Informing Consumers and Improving Health Care. New York, NY: Springer. S. 1–7.

Lim, Haikel A./Lee, Joanne Sze Win/Lim, Meng Han/Teo, Lynn Pei Zhen/Sin, Natalene Siew Wen/Lim, Rou Wei/Chua, Si Min/Yeo, Jia Qi/Ngiam, Nerice Heng Wen/Tey, Angeline Jie-Yin/Tham, Celine Yi Xin/Ng, Kennedy Yao Yi/Low, Lian Leng/Tang, Kai Wen Aaron (2022). Bridging Connectivity Issues in Digital Access and Literacy: Reflections on Empowering Vulnerable Older Adults in Singapore. In: JMIR Aging. 5. Jg. (2). S. e34764. DOI: 10.2196/34764.

Link, Elena/Baumann, Eva (2020). Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet: personenbezogene und motivationale Einflussfaktoren. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 63. Jg. (6). S. 681–689. DOI: 10.1007/s00103-020-03144-5.

Liu, Diyi/Yang, Shuhang/Cheng, Calvin Yixiang/Cai, Lin/Su, Jing (2024). Online Health Information Seeking, eHealth Literacy, and Health Behaviors Among Chinese Internet Users: Cross-Sectional Survey Study. In: Journal of Medical Internet Research. 26. Jg. S. e54135. DOI: 10.2196/54135.

Ma, Xiumei/Liu, Yunxing/Zhang, Pengfei/Qi, Rongtao/Meng, Fanbo (2023). Understanding online health information seeking behavior of older adults: A social cognitive perspective. In: Frontiers in Public Health. 11. Jg. S. 1147789. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1147789.

Meier, Clément/Vilpert, Sarah/Borrat-Besson, Carmen/Jox, Ralf J./Maurer, Jürgen (2022). Health literacy among older adults in Switzerland: cross-sectional evidence from a nationally representative population-based observational study. In: Swiss Medical Weekly. 152. Jg. (1314). S. w30158–w30158. DOI: 10.4414/SMW.2022.w30158.

Merkel, Sebastian/Hess, Moritz (2020). The use of internet-based health and care services by elderly people in Europe and the importance of the country context: Multilevel study. In: JMIR aging. 3. Jg. (1). S. e15491–e15491. DOI: 10.2196/15491.

Mizrahi, Y./Shahrabani, S./Nachmani, M./Hornik, A. (2020). Obstacles to using online health services among adults age 50 and up and the role of family support in overcoming them. In: Israel Journal of Health Policy Research. 9. Jg. (1). S. 42. DOI: 10.1186/s13584-020-00398-x.

Cornejo Müller, Alejandro/Wachtler, Benjamin/Lampert, Thomas (2020). Digital Divide – Soziale Unterschiede in der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 63. Jg. (2). S. 185–191. DOI: 10.1007/s00103-019-03081-y.

Naidoo, Jennie/Wills, Jane (2019). Lehrbuch Gesundheitsförderung. 3., aktualisierte. Aufl. Bern: Hogrefe Verlag.

Norgaard, Ole/Furstrand, Dorthe/Klokke, Louise/Karnoe Knudsen, Astrid/Batterham, Roy/Kayser, Lars/Osborne, Richard (2015). The e-health literacy framework: A conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems. In: Knowledge Management and E-Learning. 7. Jg. S. 522–40.

Nüßlein, Lisa/Schmidt, Johanna (2020). Digitale Kompetenzen für alle Weiterbildungsangebote nach DigComp für Personen mit geringen digitalen Kompetenzen in Deutschland. Berlin und Bonn: International Rescue Committee (IRC) Deutschland.

Oh, Young Sam/Lim, Jinseop (2021). Patient-Provider Communication and Online Health Information Seeking among a Sample of US Older Adults. In: JOURNAL OF HEALTH COMMUNICATION. 26. Jg. (10). S. 708–716. DOI: 10.1080/10810730.2021.1998846.

Page, Matthew J./McKenzie, Joanne E./Bossuyt, Patrick M./Boutron, Isabelle/Hoffmann, Tammy C./Mulrow, Cynthia D./Shamseer, Larissa/Tetzlaff, Jennifer M./Akl, Elie A./Brennan, Sue E./Chou, Roger/Glanville, Julie/Grimshaw, Jeremy M./Hróbjartsson, Asbjørn/Lalu, Manoj M./Li, Tianjing/Loder, Elizabeth W./Mayo-Wilson, Evan/McDonald, Steve/McGuinness, Luke A./Stewart, Lesley A./Thomas, James/Tricco, Andrea C./Welch, Vivian A./Whiting, Penny/Moher, David (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. In: BMJ. 372. Jg. S. n71. DOI: 10.1136/bmj.n71.

Park, Hyewon (2024). Bridging the Digital Divide by Addressing Barriers with Digital Literacy Strategies for Older Adults. San Francisco: Community Tech Network & San Francisco Human Services Agency (Department Of Disability And Aging Services).

Pelikan, Jürgen M./Link, Thomas/Straßmayr, Christa/Waldherr, Karin/Alfers, Tobias/Bøggild, Henrik/Griebler, Robert/Lopatina, Maria/Mikšová, Dominika/Nielsen, Marie Germund/Peer, Sandra/Vrdelja, Mitja (2022). Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS19-Q12 Instrument in Seventeen Countries. In: International Journal of Environmental Research and Public Health. 19. Jg. (21). S. 14129. DOI: 10.3390/ijerph192114129.

Prinzellner, Yvonne/Simon, Ali/Drachmann, Danielle/Werner, Katharina/Münter, Lars/Bulsink, Vera/Smits, Carolien/Fitzpatrick, Geraldine/Schwaninger, Isabel (2022). "The support needs to be part of the system": designing inclusive eHealth applications for older adults with low eHealth literacy. InProceedings of Engaging Citizen Science Conference 2022 — PoS(CitSci2022). Aarhus. DOI: 10.22323/1.418.0083.

Rademaker, Anna Lena (2022). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Sozialwesen. In: van Rießen, Anne/Bleck, Christian (Hg.). Handlungsfelder und Adressierungen der Sozialen Arbeit. Kohlhammer.

Rademaker, Anna Lena (2024). Soziale Arbeit im Kontext Gesundheit. Eine Systematisierung der Handlungsbereiche, -felder und Basiskonzepte. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit. (2). S. 10–13.

Rat der Europäischen Union (2018). Empfehlung des Rates vom 22. Mai 2018 zu Schlüsselkompetenzen für lebenslanges Lernen. In: Amtsblatt der Europäischen Union. S. C189/1-C189/13.

Renaud, Karen/van Biljon, Judy (2008). Predicting technology acceptance and adoption by the elderly: A qualitative study. InACM International Conference Proceeding Series. New York, NY, USA. DOI: 10.1145/1456659.1456684.

Rockmann, Robert/Gewald, Heiko/Brune, Philipp (2019). Gesundheitsbezogene IT-Nutzung im Altersübergang – Ursachen und Auswirkungen individueller Differenzen. In: Schneider, Werner/Stadelbacher, Stephanie (Hg.). Der Altersübergang als Neuarrangement von Arbeit und Leben: Kooperative Dienstleistungen für das Alter(n) in Vielfalt. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 177–198.

Sbaffi, Laura/Rowley, Jennifer (2017). Trust and Credibility in Web-Based Health Information: A Review and Agenda for Future Research. In: Journal of Medical Internet Research. 19. Jg. (6). S. e7579. DOI: 10.2196/jmir.7579.

Scherer, Laura D./Pennycook, Gordon (2020). Who Is Susceptible to Online Health Misinformation? In: *American Journal of Public Health*. 110. Jg. (S3). S. 276–277. DOI: 10.2105/AJPH.2020.305908.

Seifert, Alexander (2022). Digitale Transformation in den Haushalten älterer Menschen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 55. Jg. (4). S. 305–311. DOI: 10.1007/s00391-021-01897-5.

Seifert, Alexander/Ackermann, Tobias/Schelling, Hans Rudolf (2020). *Digitale Senioren 2020. Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) durch Menschen ab 65 Jahren in der Schweiz*. Zürich: Pro Senectute Schweiz.

Seifert, Alexander/Kamin, Stefan T/Lang, Frieder R (2020). Technology Adaptivity Mediates the Effect of Technology Biography on Internet Use Variability. In: *Innovation in Aging*. 4. Jg. (2). S. 1–7. DOI: 10.1093/geroni/igz054.

Seifert, Alexander/Schelling, Hans Rudolf (2022). IKT-Nutzung im Kontext von Gesundheit und Fitness im Alter. In: Ring-Dimitriou, Susanne/Dimitriou, Minas (Hg.). *Aktives Altern im digitalen Zeitalter: Informations-Kommunikations-Technologie verstehen, nutzen und integrieren*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 3–26.

Seifert, Alexander/Schlomann, Anna (2017). Gesundheitsthemen im Internet suchen – etwas für ältere Menschen? In: *NOVACura*. 48. Jg. (4). S. 39–41.

Shi, Yuxin/Ma, Denghui/Zhang, Jun/Chen, Bowen (2023). In the digital age: a systematic literature review of the e-health literacy and influencing factors among Chinese older adults. In: *Z Gesundh Wiss*. 31. Jg. (5). S. 679–687. DOI: 10.1007/s10389-021-01604-z.

Shutsko, Aliaksandra (2022). Country-Specific Digital Inequalities in Older People's Online Health Information Seeking in Europe: Impact of Socio-Demographic and Socio-Economic Factors. In: *Journal of Information Management*. 10. Jg. (4). S. 38–52. DOI: 10.1633/JISTaP.2022.10.4.4.

Sørensen, Kristine/Van den Broucke, Stephan/Fullam, James/Doyle, Gerardine/Pelikan, Jürgen/Slonska, Zofia/Brand, Helmut/(HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC Public Health*. 12. Jg. (1). S. 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.

Staub-Bernasconi, Silvia (2012). Soziale Arbeit und soziale Probleme. In: Thole, Werner (Hg.). Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 267–282.

Staub-Bernasconi, Silvia (2018a). Soziale Probleme – Themen einer systemtheoretisch begründeten Handlungswissenschaft. In: Graßhoff, Gunther/Renker, Anna/Schröer, Wolfgang (Hg.). Soziale Arbeit: Eine elementare Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 369–386.

Staub-Bernasconi, Silvia (2018b). Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität. 2., vollständig überarbeitete u. aktualisierte. Aufl. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Steelman, Kelly S./Tislar, Kay L./Ureel, Leo C./Wallace, Charles (2016). Breaking Digital Barriers: A Social-Cognitive Approach to Improving Digital Literacy in Older Adults. In HCI International 2016 – Posters’ Extended Abstracts. Cham: Springer International Publishing. DOI: 10.1007/978-3-319-40548-3\_74.

Steelman, Kelly/Wallace, Charles (2017). Breaking barriers, building understanding: a multigenerational approach to digital literacy instruction for older adults. In: SIGACCESS Access. Comput. (118). S. 9–15. DOI: 10.1145/3124144.3124146.

Stürz, Roland A./Stumpf, Christian/Schlude, Antonia/Mendel, Ulrike/Harles, Danilo (2023). Das bidt-Digitalbarometer. international. München: bidt – Bayerisches Forschungsinstitut für Digitale Transformation. DOI: 10.35067/xypq-kn68.

Suarez-Lledo, Victor/Alvarez-Galvez, Javier (2021). Prevalence of Health Misinformation on Social Media: Systematic Review. In: Journal of Medical Internet Research. 23. Jg. (1). S. e17187. DOI: 10.2196/17187.

Tennant, Bethany/Stellefson, Michael/Dodd, Virginia/Chaney, Beth/Chaney, Don/Paige, Samantha/Alber, Julia (2015). eHealth literacy and Web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults. In: J Med Internet Res. 17. Jg. (3). S. e70. DOI: 10.2196/jmir.3992.

The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2024). The HLS19-DIGI Instruments for measuring Digital Health Literacy. Factsheet. Vienna: Austrian National Public Health Institute.

Tomczyk, Łukasz/Mascia, Maria/Gierszewski, Dorota/Walker, Christopher (2023). Barriers to Digital Inclusion among Older People: a Intergenerational Reflection on the Need to Develop Digital Competences for the Group with the Highest Level of Digital Exclusion. In: Innoeduca. International Journal of Technology and Educational Innovation. 9. Jg. (1). S. 5–26. DOI: 10.24310/innoeduca.2023.v9i1.16433.

Tsai, Hsin-Yi Sandy/Shillair, Ruth/Cotten, Shelia R. (2017). Social Support and «Playing Around»: An Examination of How Older Adults Acquire Digital Literacy With Tablet Computers. In: Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society. 36. Jg. (1). S. 1–22. DOI: 10.1177/0733464815609440.

United Nations Development Programme (UNDP) (2017). Ageing, Older Persons and the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations Development Programme.

Urban, Dieter/Mayerl, Jochen (2011). Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Urban, Dieter/Mayerl, Jochen/Wahl, Andreas (2016). Regressionsanalyse bei fehlenden Variablenwerten (missing values): Imputation oder Nicht-Imputation? Eine Anleitung für die Regressionspraxis mit SPSS. 2. korrigierte. Aufl. Stuttgart: SISS-Schriftenreihe des Instituts für Sozialwissenschaften der Universität Stuttgart.

Vassilakopoulou, Polyxeni/Hustad, Eli (2023). Bridging Digital Divides: a Literature Review and Research Agenda for Information Systems Research. In: Information Systems Frontiers. 25. Jg. (3). S. 955–969. DOI: 10.1007/s10796-020-10096-3.

Vaux, Alan (1990). An Ecological Approach to Understanding and Facilitating Social Support. In: Journal of Social and Personal Relationships. 7. Jg. (4). S. 507–518. DOI: 10.1177/0265407590074007.

Venkatesh, Viswanath/Brown, Susan A./Maruping, Likoebe M./Bala, Hillol (2008). Predicting Different Conceptualizations of System Use: The Competing Roles of Behavioral Intention, Facilitating Conditions, and Behavioral Expectation. In: MIS Quarterly. 32. Jg. (3). S. 483–502. DOI: 10.2307/25148853.

Venkatesh, Viswanath/Morris, Michael G./Davis, Gordon B./Davis, Fred D. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. In: MIS Quarterly. 27. Jg. (3). S. 425–478. DOI: 10.2307/30036540.

Venkatesh, Viswanath/Thong, James Y. L./Xu, Xin (2012). Consumer Acceptance and Use of Information Technology: Extending the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. In: MIS Quarterly. 36. Jg. (1). S. 157–178. DOI: 10.2307/41410412.

Vuorikari, Riina/Punie, Yves/Carretero, Stephanie/Van den Brande, Lieve (2016). DigComp 2.0: The Digital Competence Framework for Citizens. Update Phase 1: the Conceptual Reference Model. Luxembourg Publication Office of the European Union. DOI: 10.2791/607218.

Wang, Xiaohui/Shi, Jingyuan/Kong, Hanxiao (2021). Online Health Information Seeking: A Review and Meta-Analysis. In: Health Communication. 36. Jg. (10). S. 1163–1175. DOI: 10.1080/10410236.2020.1748829.

Waterworth, Susan/Honey, Michelle (2018). On-line health seeking activity of older adults: an integrative review of the literature. In: Geriatric Nursing. 39. Jg. (3). S. 310–317. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2017.10.016.

Weinhold, Niklas/Barczik, Kristina/Jokisch, Mario/Doh, Michael/Göbl, Linda (2023). Einführung in die Messung digitaler Kompetenzen im Alter: Bestandsaufnahme und erste Ableitungen zur Erfassung der digitalen Kompetenz bei älteren Menschen. In: MedienPädagogik: Zeitschrift für Theorie und Praxis der Medienbildung. S. 581–618. DOI: 10.21240/mpaed/jb20/2023.09.22.X.

Welch, Vivian/Petkovic, J./Pardo Pardo, J./Rader, T./Tugwell, P. (2016). Interactive social media interventions to promote health equity: An overview of reviews. In: Health Promot Chronic Dis Prev Can. 36. Jg. (4). S. 63–75. DOI: 10.24095/hpcdp.36.4.01.

Wills, Thomas/Shinar, Ori (2000). Measuring Perceived and Received Social Support. In: Cohen, Sheldon/Underwood, Lynn G./Gottlieb, Benjamin H. (Hg.). Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists. S. 86–135.

Wilson, Jessica/Heinsch, Milena/Betts, David/Booth, Debbie/Kay-Lambkin, Frances (2021). Barriers and facilitators to the use of e-health by older adults: a scoping review. In: BMC Public Health. 21. Jg. (1). S. 1–12. DOI: 10.1186/s12889-021-11623-w.

World Health Organization (WHO) (2022). Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 2. A globally relevant perspective. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2020). Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization.

Xiong, Jie/Zuo, Meiyun (2019). How does family support work when older adults obtain information from mobile internet? In: *Information Technology & People*. 32. Jg. (6). S. 1496–1516. DOI: 10.1108/ITP-02-2018-0060.

Zhang, Y/Lin, ZP/Li, XM/Tu, XM/Zhou, YQ/Zhang, XP (2019). Factors Affecting ICT Use in Health Communication among the Older Population in Jiangsu, China. In: *Libri*. 69. Jg. (1). S. 41–53. DOI: 10.1515/libri-2018-0103.

Zhao, Yuxiang Chris/Zhao, Mengyuan/Song, Shijie (2022a). Online Health Information Seeking Behaviors Among Older Adults: Systematic Scoping Review. In: *Journal of Medical Internet Research*. 24. Jg. (2). S. e34790. DOI: 10.2196/34790.

Zhao, Yuxiang Chris/Zhao, Mengyuan/Song, Shijie (2022b). Online Health Information Seeking Among Patients With Chronic Conditions: Integrating the Health Belief Model and Social Support Theory. In: *Journal of Medical Internet Research*. 24. Jg. (11). S. e42447. DOI: 10.2196/42447.

Zolbin, Maedeh Ghorbanian/Huvila, Isto/Nikou, Shahrokh (2022). Health literacy, health literacy interventions and decision-making: a systematic literature review. In: *Journal of Documentation*. 78. Jg. (7). S. 405–428. DOI: 10.1108/JD-01-2022-0004.

## 10 Anhang

### 10.1 Übersicht der Literatur des beschriebenen Forschungsstandes

	<b>Titel</b>	<b>Wohnsitz der Befragten Personen</b>	<b>Art der Studie</b>	<b>Bestandteil des Mini-Review</b>	<b>Neu hinzugefügt</b>
<b>Brainin &amp; Neter (2023)</b>	Refined analysis of older eHealth users from an agency perspective: Quantitative telephone interview study	Israel	Quantitative Studie	X	
<b>Choi (2020)</b>	Factors associated with eHealth use among community dwelling older adults	Südkorea	Quantitative Sekundärdatenanalyse	X	
<b>Crouch &amp; Gordon (2019)</b>	Prevalence and factors influencing use of internet and electronic health resources by middle-aged and older adults in a US health plan population: Cross-sectional survey study	USA	Quantitative Querschnittsstudie	X	
<b>Hargittai et al. (2019)</b>	From internet access to internet skills: digital inequality among older adults	USA	Quantitative Studie	X	
<b>Honey et al. (2016)</b>	Older Consumers' Readiness for e-Health in New Zealand	Neuseeland	Quantitative Querschnittsstudie		X
<b>Ishizuki, &amp; Hirano (2024)</b>	Online health information searching and health literacy among middle-aged and older adults: A cross-sectional study	Japan	Quantitative Querschnittsstudie		X
<b>Levy et al. (2015)</b>	Health literacy and the digital divide among older Americans	USA	Quantitative Sekundärdatenanalyse		X
<b>Ma et al. (2023)</b>	Understanding online health information seeking behavior of older adults: A social cognitive perspective	China	Quantitative Querschnittsstudie		X
<b>Merkel &amp; Hess (2020)</b>	The use of internet-based health and care services by elderly people in Europe and the importance of the country context: Multilevel study	Diverse europäische Länder	Quantitative Sekundärdatenanalyse	X	
<b>Mizrahi et al. (2020)</b>	Obstacles to using online health services among adults age 50 and up and the role of family support in overcoming them	Israel	Qualitative Studie		X
<b>Norgaard et al. (2015)</b>	The e-health literacy framework: A conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems	Dänemark & GB	Qualitative Konzeptkartierung zur Erstellung eines umfassenden und fundierten Modells		X
<b>Oh &amp; Lim (2021)</b>	Patient-provider communication and online health information seeking among a sample of US older adults	USA	Quantitative Sekundärdatenanalyse	X	

(Fortsetzung auf der nächsten Seite)

<b>Rockmann et al. (2019)</b>	Gesundheitsbezogene IT-Nutzung im Altersübergang – Ursachen und Auswirkungen individueller Differenzen	Deutschland & USA	Quantitative Studie	X
<b>Seifert et al. (2020)</b>	Digitale Senioren 2020. Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) durch Menschen ab 65 Jahren in der Schweiz	Schweiz	Quantitative Querschnittsstudie	X
<b>Shi et al. (2023)</b>	In the digital age: A systematic literature review of the e-health literacy and influencing factors among Chinese older adults		Systematische Literaturrecherche	X
<b>Tenant et al. (2015)</b>	eHealth literacy and web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults.	USA	Quantitative Querschnittsstudie	X
<b>Waterworth &amp; Honey (2018)</b>	On-line health seeking activity of older adults: an integrative review of the literature		Review	X
<b>Welch et al. (2016)</b>	Interactive social media interventions to promote health equity: An overview of reviews		Review	X
<b>Wilson et al. (2021)</b>	Barriers and facilitators to the use of e-health by older adults: a scoping review		Scoping-Review	X
<b>Zhang et al. (2019)</b>	Factors Affecting ICT Use in Health Communication among the Older Population in Jiangsu, China	China	Quantitative Querschnittsstudie	X
<b>Zhao et al. (2022a)</b>	Online Health Information Seeking Behaviors Among Older Adults: Systematic Scoping Review		Scoping-Review	X
<b>Zhao et al. (2022b)</b>	Online Health Information Seeking Among Patients With Chronic Conditions: Integrating the Health Belief Model and Social Support Theory	China	Quantitative Querschnittsstudie	X
<b>Zolbin et al. (2022)</b>	Health literacy, health literacy interventions and decision-making: a systematic literature review		Literaturrecherche	X

Tabelle 12: Enthaltene Literatur des abgebildeten Forschungsstandes. (eigene Darstellung)

## 10.2 Histogramme der Kompetenzen

### 10.2.1 Digitale Kompetenz

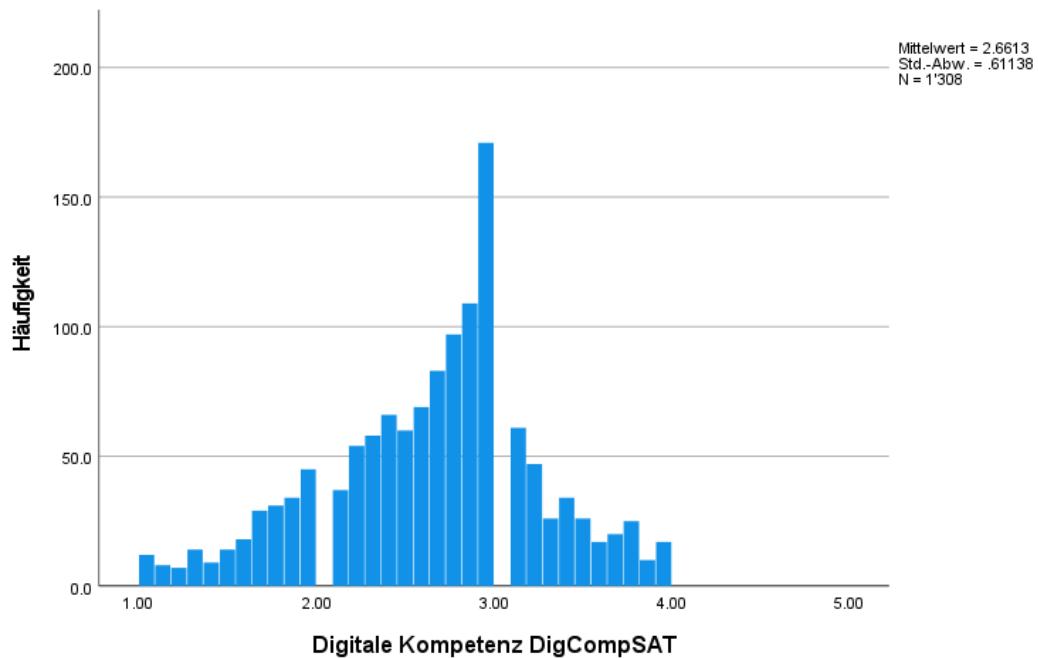


Abbildung 15: Histogramm der DK von On- und Offliner ( $n = 1'308$ )

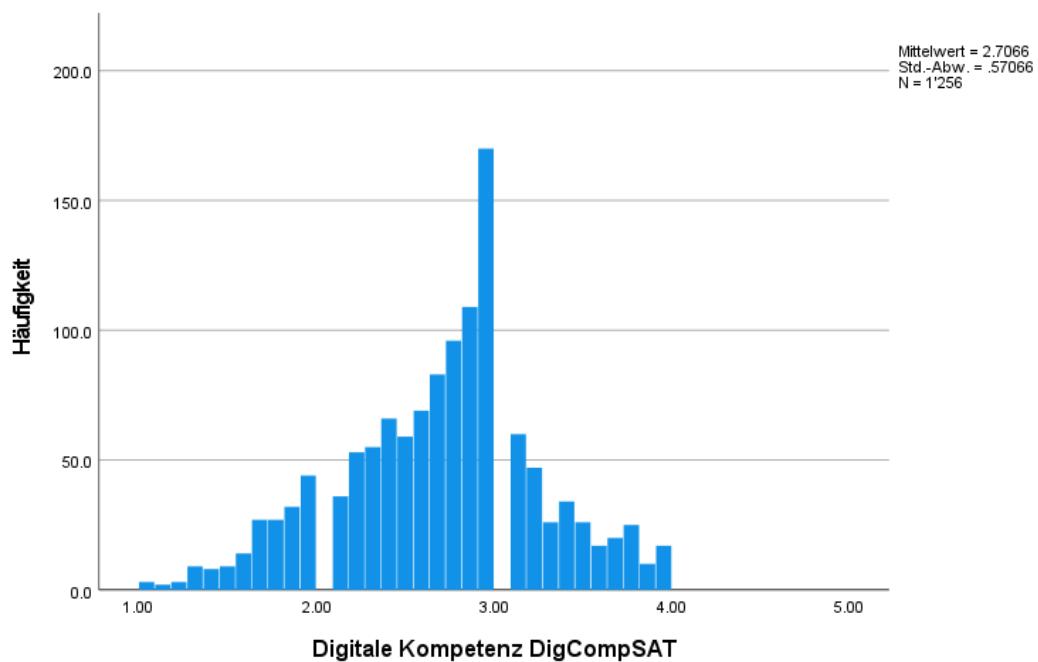


Abbildung 16: Histogramm der DK von Onliner ( $n = 1'256$ )

### 10.2.2 Gesundheitskompetenz

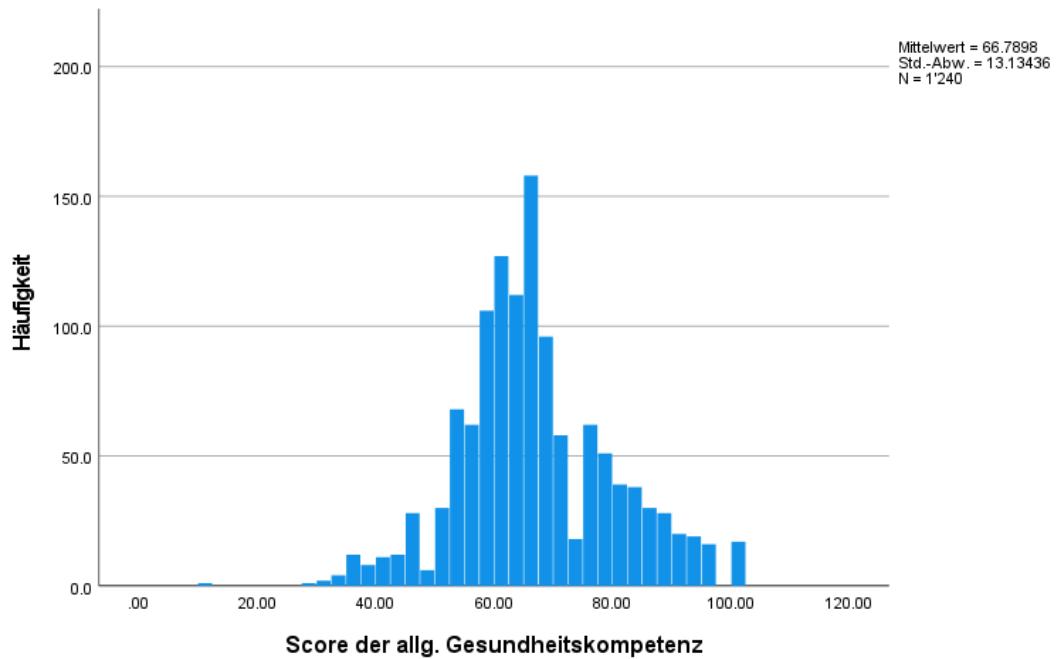


Abbildung 17: Histogramm der GK von On- und Offliner ( $n = 1'240$ )

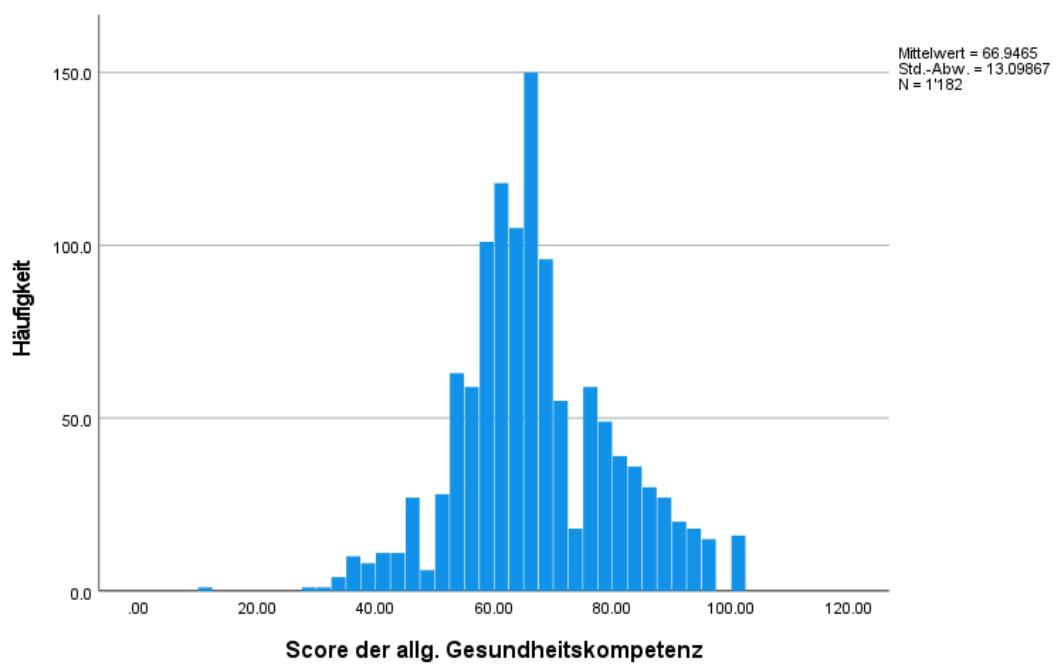


Abbildung 18: Histogramm der GK von Onliner ( $n = 1'182$ )

### 10.2.3 Digitale Gesundheitskompetenz

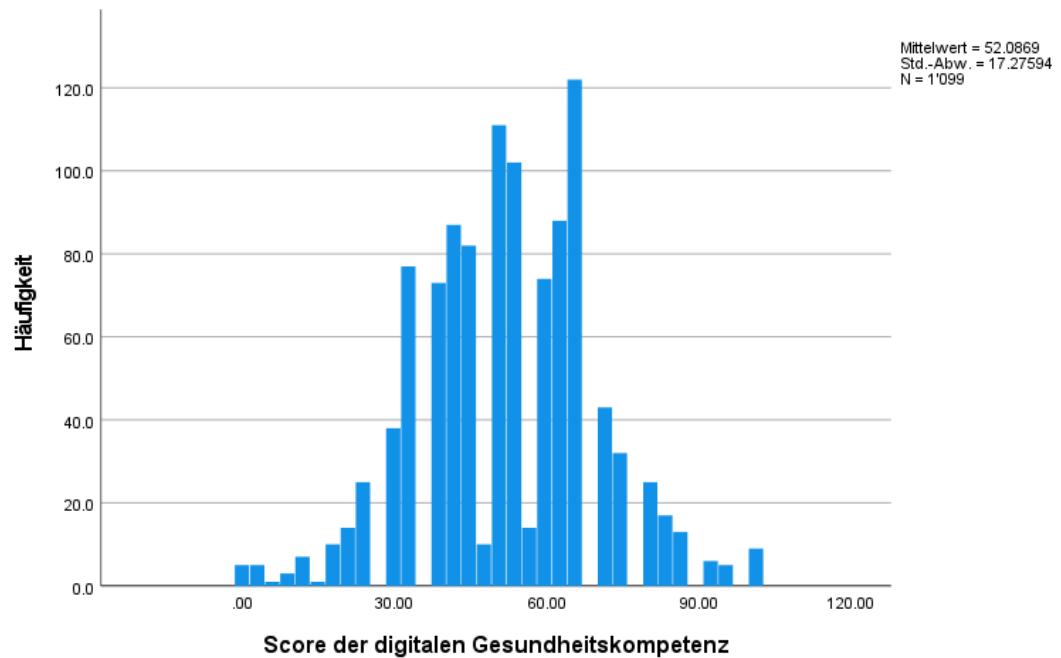


Abbildung 19: Histogramm der DGK von On- und Offliner ( $n = 1'099$ )

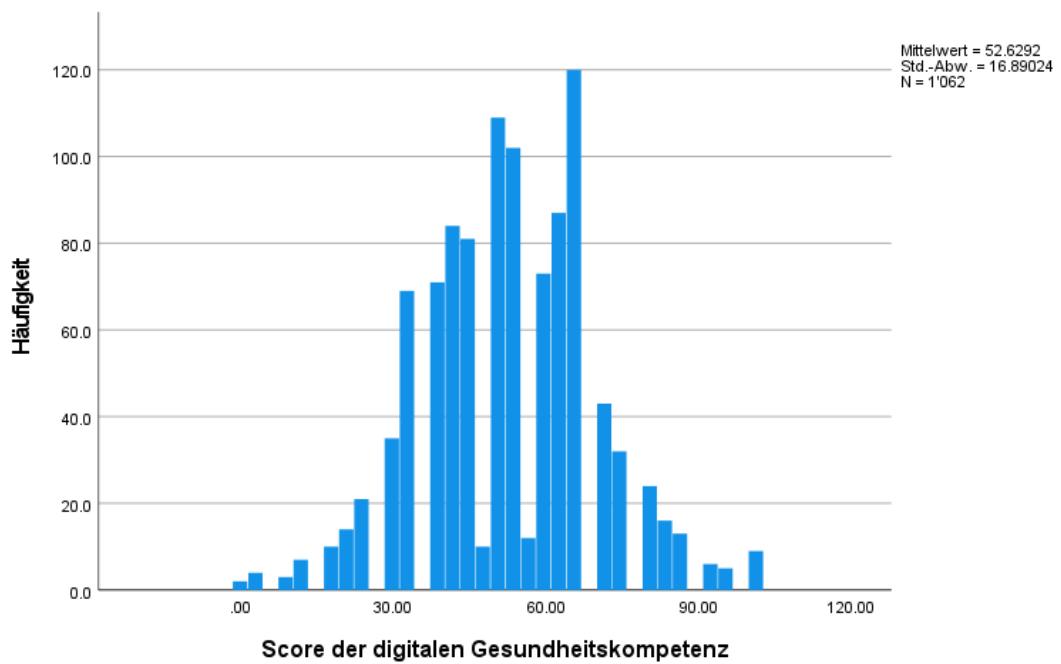


Abbildung 20: Histogramm der GK von Onliner ( $n = 1'062$ )