Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 202 (2026) 44–55

Contents lists available at ScienceDirect

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: http://www.elsevier.com/locate/zefq

Versorgungsforschung / Health Services Research

„Das ist noch nicht meine Welt“: Eine qualitative Studie zur Frage, was ältere Menschen im ländlichen Sachsen-Anhalt von der Teilnahme an einer *Online Health Community* halten

“That’s not my world yet”: A qualitative study on what older people in rural Saxony-Anhalt think about participating in an online health community

Jonathan Bay [a,1,*], Lea Malin Hofmann [a,1], Lea Hallbauer [a], Julia Vorhölter [b], Cornelia Gottschick [a], Rafael Mikolajczyk [a], Amand Führer [a,2], Susan Langer [a,2]

[a] *Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, Profilzentrum Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland*
[b] *Max-Planck-Institut für Ethnologische Forschung, Halle (Saale), Deutschland*

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:
Eingegangen: 11. Juni 2025
Revision eingegangen: 15. Februar 2026
Akzeptiert: 1. März 2026
Online gestellt: 13. April 2026

Schlüsselwörter:
Digitalisierung
eHealth
Ländliche Räume
Gemeinschaft
Ältere Menschen
Deutschland
Online Health Community

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Digitalisierung kann eine bedeutsame Strategie sein, um die medizinische Versorgung in ländlichen Räumen im Angesicht des demographischen Wandels und eines drohenden Fachkräftemangels aufrechtzuerhalten. Eine Online Health Community (OHC) kann hierbei Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz der teilnehmenden Bevölkerung stärken und als digitale Schnittstelle zwischen Bürger*innen und medizinischen Leistungserbringer*innen fungieren.
Methodik: Wir untersuchten die Einstellungen älterer Menschen im südlichen Sachsen-Anhalt zu Digitalisierung im Allgemeinen und insbesondere zu ihrer Bereitschaft, an einer zukünftigen OHC teilzunehmen. Zudem untersuchten wir, welche Faktoren eine Teilnahme begünstigen oder behindern. Dafür führten wir 20 leitfadengestützte Interviews und fünf Fokusgruppen mit älteren Menschen durch. Ergänzende regionale Kontextfaktoren erhoben wir durch zwei Expert*inneninterviews. Die Daten wurden mittels reflexiver thematischer Analyse ausgewertet.
Ergebnisse: Die Teilnehmenden erleben Veränderungen ihres Alltags durch Digitalisierung als eine die Identität bedrohende Verunsicherung. Sie befürchten einen Verlust der Echtheit von Beziehungen durch digitale Technologien und äußern Sicherheitsbedenken, digital Inhalte mit ihnen unbekannten Personen zu teilen. Darüber hinaus sehen sich die Teilnehmenden zum Erwerb digitaler Kompetenzen gedrängt, befürchten aber parallel, aufgrund ihres Alters von der Teilhabe an digitalen Technologien ausgeschlossen zu werden. Dennoch nutzen die Teilnehmenden digitale Technologien pragmatisch in ihrem Alltag und erkennen digitale Technologien als mögliche Lösungen für Probleme wie z.B. die Überwindung räumlicher Distanzen an.
Diskussion und Schlussfolgerung: Förderlich auf die Bereitschaft zur Teilnahme an einer OHC wirken sich die alltägliche Erfahrung der Teilnehmenden mit digitalen Technologien und ihr pragmatisches Nutzungsverhalten aus. Zusätzlich zu bekannten Barrieren – wie Sicherheitsbedenken – verunsichert die Durchdringung alltäglicher Lebensbereiche durch digitale Technologien die Teilnehmenden, was die Teilnahmebereitschaft negativ beeinflussen kann.

* Korrespondenzadresse: Jonathan Bay. Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, Profilzentrum Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale), Deutschland.
E-Mail: Jonathan.bay@uk-halle.de (J. Bay).
[1] Geteilte Erstautorschaft.
[2] Geteilte Letztautorschaft.

https://doi.org/10.1016/j.zefq.2026.03.001
1865-9217/© 2026 Published by Elsevier GmbH.

ARTICLE INFO

Article History:
Received: 11 June 2025
Received in revised form: 15 February 2026
Accepted: 1 March 2026
Available online: 13 April 2026

Keywords:
Digitalization
eHealth
Rural areas
Community
Elderly
Germany
Online health community

ABSTRACT

Background: Digitalization can be an important strategy for upholding medical services in rural areas in the face of demographic change and a looming shortage of skilled care workers. An online health community (OHC) can strengthen self-management and health literacy and serve as a digital interface between citizens and medical service providers.

Methods: We investigated the viewpoints of elderly people in southern Saxony-Anhalt towards digitalization in general and their willingness (or lack thereof) to participate in a future OHC. Therefore, we conducted 20 semi-structured interviews and five focus groups with elderly people. In addition, two expert interviews were conducted to assess regional contextual factors. Data were evaluated using reflexive thematic analysis.

Results: Participants experience changes in their everyday life brought about by digitalization which they perceive as a source of uncertainty that threatens their identity. They fear that digital technologies will cause a loss of authenticity in their personal relationships and express concerns about sharing content digitally with unknown others. Furthermore, participants feel pressured to acquire digital skills. Yet, they also fear exclusion from participating in digital technologies. However, participants use digital technologies for pragmatic reasons and view them as potential solutions for existing problems, such as overcoming spatial distance.

Discussion and Conclusion: Participants' everyday experiences with digital technologies and their pragmatic attitudes towards using them may have a positive impact on OHC participation. In addition to known barriers such as security concerns, the pervasiveness of digitalization in everyday life, however, unsettles participants, which might have a negative impact on their participation in an OHC.

Einleitung

Der demographische Wandel in Verbindung mit einem wachsenden Fachkräftemangel stellt die Pflege- und Gesundheitsversorgung in Deutschland vor erhebliche Herausforderungen. Insbesondere in ländlichen Räumen kann es dadurch zu Engpässen in der Versorgung kommen, da hier beide Faktoren in besonderem Maße zusammenwirken [1]. Derartige Entwicklungen werden aktuell bereits in der hausärztlichen Versorgung beschrieben und prognostiziert [1] und treffen insbesondere auf das Bundesland Sachsen-Anhalt zu, welches einen im bundesweiten Vergleich überdurchschnittlich hohen Anteil älterer Menschen aufweist [2]. Insbesondere im Süden des Bundeslands finden sich überwiegend Kommunen mit abnehmender Gesamtbevölkerung, einer starken Zunahme des Bevölkerungsanteils alter Menschen und einem großen Anteil von Personen in prekären Soziallagen [2]. Speziell in diesen Regionen sind die subjektive und funktionale Gesundheit älterer Menschen schlechter und – verglichen mit demographischen Durchschnittsregionen – die sozialen Netze kleiner [3].

Digitalisierung und Online Health Communities

In Reaktion auf die bereits vorliegenden bzw. prognostizierten Versorgungsengpässe in ländlichen Räumen wird Digitalisierung als Schlüsselstrategie zur Aufrechterhaltung der Versorgung, zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit und zur Förderung der Teilhabe älterer Menschen diskutiert [4]. Digitalisierung beschreibt die Veränderungen von etablierten Prozessen durch digitale Informations- und Kommunikationstechnologien, die als eHealth-Anwendungen für die digitale Gesundheitsversorgung genutzt werden [4]. So können bspw. durch Telemedizin medizinische Leistungen über räumliche Distanzen hinweg erbracht werden [4].

Weitere eHealth-Anwendungen, die vor diesem Hintergrund diskutiert werden, sind Online Health Communities (OHC). Diese werden in der einschlägigen Literatur als Portale der Peer-to-peer-Kommunikation beschrieben, in denen die Nutzer*innen auf der Basis gemeinsamer Interessen und Betroffenheiten alltägliches Wissen und Informationen zu ihrer Erkrankung teilen und psychosoziale Unterstützung erhalten [5,6]. Beispiele für OHCs sind krankheits- oder erfahrungsspezifische Austauschportale, u. a. für Menschen mit Diabetes [5], oder zur Diskussion gesundheitsbezogener Lebensstile [6]. OHCs sind weltweit weit verbreitet und werden von vielen Menschen genutzt. Eines der bekanntesten Beispiele für eine OHC ist die Plattform PatientsLikeMe, welche durch Erfahrungen des Gründungsmitglieds Stephen Heywood mit der Erkrankung Amyotropher Lateralsklerose inspiriert war (patientslikeme.com). Diese Plattform verknüpft heute ca. 850.000 Menschen mit ähnlichen Gesundheitsproblemen, aber auch anhand geographischer Merkmale. Teilnehmende erhalten über die Plattform medizinische Informationen und Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung [7].

Insbesondere vor dem Hintergrund der Zunahme chronischer Erkrankungen werden Online Health Communities in den Gesundheitswissenschaften aktuell als vielversprechende Innovation diskutiert: So können OHCs das Selbstmanagement und die Gesundheitskompetenz chronisch Kranker verbessern [8] und nicht-erfüllte Bedarfe an psychosozialer Unterstützung decken [8]. OHCs werden auch zunehmend von älteren Menschen genutzt und speziell für diese angeboten und entwickelt [9]. Allerdings suchen diese deutlich seltener Online Communities auf [6]. Auch für diese sind soziale Unterstützung, Empowerment und eine Verbesserung des Wohlbefindens als Effekte von der Nutzung von OHCs beschrieben [9]. Darüber hinaus können durch Analyse der Daten aus OHCs auch psychosoziale Versorgungsbedarfe zu ermittelt werden [10] oder in innovativen, patientengeführten Studien pharmakologische Interventionen entwickelt werden [11].

Eine Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit interaktiver sozialer Medien, zu denen auch OHCs gezählt werden können, findet gemischte Effekte bezogen auf gesundheitsrelevantes Verhalten und weitere Endpunkte [12]. So zeigen sich positive Effekte auf die körperliche Aktivität und das allgemeine Wohlbefinden der teilnehmenden Bevölkerung [12]. Allerdings ergaben sich keine Effekte auf psychische Endpunkte [12]. Für Menschen jenseits der siebten Lebensdekade gibt es allerdings nur wenige Untersuchungen [13].

Aufbau von OHCs

Online Health Communities entstehen durch verschiedene Mechanismen: Häufig sind sie in bereits bestehende Social-Media-Plattformen integriert und werden dort von betroffenen Nutzer*innen selbst auf der Basis von Laienwissen gestartet [6], in Form einer externen Plattform neu gegründet (wie PatientsLikeMe) oder explizit für bestimmte Krankheitsbilder entwickelt [7]. Zudem können auch Expert*innen für die jeweiligen Krankheitsbilder eingebunden werden [7] oder regionale Akteur*innen der Gesundheitsförderung und Prävention in OHCs organisiert sein [14].

Für die Zielgruppe älterer Menschen ist die Bedeutung von Partizipation in der Entwicklung neuer Technologien allgemein anerkannt [15]. Die Übersichtsarbeit von Fischer et al. zeigt auf, dass das Ausmaß der Beteiligung älterer Menschen hierbei stark variiert, insgesamt jedoch eher gering ausfällt und das Einbeziehen von Nutzer*innen in allen Schritten der Entwicklung die Ausnahme bleibt [15]. Für das Mitwirken älterer Nutzer*innen in die Entwicklung sprechen ein tieferes Verständnis der Bedürfnisse älterer Menschen und eine Verbesserung der Prototypen [15]. Weiterhin kann die Beteiligung der Zielgruppe der Stereotypisierung älterer Menschen als homogene Gruppe entgegenwirken und das allgemeine Teilhabe-Gefühl älterer Menschen fördern [15].

Determinanten der Nutzung von OHCs

Die Nutzung von Angeboten digitaler Gesundheitsversorgung und Prävention, die überwiegend auf individuelle Verhaltensänderungen abzielen, sind in Deutschland sowie weltweit abhängig vom Alter, Einkommen und Bildungsgrad [16]. Ältere Menschen sind auch in Deutschland besonders ausgeprägt unter den sogenannten Offliner*innen repräsentiert [17], wenngleich auch diese zunehmend einen Internetzugang haben [17]. So zeigen sich heute sozioökonomische und soziodemographische Ungleichheiten in der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote, auch beschrieben als „Digital Divide“, weniger im Bereich des Zugangs als in Kompetenzen und Nutzungsverhalten [16]. Dies unterstreicht die Bedeutung des Konzepts der *digitalen Gesundheitskompetenz* als möglichen Mediator zwischen Ungleichheiten und der Nutzung digitaler Angebote [16].

Diese beschreibt die Fähigkeiten von Individuen im Umgang mit gesundheitsbezogenen digitalen Informationen, die allerdings durch strukturelle Bedingungen und von der Verfügbarkeit von Ressourcen beeinflusst sind [18]. Digitale Gesundheitskompetenz wurde in Deutschland in mehreren nationalen Studien untersucht: So zeigte sich bspw. in der HLS-GER-2-Studie, dass in etwa drei Viertel der Bevölkerung Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Informationen haben [18]. In der aktuelleren Folgestudie verbesserte sich die digitale Gesundheitskompetenz um 4,7 %, was möglicherweise im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie und der damit einhergehenden Zunahme digitaler Gesundheitsinformationen steht [19]. Jedoch ist weiterhin auch die digitale Gesundheitskompetenz, wie die allgemeine Gesundheitskompetenz, stark von soziodemographischen und sozioökonomischen Markern wie Alter, Bildung und der finanziellen Situation abhängig [19].

Auch die Akzeptanz und Nutzung digitaler Technologien wird in den Gesundheitswissenschaften diskutiert. So werden in einem geläufigen Modell die vier Konstrukte des erwarteten Nutzens, des erwarteten Aufwands, der sozialen Einflussfaktoren und förderlichen Bedingungen als entscheidend für die Akzeptanz digitaler Technologien beschrieben [20]. Diese Konstrukte werden u.a. durch Alter, Erfahrung und Geschlecht moderiert [20].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Online Health Communities, Technikakzeptanz und digitale Gesundheitskompetenz national und international gut erforschte Sachverhalte sind. Jedoch gibt es wenig Forschung, die die Wahrnehmung von digitalen Technologien aus der Lebenswelt älterer Menschen heraus zu verstehen versucht [5].

Ziele

Vor diesem Hintergrund fokussiert sich das WIR!-Projekt „Translationsregion für digitalisiere Gesundheitsversorgung (TDG)“ auf eine schnell alternde und strukturschwache Region im Süden Sachsen-Anhalts. Bislang ist die Bereitschaft und die Fähigkeiten älterer Menschen, digitale Technologien zu nutzen und zu bewerten (d. h. ihre Digitalität), im sozialen, kulturellen und historischen Kontext des südlichen Sachsen-Anhalts nicht erforscht. Daher zielt diese Arbeit in einem ersten Schritt darauf ab, einen vertiefen Überblick über die Perspektiven der Bevölkerung zu Digitalisierung, Gesundheit und Gemeinschaft zu gewinnen. In diesem Schritt sollten explizit Menschen mit kleinen sozialen Netzen erreicht werden. In einem zweiten Schritt sollten erste aufkommende Ergebnisse des ersten Schritts weiter vertieft werden. Schließlich sollten in einem dritten Schritt die Ergebnisse in den lokalen Besonderheiten der Region kontextualisiert werden. Dieses Vorgehen erlaubte uns einen Zugang zum Gegenstand aus verschiedenen Perspektiven. In allen Schritten wurde zudem die Bereitschaft inklusive Förderfaktoren und Barrieren älterer Menschen zur Teilnahme an zukünftigen Online Health Communities eruiert. Diese Studie hilft uns, die Hintergründe der Digitalität älterer Menschen in dieser Region näher zu verstehen, um so zu zukünftiger Forschung und der Entwicklung zielgerichteter digitaler Anwendungen wie einer OHC beitragen zu können.

Methodik

Studienregion

Für den lokalen Kontext ist die Struktur des Gesundheitswesens in Sachsen-Anhalt und während der DDR seit 1990 von Bedeutung. Ältere Menschen in dieser Region erlebten aus Patient*innenperspektive sowohl das Gesundheitswesen der DDR als auch die Anpassungen des Gesundheitssystems an das westdeutsche System nach 1990. Das Gesundheitssystem der DDR war zentral organisiert und die ambulante Versorgung eng mit der stationären Versorgung verzahnt [21]. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte waren selten [21]. Zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung waren u. a. Polikliniken, in denen verschiedene Fachärzt*innen praktizierten, Einrichtungen des betrieblichen Gesundheitswesens und Gemeindeschwesterstationen eingerichtet [21]. Gemeindeschwestern fungierten hierbei als Schnittstelle zwischen ärztlicher Versorgung und dem öffentlichen Gesundheitsdienst und führten, neben ambulanter pflegerischer und medizinischer Versorgung, insbesondere in ländlichen Räumen präventive Hausbesuche bei älteren Menschen sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Bevölkerung durch. Mit der beginnenden Ökonomisierung des Gesundheitswesen nach 1990 wurde das Gesundheitssystem auch in den neuen Bundesländern marktwirtschaftlich organisiert, was zu einem Umbau in der Versorgungslandschaft der ostdeutschen Bundesländer führte [21]. Die ambulante Versorgung wurde vermehrt durch niedergelassene Ärzt*innen abgedeckt, Polikliniken und Gemeindeschwesterstationen bis auf wenige Ausnahmen geschlossen [21].

Studiendesign

Um die Perspektiven älterer Menschen im südlichen Sachsen-Anhalt in Bezug auf die Digitalisierung und die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Online Health Community aus multiplen Perspektiven zu ergründen, wählten wir ein dreistufiges qualitatives

Studiendesign. In einem ersten Schritt wurden 20 leitfadengestützte Einzelinterviews [22] mit Senior*innen aus dem ländlichen Raum geführt, um einen breiten, aber vertieften, Überblick über die Perspektiven in der Region zu erhalten. Mit Hilfe des Leitfadens konnten wir sicherstellen, dass für die Beantwortung der Forschungsfrage relevante Themen im Interview behandelt werden, die Teilnehmenden aber gleichzeitig eigene Impulse einbringen konnten [22]. Als Teil der Leitfadeninterviews wurde den Teilnehmenden eine Skizze einer OHC (siehe Anhang A) präsentiert. In dieser wurde den Teilnehmenden die Idee einer Internetgemeinschaft vorgestellt, durch die sie sich untereinander, aber auch mit medizinischen Leistungserbringern sowie Akteur*innen aus Kommunalpolitik, Wirtschaft und Wissenschaft austauschen und vernetzen können. Im Anschluss wurden sie aufgefordert, diese Skizze zu kommentieren und ihre Überlegungen bezüglich der Wahrscheinlichkeit der eigenen Teilnahme zu erläutern. In einem zweiten Schritt wurden fünf Fokusgruppen – mit Teilen von Realgruppen [22] von Senior*innen aus dem ländlichen Sachsen-Anhalt – durchgeführt. Fokusgruppen ermöglichten in diesem Arbeitsschritt, die bereits erhoben Daten weiter in der Breite anzureichern, sowie in der Interaktion der Zielpersonen die bereits in den Einzelinterviews aufkommenden Themen zu vertiefen. In den Fokusgruppen wurde ebenfalls die Skizze der OHC diskutiert. Schließlich wurden in einem dritten Schritt zwei Expert*inneninterviews (mit einer Sozialarbeiterin und einem Bürgermeister aus der Region) durchgeführt. In diesen wurden die Resultate der Einzelinterviews und Fokusgruppen vorgestellt und im Hinblick auf mögliche Leerstellen der bisherigen Ergebnisse diskutiert, da die beteiligten Expert*innen das nötige Kontextwissen zum ländlichen Raum Sachsen-Anhalts beitragen konnten [22].

Reflexivität

Kein Mitglied des Forschungsteams fällt in die Kategorie einer „älteren Person“ und lebt aktuell auf dem Land. Die Datenerhebung und Auswertung führten zwei Nachwuchsforscher*innen (LMH und JB) der Marin-Luther-Universität Halle-Wittenberg-Universität durch, die während des Forschungsprozess durch zwei fortgeschrittene Wissenschaftler*innen (AF und SL) mit Erfahrung in den Bereichen Sozialmedizin, Epidemiologie und Sozialanthropologie betreut wurden. Abseits der Studie bestand keine Beziehung der Forschenden zu den Teilnehmenden. Die Position der Forscher*innen wurde bei der Entwicklung der Codes und Themen miteinbezogen und kritisch hinterfragt. Zudem wurde nach den Interviews von den beteiligten Forscher*innen eine Dokumentation angelegt, in der gemäß den Empfehlungen in der Methodenliteratur die vorangegangene Interviewsituation und die eigene Position reflektiert wurde [23].

Rekrutierung und Sampling

Zur Teilnahme an der Studie wurden Personen eingeladen, die älter als 65 Jahre alt waren, im ländlichen Raum im Süden von Sachsen-Anhalt wohnhaft waren und sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht in stationärer medizinischer Versorgung befanden. Die Einladungen erfolgten im Sinn eines *convenience samplings* über verschiedene Gatekeeper: Senior*innenverbände ($n = 5$), Senior*innenvertretungen ($n = 3$), Sportvereine ($n = 16$) und Bürgermeister ($n = 2$). Die Auswahl der Gatekeeper ergab sich daraus, dass wir flächendeckend verschiedene Kommunen im südlichen Sachsen-Anhalt kontaktierten um verschiedene Regionen zu erfassen. Im Verlauf der ersten Interviews zeigte sich, dass mit dieser Rekrutierungsstrategie vor allem besser vernetzte sowie politisch und sozial aktive Personen erreicht werden oder auf die Rekrutierungsversuche nicht geantwortet wurde. Daher wurde in einem nächsten Schritt zusätzlich über eine ambulante Pflegeeinrichtung sowie über eine Sozialarbeiterin rekrutiert, wodurch wir das Sample um Personen mit größerem Unterstützungsbedarf und weniger ausgeprägten sozialen Netzen erweitern konnten. Die Einzelinterviews führte LMH von Juli 2023 bis April 2024 durch. Sie fanden nach telefonischer Absprache zu Hause bei den Teilnehmenden oder in einer ambulanten Pflegereinrichtung statt. Die Interviews dauerten zwischen 24 und 131 Minuten (Mittelwert: 52 Minuten).

Teilnehmende für die Fokusgruppen rekrutierten wir über bestehende Kontakte zu Senior*innenvereinen, Vertreter*innen der Kommunalpolitik, eine ambulante Pflegeeinrichtung und eine Kirchengemeinde. Die Fokusgruppen wurden in den Räumlichkeiten der jeweiligen Einrichtung während der regulären Treffen der Gruppen durchgeführt. Sie fanden zwischen April und Juli 2024, moderiert durch JB und protokolliert durch LMH, statt. Dabei lehnten insgesamt zwei der angefragten Personen die Teilnahme ab. Die Dauer der Fokusgruppen belief sich auf 36 bis 54 Minuten (Mittelwert: 44 Minuten).

Die Expert*inneninterviews wurden durch LMH im August und Oktober 2024 mit einer Sozialarbeiterin und einem Bürgermeister aus der Region durchgeführt, die bereits beim Rekrutierungsprozess dieser Studie beteiligt waren.

Zur Beurteilung des Informationsgehalts des Samples ziehen wir das Konzept der „Information Power“ heran [24]. Dieses Konzept legt der Beurteilung der Stichprobe keine direkten quantitativen Kriterien zu Grunde, sondern leitet diese aus methodologischen Prinzipien ab. Die umfassenden und breiten Forschungsfragen der Studie, die geringe Spezifität der Einschlusskriterien abseits einer regionalen Beschränkung, der Verzicht auf eine konkrete theoretische Rahmung, die heterogene Qualität der erhobenen Daten aufgrund der Qualifikation der Forscher*innen und deren unterschiedlicher Lebenswelt im Vergleich zur Zielgruppe (vgl. Kapitel *Studiendesign*), sowie der Anspruch, die Daten fallübergreifend zu analysieren, deuten nach Malterud et al. auf die Notwendigkeit einer größeren Stichprobe für einen ausreichenden Informationsgehalt der Samples hin [24]. Eine große Stichprobe konnte durch 20 Einzelinterviews, darauf aufbauenden fünf Fokusgruppen zuzüglich zwei Expert*inenninterviews erreicht werden, sodass von einer ausreichenden Information Power ausgegangen werden kann.

Datenerhebung

Die Interviewfragen der Einzelinterviews und der Fokusgruppen wurden anhand der Forschungsfragen entwickelt und nach dem Vorgehen von Helfferich [25] zu einem Leitfaden kondensiert. Dieser bestand aus den drei zentralen Themenblöcken medizinische Versorgung und Gesundheit; Digitalisierung (im Leitfaden näherungsweise durch den emischen Begriff des „Internets“ ersetzt); und Gemeinschaft. Dadurch sollte eruiert werden, wie die Teilnehmenden diese drei für die Studie zentralen Konzepte verstehen. Die Leitfäden wurden in drei Einzelinterviews und mit einer Gruppe von Senior*innen vorgetestet, wovon zwei Einzelinterviews für die Analyse verwendet wurden. Alle Interviews wurden in Form einer Tonaufnahme aufgenommen. Die Einzelinterviews wurden anschließend nach den Prinzipien der Rapid Ethnography in tabellarischer Form, sogenannten RAP-Sheets, verschriftlicht [26]. Hierbei wurden nach einem vorformulierten Formular die für die Fragestellung relevanten Inhalte zusammengefasst und durch einzelne Zitate untermauert [26]. Durch diese Kombination aus Datenerhebung und -analyse können (zeitaufwändige) Transkriptionen vermieden und Aspekte der Datenanalyse bereits in den Erhebungsprozess integriert werden. Aufgrund der dadurch erreichbaren Zeitersparnis wird dieses Vorgehen insbesondere im Kontext qualitativer Forschung im Gesundheitsbereich empfohlen [26].

Die Audioaufnahmen der Fokusgruppen und der Expert*inneninterviews wurden unterstützt durch die Software NoScribe

transkribiert und anschließend überprüft und überarbeitet. Begleitend wurden bei allen Interviews schriftliche Notizen angefertigt, die für die Auswertung genutzt wurden. Bei zwei Einzelinterviews standen nur die angefertigten Notizen zur Verfügung, da die Aufnahmen durch technische Probleme mit dem Aufnahmegerät verloren gingen.

Datenanalyse

Die Auswertung der Daten erfolgte angelehnt an die reflexive thematische Analyse von Braun und Clarke [23]. Methodologische Charakteristika der thematischen Analyse sind eine analytische Abstraktion von den Daten, eine interpretative Arbeit, die über eine Zusammenfassung der Daten hinausgeht, und die explizite Einbindung von Theorien [23]. Das Ergebnis der thematischen Analyse stellen die im Folgenden aufgeführten Themen dar. Themen bestehen aus einer von den Forscher*innen konstruierten Synthese von Mustern im Datenmaterial und beschreiben deren übergeordnete Bedeutung [23]. Verweise und Zitate aus dem Datenmaterial dienen hierbei zur Illustration der Themen. Um die Qualität der Analyse sicherzustellen, nutzen wir reflexive Aufzeichnungen und Diskussionen der Ergebnisse im Forschungsteam [23]. Im Zentrum der Analyse standen die Erfahrungen und Ansichten der teilnehmenden älteren Menschen. Nach einer Phase des Lesens und Paraphrasierens der Daten identifizierten JB und LMH zunächst einzeln datengleitet wiederkehrende Muster und versahen diese mit Codes (unter Verwendung von MAXQDA 2020). Im Anschluss diskutierten JB und LMH diese Muster in regelmäßigen Treffen, glichen diese mit der Fragestellung der Studie ab, und trafen gemeinsame Entscheidungen bei Uneinigkeit. Aus den primären Mustern konstruierten JB und LMH in einem vergleichbaren Ablauf aus individueller Analyse und anschließender Konsensfindung ein übergreifendes Thema, welchem drei weitere Themen untergeordnet sind. Darüber hinaus diskutierten JB und LMH die vorläufigen Ergebnisse zu drei Zeitpunkten mit dem weiteren Projektteam (AF und SL).

Ethik

Vor Beginn der Studie wurde die ethische Unbedenklichkeit durch die Ethikkommission der Martin-Luther-Universität–Halle-Wittenberg bestätigt (Bearbeitungsnummer: 2023-023). Die Teilnehmenden wurden über die Freiwilligkeit der Studienteilnahme informiert, verbal über den Inhalt der Studie aufgeklärt und konnten die Teilnahme an der Studie ohne negative Konsequenzen verweigern oder zu jedem Zeitpunkt beenden. Die Einwilligung erfolgte mündlich vor Beginn der Datenerhebung. Wenn JB und LMH die Teilnehmenden über Senior*innenvereine erreichten, stellten sie während eines regulären Treffens das Forschungsprojekt vor und erhoben im Anschluss ergebnisoffen die Bereitschaft zur Teilnahme. Die Interviews oder Fokusgruppen wurden dann anschließend an einem weiteren Termin durchgeführt.

Ergebnisse

Zusammensetzung des Samples

Der Teilnahme am Einzelinterview stimmten insgesamt 21 Personen zu, wovon eine Person aufgrund eines sich verschlechternden Gesundheitszustands letztlich nicht teilnehmen konnte. Die teilnehmenden Personen waren zwischen 71 und 88 Jahren alt (Mittelwert: 80 Jahre). Es nahmen 14 Frauen und sechs Männer teil. An den fünf Fokusgruppen nahmen insgesamt 31 Personen bei einer Gruppengröße zwischen vier und 12 Personen teil. Diese waren zwischen 65 und 85 Jahren alt (Mittelwert: 77 Jahre). An zwei der fünf Fokusgruppen nahm jeweils ein Mann teil, ansonsten bestanden die Fokusgruppen ausschließlich aus weiblichen Teilnehmenden. Die Expert*inneninterviews wurden mit einem Bürgermeister und einer Sozialarbeiterin aus der Region durchgeführt.

Ein überwiegender Anteil ($n = 13$) der Teilnehmenden an den Einzelinterviews nahm regelmäßig an Treffen eines Senior*innenvereins teil. Sieben Personen beschrieben, nur zu einzelnen Familienangehörigen und Personen aus der Nachbarschaft Kontakt zu haben. Von diesen sieben Personen gingen vier mehrmals pro Woche in die ambulante Tagespflege. Die Teilnehmenden der Fokusgruppen nahmen regelmäßig an einem Seniorentreff (privat oder durch eine Kirchengemeinde organisiert) teil oder waren in der ambulanten Tagespflege eingebunden.

Ergebnisse der thematischen Analyse

Die Interviews ergaben multiple Perspektiven auf Digitalisierung und die Teilnahme an einer OHC. Diese fassen wir in dem übergeordneten Thema der „Veränderung und Verunsicherung“ zusammen. In diesem gehen wir darauf ein, wie unsere Teilnehmenden das Fortschreiten der Digitalisierung erleben. Im Kontext dieses übergeordneten Themas stellen wir die drei Hauptthemen „Von Analog nach Digital – Beziehungen im Wandel“, „Technologien im Alltag“ sowie „Alter(n) und Digitalität“ vor (vgl. Abbildung 1). In den jeweiligen Themen stellen wir den Bezug zu der Teilnahme an einer OHC her.

Das erlebte Fortschreiten der Digitalisierung – Veränderung und Verunsicherung

> *Seniorin, 86 Jahre: „Das ist noch nicht meine Welt. Ich fange auch nicht an. Es sind ja auch so viele alte Leute bei uns [im Seniorentreff]. (..) Ja was soll ich jetzt? Ich fange jetzt nicht an.“*
> *Seniorin, 81 Jahre: „Das stimmt. Und es wird aber immer noch schlimmer, es geht alles nur noch so.“ (Fokusgruppe 5)*

Mit diesen Worten diskutieren zwei Seniorinnen eine Frage nach der Nutzung von E-Mails, die wir während einer Fokusgruppe in einem Senior*innentreff stellten. Es wird deutlich, dass Digitalisierung als gesellschaftlicher Prozess in der Lebenswelt älterer Menschen angekommen ist. Jedoch wird sie, wie in diesem Beispiel, kritisch rezipiert. Dabei scheine die Digitalisierung nicht „in die eigene Welt“ zu passen und werde als sich verschlimmernder Prozess wahrgenommen. Einzelne Aspekte dieser Verunsicherung führen wir im Verlauf des Artikels anhand der Haupt- und Unterthemen weiter aus (Abbildung 1).

Im Kontrast dazu bewerten andere Teilnehmende Digitalisierung als eine Erleichterung des Alltags. Im folgenden Zitat hebt eine Teilnehmerin exemplarisch die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme hervor:

> *„Das ist z.B. auch eine Möglichkeit, im Internet Kontakt zu pflegen: ich habe auch ältere Damen dabei [bei ihrer Arbeit in der Seniorenvertretung], dazu zähle ich mich ja inzwischen auch, aber ich bin ja noch aktiv, die nicht mehr aktiv sind und den ganzen Tag nur zuhause liegen, womöglich sogar im Pflegebett, wo vielleicht zwei Mal am Tag der Pflegedienst kommt.“ (Seniorin, 72 Jahre, Einzelinterview Ju1)*

Diese Personen stechen jedoch dadurch hervor, dass sie eine leitende Position in lokalen Senioren- oder politischen Verbänden innehaben. Die eben zitierte Seniorin grenzt sich zudem auch von anderen Senior*innen „die nicht wollen“ (Einzelinterview Ju1) würden, ab.

Übergreifendes Thema	**Das erlebte Fortschreiten von Digitalisierung – Veränderung und Verunsicherung**		
Hauptthemen	**Von Analog nach Digital – Beziehungen im Wandel**	**Technologien im Alltag**	**Alter(n) und Digitalität**
Unterthemen	• Persönliche Beziehungen: „In unserem Kreis“ • Unpersönliche Beziehungen: „Durch den Bildschirm und das Internet“	• Telefon, Radio und Festnetz • Internet, Googeln und Technik	

Abbildung 1. Ergebnisse der thematischen Analyse.

„Nicht so einfach“: Von Analog nach Digital – Beziehungen im Wandel

In diesem Unterkapitel zeigen wir auf, wie die Teilnehmenden soziale Beziehungen in Anbetracht der fortscheitenden Digitalisierung verhandeln. Dazu ein einleitendes Zitat aus einer Fokusgruppe:

> *„Ja, jetzt in unserem Kreis, da kennt einer einen anderen. Da ist die Unterhaltung eine ganz andere oder der Austausch ein ganz anderer, als mit dem Bildschirm zu reden oder durchs Internet oder durchs […] zu reden. Das ist nicht so einfach.“ (Seniorin, 78 Jahre, Fokusgruppe 2)*

Wie dieses Zitat illustriert, sprechen die Teilnehmenden dem persönlichen Austausch eine zentrale Rolle für die Wahrnehmung einer Interaktion als echt und bedeutsam zu. Die Bekanntheit im eigenen Kreis stehe für die Teilnehmenden daher in Kontrast zum digitalen Kommunikations- und Beziehungsaufbau „durch das Internet“. Dabei scheint die Übertragbarkeit vom einen auf das andere „nicht so einfach“ herstellbar. Warum diese Übertragung nicht so einfach ist, hängt mit spezifischen Eigenschaften, Vorstellungen und Haltungen gegenüber Beziehungen im Kontext digitaler Medien zusammen, die in Abgrenzung voneinander verhandelt werden.

Persönliche Beziehungen: „In unserem Kreis“. Für die Teilnehmenden ist persönlicher Kontakt durch das Potenzial geprägt, Beziehungen herzustellen und im Vergleich zu digitalem Kontakt in „ganz andere“ Formen von Austausch zu treten. Dieser Austausch ist für sie konstitutiv für die Entstehung von Gemeinschaftsgefühl und die Bildung einer als Gemeinschaft empfundenen Gruppe. Diese Gruppe biete ihnen durch den Austausch mit gleichaltrigen Personen Teilhabe an der Gesellschaft und stehe konträr zu Einsamkeit und Isolation.

> *„Und ich bin froh, dass ich hier bin [im Seniorenverein]. Wenn ich zu Hause wäre, wäre ich dann auch nur alleine. Und hier bin ich Gemeinschaft.“ (Seniorin, 83 Jahre, Fokusgruppe 4)*

Für die Teilnehmenden ist die Gemeinschaft in Form von Beziehungen im persönlichen Kreis eine bedeutsame sinngebende Instanz, in der sie unmittelbar Zuspruch und Trost erhalten und gegenseitige Nähe erleben würden. Dabei sei die wichtigste Eigenschaft dieser Beziehung der direkte, persönliche Kontakt zu einem menschlichen Gegenüber. Gekennzeichnet sei dieser durch die Möglichkeit, in gesprochener Sprache Fragen stellen zu können und umgehend Antworten zu erhalten. Diese Art des Kontakts ziehen die Teilnehmenden anderen Formen der Kontaktaufnahme vor:

> *„Das Wichtigste ist, dass man mit Leuten zusammenkommt. Gerade wir Älteren. Das ist sehr wichtig, dass man sich kommunizieren kann und über mal das oder jenes reden. Man kann sich ja nicht zu Hause einschließen.“ (Seniorin, 82 Jahre, Fokusgruppe 4)*

Unter Umständen lassen sich gewünschter persönlicher Kontakt und Nähe auch über technologische Hilfsmittel wie das Smartphone herstellen. So würden die Teilnehmenden digitale Kommunikationsmittel wie E-Mail und Messenger-Dienste gezielt für die Kommunikation mit engen Freund*innen, Kindern und Enkelkindern nutzen, die weiter entfernt wohnen. Zudem würden Teilnehmende auch E-Mails zur Terminvereinbarung in der Hausarztpraxis nutzen. Die hohe Praktikabilität dieser Nutzung heben die Teilnehmenden positiv hervor. Dennoch betonen sie, dass die unmittelbare persönliche Kommunikation nicht durch digitale Kommunikationsmittel ersetzt werden solle, sondern lediglich eine pragmatische Alternative oder Ergänzung darstelle, falls der persönliche Kontakt nicht anders möglich sei:

> *„[Es] ist besser, man hat einen Menschen jetzt gegenüber, dem man Fragen stellen kann.“ (Seniorin 67 Jahre, Fokusgruppe 1)*

Die Bedeutung des persönlichen Kontakts geht über die privaten Beziehungen und Gemeinschaften hinaus. Auch im Kontakt mit medizinischem Personal insistieren die Teilnehmenden auf das Persönliche und möchten nicht im Internet Fragen stellen.

> *„Aber ob mir das dann besser hilft, als wenn ich mit meinem Arzt über meine Probleme spreche. Als wenn ich da im Internet Fragen stelle. (.) Das ist mir in dem Moment, wenn der Arzt da ist, der persönliche Kontakt besser, als wenn ich da irgendwelche Fragen stelle.“ (Seniorin, 87 Jahre, Fokusgruppe 3).*

Wichtig ist ihnen hierbei eine stabile und langanhaltende Beziehung. Wechselnde Beziehungen beschreiben sie hingegen als negativ. Neben Verfügbarkeit und Geduld des medizinischen Personals seien vor allem aufsuchende Strukturen in der Versorgung für die Teilnehmenden bedeutsam, hier aufgeführt am Beispiel des ärztlichen Hausbesuchs:

> *„[Die Hausärztin] macht Hausbesuche, [ist] zu jeder Tages- und Nachtzeit IMMER da.“ (Seniorin, 78 Jahre, Einzelinterview M2)*

Aufsuchende Strukturen, bei denen der unmittelbare Kontakt hervorgehoben wird, thematisieren die Teilnehmenden auch am Beispiel der Gemeindeschwester und geben an, diese Form der ambulanten medizinischen Versorgung während der DDR als positiv erlebt zu haben. Die Gemeindeschwester, von den Teilnehmenden nach einem bekannten Film auch als „Schwester Agnes“ bezeichnet, sei für sie eine bekannte Persönlichkeit im Ort gewe-

sen. In der Erinnerung der Teilnehmenden zeichnete sich ihre Präsenz vor Ort durch einfache und unmittelbare Verfügbarkeit und Erreichbarkeit in medizinischen Fragen aus. Zudem habe die Gemeindeschwester direkt behandelnd tätig werden oder einen Arzt oder eine Ärztin aus dem Nachbarort hinzuziehen können, was bei den Teilnehmenden – über 30 Jahre nach der Abschaffung dieses Berufsbildes –ein Gefühl der Beruhigung evoziert:

„Die [Gemeindeschwester] hatte ja auch Sprechstunden. Das war ja ein Sprechzimmer für die Schwester. Da konnte man dorthin gehen und sich beraten. Oder man konnte auch bei ihr zu Hause anrufen. An der Haustür klingeln und sagen, Mensch kommst du mal, oder guckst mal? (.) Das Kind hat Fieber, was soll ich machen als junge Frau? Dann kam die und wusste genau, was zu machen war. Oder sie hat einen Arzt dann angerufen. Der hat in [Ort in der Nähe] die Praxis zugeschlossen und war in einer halben Stunde da. (..) Man war beruhigt. (.) Es kam jemand. Es war überhaupt jemand da. (..) Wenn man jetzt in der Praxis anruft, muss man vielleicht schon den Kopf unter den Arm haben.“ (Seniorin, 78 Jahre, Fokusgruppe 2)

Das im Zusammenhang mit der Gemeindeschwester beschriebene Gefühl von Beruhigung stehe im Kontrast mit den Beschreibungen der heutigen Situation, in der die Teilnehmenden den Eindruck haben, sich nur noch mit gravierenden Problemen in der Praxis vorstellen zu dürfen. Dies gehe für sie mit einem Gefühl der Unruhe im Nachdenken über mögliche Krankheit einher.

Unpersönliche Beziehungen: „Durch den Bildschirm und das Internet“. Während Beziehungen im eigenen Kreis durch Gemeinschaftlichkeit und persönlichen Bezug gekennzeichnet sind, erleben die Teilnehmenden Beziehungen „durch den Bildschirm“ als unpersönlich und fremd. Sie befürchten einen Verlust der sozialen Kontakte in Form einer zunehmenden Anonymisierung sozialer Beziehungen durch Digitalisierung, der entgegengesetzt zu ihrem Erleben von Gemeinschaft, z. B. in Seniorentreffs, steht.

„Ich sage, dieses Anonyme wird immer mehr und das Persönliche wird immer weniger.“ (Seniorin, 65 Jahre, Fokusgruppe 1)

Darüber hinaus beklagen die Teilnehmenden einen Verlust der Vielfalt kommunikativer Beziehungen und beschreiben Kommunikation durch das Internet als eine Verflachung zwischenmenschlicher Interaktionen. Während die im Zitat erwähnten Briefe und Karten der Kommunikation und der Beziehung Bedeutung verleihen, wird diese Bedeutung in der Perspektive der Teilnehmenden durch eine leere, nicht mehr menschliche digitale Kommunikation ersetzt:

„Ja, aber ich finde gerade durch das Internet ist vieles weggefallen. Eine Karte schreiben oder Brief. Oder wie es früher bei uns so war. Das ist eigentlich traurig […] Jetzt schreibt man, wie geht es dir, gut, das wars.“ (Seniorin, 76 Jahre, Fokusgruppe 3)

„Da gibt es ja gar nichts Menschliches mehr. Diese Richtung, [es] soll […] alles nur noch digital passieren, das ist halt eigentlich traurig.“ (Seniorin, 84 Jahre, Fokusgruppe 5)

Der unpersönliche, anonyme und allgemeine Charakter dieser Beziehungen wird auch in der Diskussion über digitale Anwendungen in der Gesundheitsversorgung relevant. Wie bereits erwähnt, sei es insbesondere in der medizinischen Versorgung für die Teilnehmenden wichtig, persönlich über gesundheitliche Probleme sprechen zu können. In einer Diskussion der OHC-Skizze verstehen die Teilnehmenden diese nicht als eine unterstützende Gemeinschaft, sondern als eine Ansammlung fremder Personen. Mit diesen möchten sie nicht in Kontakt treten und befürchten, ungewollt mit unbekannten Personen Informationen über ihre Gesundheit teilen zu müssen:

„Man kennt ja die Leute nicht, mit denen man spricht.“ (Seniorin, 87 Jahre, Fokusgruppe 2)

„Ich muss doch nicht jedem sagen, was ich für Krankheiten habe.“ (Seniorin, 74 Jahre, Fokusgruppe 2)

Diese Eigenschaften unpersönlicher Beziehungen zu Grunde legend erkennen die Teilnehmenden eine OHC nicht als eine wirkliche Gemeinschaft an, da ihr das Unmittelbare und Direkte von persönlichen Beziehungen fehlt. Dabei befürchten die Teilnehmenden, dass die OHC persönliche Kontakte ersetzen könnte. Trotz dieser Befürchtungen sehen sie ein positives Potential in der OHC, räumliche Distanzen auf dem Land überwinden zu können, die sie als ein Hindernis einer guten medizinischen Versorgung wahrnehmen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Teilnehmenden zwischen Beziehungen im eigenen Kreis und Beziehungen durch das Internet differenzieren, wobei erstere der Sphäre persönlicher und zweitere der Sphäre unpersönlicher Beziehungen zugeordnet werden. Gesundheitliche Anliegen werden hierbei als Anliegen verstanden, die in persönliche Beziehungen eingebettet adressiert werden müssen.

Technologien im Alltag

Die Teilnehmenden nutzen Technologien und Medien vielseitig in ihrem Alltag. Im Folgenden zeigen wir auf, wie sowohl Technologien wie das Telefon und das Radio als auch das Internet von den Teilnehmenden mit ihren spezifischen Eigenschaften verhandelt werden.

Telefon, Radio und Festnetz. Die Nutzung des Festnetz- und Mobiltelefons für ein Telefonat wird von den Teilnehmenden als eine sichere und einfache Technologie beschrieben. Insbesondere das Mobiltelefon bringe den Teilnehmenden Erreichbarkeit und lasse sie sich unterwegs sicher fühlen. Sie beschreiben, durch das Telefon eigenständig und zielgerichtet handeln zu können und schätzen, dass sie bei einem Telefonat in Abgrenzung zur E-Mail nicht lange auf eine Antwort warten müssten. Auch das Radio und das Fernsehen seien wichtige Informationsquellen für die Teilnehmenden, da diese auch ohne Internetzugang eine zuverlässige Informiertheit gewährleisten. Trotz des wahrgenommenen Fortschreitens der Digitalisierung und des erlebten Drucks, sich damit befassen zu müssen (vgl. Kapitel *Alter(n) und Digitalität*), betonen die Teilnehmenden die Möglichkeit, auch durch Fernsehen, Radio und Zeitung informiert und aktiv bleiben zu können:

„Im Moment ist das [Internet] für mich gar kein Thema, weil ich nur ein Telefon mit einem Festanschluss habe und damit fertig. Mein Thema war immer, oder es war immer meine Meinung, wer mich anruft oder wer mich braucht oder wo ich hinkommen soll, der ruft an. […] Und das klappt. Bislang habe ich da noch nichts vermisst. Ansonsten Zeitung, Radio, Fernsehen. Da höre ich am Tag 3–4-mal dasselbe. In jeder Nachricht, in jeder Mitteilung. Immer wieder das gleiche. Da ist man schon informiert. Im Moment reicht mein Gehirn noch aus, um das zu verfolgen. Und nachzuvollziehen, was passiert. Was einem gefällt und was nicht. Meine eigene Meinung, die habe ich ja für mich, dass ich sage, so bräuchte ich das nicht oder es könnte anders gemacht werden, so, ja.“ (Seniorin, 78 Jahre, Fokusgruppe 2)

Diese Teilnehmerin definiert ihre Fähigkeit, informiert und kognitiv fit zu bleiben in Abgrenzung zu ihrer Nutzung neuerer Medien am Beispiel des Internets. Durch die Verfügbarkeit und die stetige Wiederholung des Konsums von Nachrichten über die Kanäle von Zeitung, Radio und Fernsehen gebe es für die Teilnehmende keinen Grund, sich mit dem Internet zu beschäftigen.

Internet, Googeln und Technik. Im Gegensatz zu Radio, Zeitung, Telefonie und Fernsehen verhandeln die Teilnehmenden das

Smartphone, Apps und Browser-Funktionen des Internets kontroverser auf der Basis unterschiedlicher Arten von Nutzungsverhalten. Dabei sehen die Teilnehmenden in der Nutzung dieser Technologien einerseits Chancen und Möglichkeiten, andererseits auch eine Bedrohung ihrer Sicherheit.

Online gehen die Teilnehmenden überwiegend über eine Browser-Funktion auf dem Computer oder dem Mobiltelefon. Zudem nutzen sie Apps auf dem Mobiltelefon. Diese Anwendungen haben für die Teilnehmenden zwei zentrale Funktionen. Erstens dienen sie zur Bewältigung alltäglicher Hausforderungen; so beziehen die Teilnehmenden online Informationen wie Nachrichten, Rezepte oder Tipps für die Gartenarbeit aus Suchmaschinen und Online-Mediatheken. Auch Buchungen von Urlauben und Restaurantbesuchen vollziehen sie online. Andere Teilnehmende nutzen Online-Banking, um ihre Bankgeschäfte zu regeln. Messenger-Dienste wie WhatsApp werden genutzt, insbesondere um mit den Kindern in Kontakt zu treten und deren Bilder empfangen zu können. Zweitens nutzen die Teilnehmenden digitale Technologien auch zum Zeitvertreib und spielen Spiele wie Solitär über ihr Mobiltelefon oder den Computer. Beide Funktionen bringen den Teilnehmenden Zeitersparnis, Beschäftigung und Ablenkung im Alltag, sowie die Möglichkeit, räumliche Distanzen zu Angehörigen und Freunden überbrücken zu können.

Allerdings befürchten die Teilnehmenden auch, bei Einkäufen im Internet auf Betrüger hereinzufallen und dadurch Geld zu verlieren. Dies erleben sie in Form von unseriösen Kaufangeboten oder dem sogenannten „Enkeltrick“ selbst.

Auch Informationen über Gesundheit und Krankheit beziehen die Teilnehmenden über allgemeine Suchmaschinen („Dr. Google“). Bei der Suche stehen neben Informationen zu gesunder Lebensführung und Ernährung Recherchen zu medizinischen Fachbegriffen oder den eigenen Symptomen im Vordergrund:

> *„Im Internet, im Internet nachgucken, wenn man sagt, ähm, man hat, was weiß ich, Gelbsucht oder ich weiß nicht, irgendeinen Begriff, den man jetzt nicht kennt, ähm, dass man da mal nachschaut, also das ist möglich.“ (Seniorin, 70 Jahre, Fokusgruppe 5)*

Diesen Informationen stehen die Teilnehmenden nicht vorbehaltslos gegenüber und zweifeln den Wahrheitsgehalt von online bezogenen Informationen an. Da viele Menschen sich im Internet äußern könnten und es aus der schieren Menge der Information schwierig sei, die richtige herauszufiltern, bewerten die Teilnehmenden diese Informationen als wenig verlässlich. Auch mögliche Konsequenzen einer Fehlinformation oder schlicht die Fülle an verunsichernden Informationen für das mentale Wohlbefinden spielen eine Rolle:

> *„Da steht viel drin, das macht man nicht. [...] Ich hatte damals, wie ich hier Brustkrebs hatte, mal geguckt, ach, was da alles drinne stand, da macht man sich ja verrückt.“ (Seniorin, 74 Jahre, Fokusgruppe 2)*

Große Bedenken äußern die Teilnehmenden bezogen auf Sicherheit und Datenschutz. So befürchten sie, dass ihre Gesundheitsdaten im Rahmen von OHCs an unbekannte Dritte weitergegeben werden. Die Teilnehmenden gehen hierbei davon aus, dass die Nutzung von digitalen Gesundheitsangeboten mit dem Preisgeben sensibler Daten über ihren Gesundheitszustand einhergeht – sie befürchten, zum „gläsernen Patienten“ (Seniorin, 74 Jahre, Einzelinterview A2) zu werden.

Alter(n) und Digitalität

Im Angesicht der Veränderungen durch Digitalisierung, mit denen sich die Teilnehmenden konfrontiert sehen, diskutieren sie Digitalisierung und Digitalität auch im Kontext des Lebensalters:

> *„Ich bin 81, was wollen Sie von mir? Ich im Internet...“ (Seniorin, 81 Jahre, Einzelinterview M4)*

Dieses Zitat steht exemplarisch für eine Haltung, in der das eigene Alter als eine Begründung genutzt wird, um gegen eine aktive Teilnahme in Prozessen der Digitalisierung zu protestieren. Exemplarisch zeigt sich dies in einem Protest der Teilnehmenden gegen die Selbstverständlichkeit von QR-Codes beim Reisen. Die ständige Präsenz digitaler Technologien verstehen sie als eine konkrete Aufforderung und Verpflichtung, damit auch im Alter umgehen zu müssen:

> *„Wer zum Beispiel im Alter noch reist, da gab es ja sonst in den Hotels immer diese Kataloge, das war immer so, da stand drin, wann man mit den Bussen abgeholt wird. Das geht heute alles noch [mit] QR-Code, ohne die könnten gar nicht mehr reisen, wer nicht so ein Handy hat. Ja, genau. Das ist nicht[s] für Alte. Und dabei reisen ja die Alten am meisten.“ (Seniorin, 67 Jahre, Fokusgruppe 1)*

Jedoch zweifeln die Teilnehmenden an, im Alter noch etwas Neues lernen zu können und begründen dies vor dem Hintergrund ihrer Biografie, in der kein Kontakt zu digitalen Technologien bestanden habe. Die Teilnehmenden scheinen im Alter einer digitalen Zukunft gegenüber zu stehen, die sich nicht mehr aus eigener Kraft gestalten lässt, aber dennoch ihre aktive Mitwirkung einfordert:

> *„Je älter, desto schlechter ist das zu verstehen, ich weiß nicht, ob ich das bringen würde“ (Seniorin, 84 Jahre, Einzelinterview M1)*

Andere Teilnehmende beschreiben, dass ihnen die Möglichkeit des digitalen Kompetenzerwerbs aufgrund ihres Alters abgesprochen wird:

> *„Ja, Hemmungen jetzt vielleicht zu sagen „Ich möchte das noch lernen!“ und dann sagen die „Was will die Alte da noch?“ oder so.“ (Seniorin, 81 Jahre, Fokusgruppe 4)*

Hierbei wird ein Konflikt sichtbar zwischen dem Bedürfnis nach digitalem Kompetenzerwerb, der aber von einem konkurrierenden Narrativ blockiert wird, welches den Teilnehmenden diese Fähigkeiten abzusprechen scheint. Sie scheinen sich aufgrund ihres Alters dafür rechtfertigen zu müssen, noch lernen zu wollen. So zögern sie, das Bedürfnis nach Kompetenzerwerb zu äußern. Von diesem Bild beeinflusst, beschreibt eine Teilnehmerin eine allgemeine Befürchtung des „Nicht-Gewollt-Werdens“ (Seniorin, 84 Jahre, Einzelinterview Ja2).

Zusätzlich zum Blick auf das eigene Alter und den damit verbundenen Auswirkungen, grenzen sich die Teilnehmenden sowohl zu jüngeren als auch älteren Personen in Bezug auf die Digitalität ab. Der digitale Kenntniserwerb der Jüngeren erfolgt in der Narration der Teilnehmenden im Vergleich zu ihnen selbst mit großer Selbstverständlichkeit:

> *„Die Jugend ist schon weiter. [. . .] Die kriegen das schon fast in die Wiege gelegt.“ (Seniorin, 84 Jahre, Fokusgruppe 4)*

Damit einhergehend werten die Teilnehmenden die digitalen Kommunikationsformen (E-Mail und internetfähiges Mobiltelefon) der Jüngeren als ineffizient und kurzlebig ab. E-Mails brächten keine schnelle Lösung für akute Probleme und Fotos, die mit dem Mobiltelefon aufgenommen wurden, seien schnell wieder vergessen.

Auch zu Personen höheren Lebensalters grenzen sich die jüngeren Teilnehmenden ab. Dabei scheint die Dekade ab dem 80. Lebensjahr eine als wichtig empfundene Grenze darzustellen. Diese Grenze beschreiben sowohl die jüngeren Teilnehmenden, wenn sie über ältere Menschen sprechen, als auch die über 80-Jährigen selbst. Personen jenseits dieses Alters würden mit den

Veränderungen der Digitalisierung nicht mehr zurechtkommen und seien damit überfordert.

> *„Die begreifen das auch gar nicht mehr. Die ältere Generation, die kommt doch damit gar nicht klar.“ (Seniorin, 68 Jahre, Fokusgruppe1)*

> *„Wer jetzt noch hoch in den 80ern ist und sich auch nicht mit den ganzen Sachen digital auskennt, der ist natürlich überfordert.“ (Seniorin, 72 Jahre, Fokusgruppe 1)*

Die Perspektive der Teilnahme an einer OHC fordert die Teilnehmenden in Bezug auf den Kompetenzerwerb im Alter heraus. Dabei sehen sie sich einerseits zum Erwerb digitaler Kompetenzen gedrängt. Andererseits befürchten die Teilnehmenden Stigmatisierung aufgrund ihres Alters und sehen aufgrund dessen ihre Möglichkeiten zur Teilhabe beim Erwerb digitaler Kompetenzen begrenzt. Vor diesem Hintergrund lehnen die Teilnehmenden eine Beteiligung an einer OHC mit Verweis auf ihr Alter ab.

Diskussion

Im Folgenden fassen wir die Ergebnisse dieser Studie zusammen, um sie im Anschluss in die aktuelle Studienlage einzuordnen und im Kontext der Debatten um Technikakzeptanz und digitale Gesundheitskompetenz zu diskutieren.

In dieser Studie wurden die Perspektiven älterer Menschen zu Digitalisierung und Gemeinschaft sowie dei Bereitschaft zur Teilnahme an OHCs in einer strukturschwachen Region im südlichen Sachsen-Anhalt untersucht. Wir konnten zeigen, dass das Erleben von Veränderungen durch Prozesse der Digitalisierung für die teilnehmenden älteren Menschen – mit einigen wenigen Ausnahmen – mit Verunsicherungen einhergeht. Diese Verunsicherung kann auch die Teilnahme an OHCs behindern. Konkrete Förderfaktoren stellen die bereits aktive Nutzung digitaler Technologien und Kommunikationsmedien – in Gesundheitsfragen und darüber hinaus – dar.

Gegenüber der Nutzung digitaler Medien zeigt sich eine pragmatische Einstellung, sofern diese für die Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen nützlich sind [4]. Die Teilnahme an OHCs scheint unter der Voraussetzung, die anderen Teilnehmenden darin auch „offline“ zu kennen, möglich. Gleichzeitig existieren aber etliche Barrieren: Neben der Verunsicherung durch internetbasierte Kontakte behindern auch Sicherheitsbedenken, insbesondere im Bereich medizinischer Daten, die Vorstellung von Mitgliedern der OHCs als „Fremde“, und Befürchtungen von Stigmatisierung aufgrund des höheren Lebensalters, eine positive Bezugnahme auf die Idee einer OHC [27].

Sozialer Gradient der Technologienutzung

In der Stichprobe, die dieser Studie zu Grunde liegt, finden sich heterogene Positionen zur Digitalisierung. Wie beschrieben, bewerten insbesondere politisch aktive Senior*innen die Digitalisierung als positiv und grenzen sich von anderen älteren Menschen ab, die nicht an Digitalisierung partizipieren. Auch hierbei zeigt sich (wie in der Einleitung bereits dargestellt) ein sozialer Gradient: Insbesondere Menschen mit hohem Sozialstatus, wie dem Vorsitz eines Senior*innenvereins, sehen Potenziale in der Digitalisierung.

Nutzen der Techniknutzung und digitale Gesundheitskompetenz

Von den erwähnten Konstrukten der Technikakzeptanz spiegeln sich in unseren Daten insbesondere die des erwarteten Nutzens und der sozialen Einflussfaktoren wider [20]. So sind die Teilnehmenden durchaus bereit, auf digitale Medien zurückzugreifen, wenn dies die Kontaktaufnahme mit der Familie oder auch der Arztpraxis erleichtert – der erwartete Nutzen ist hier groß, und steigert damit die Technikakzeptanz. Soziale Einflussfaktoren sind ebenfalls wichtig: Haben die Teilnehmenden Unterstützung darin, den Umgang mit digitalen Technologien zu erlernen, sind sie eher geneigt, sich diesen anzunehmen. Dies bestätigen auch die Erkenntnisse des 8. Altersberichts „Ältere Menschen und Digitalisierung“ [4].

Die Teilnehmenden zeigen eine grundlegende digitale Gesundheitskompetenz: Sie wissen Mobiltelefone, Computer und Tablet-Computer gezielt für ihre gesundheitlichen Anliegen zu nutzen. Damit bestätigt diese Arbeit die Befunde vorhergehender Studien, die unter alten Menschen eine hohe Nutzung digitaler Medien für Alltagszwecke fanden [4,28]. Grundsätzlich scheinen die Teilnehmenden digitale Quellen zu Gesundheitsinformationen mit Vorsicht und Skepsis in den Blick zu nehmen, indem sie davon ausgehen, dass nicht unbedingt alles was „im Internet“ steht, auch stimmt. Jedoch bleibt in unserer Untersuchung unklar, ob und wie die Teilnehmenden abseits einer allgemeinen Recherche über Suchmaschinen zwischen seriösen und unseriösen Quellen unterscheiden. Auch dies ist in Einklang mit vorhergehenden Studien: So zeigt sich im Digital Index D21, dass nur 58% der an der Studie Teilnehmenden unseriöse Nachrichten erkennen können und 51% die Richtigkeit gefundener Informationen und Quellen überprüfen könne [17].

Persönliche Vermittlung digitaler Anwendungen

Strukturelle Gegebenheiten und Ressourcen, die die digitale Gesundheitskompetenz fördern, finden sich in unserer Studie in den Bereichen Familie, Freundschaft und der biografischen Prägung mit Kontakt zu Digitalisierung im Beruf. Diese tragen zum Erwerb digitaler Kompetenzen älterer Menschen bei [29]. Zusätzlich zeigte sich in unseren Daten, dass im südlichen Sachsen-Anhalt Vereinsstrukturen eine Rolle beim Erlernen neuer Kompetenzen spielten [27]. So fanden in einem Seniorentreff, den wir für unsere Datenerhebung kontaktieren, regelmäßig Informationsveranstaltungen statt. Daraus lässt sich folgern, dass analog zur Technikakzeptanz die digitale Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung des über den Verlauf des Lebens durch unterschiedliche Quellen akkumulierten Wissens und der gesammelten Fähigkeiten evaluiert [4] sowie die aktuelle Lebenswelt älterer Menschen miteinbezogen werden sollte. So zeigte sich, dass ältere Menschen insbesondere dann intrinsisch motiviert sind, sich mit Technologien auseinanderzusetzen, wenn diese im Zusammenhang mit ihren konkreten Lebenszusammenhängen stehen [4].

Die wahrgenommene Unpersönlichkeit digitaler Beziehungen scheint eine maßgebliche Barriere darzustellen. Ältere Menschen bevorzugen den direkten Austausch mit Familie, Freunden und weiteren vertrauten Personengruppen – wozu auch Ärztinnen und Ärzte zählen [4]. So zeigt auch unsere Studie, dass ältere Menschen Beziehungen, die sich jenseits des direkten Kontakts befinden, eher ablehnen. Andere Studien kommen ebenfalls zu dem Schluss, dass eine persönliche soziale Interaktion zu einer gesteigerten Akzeptanz von eHealth-Anwendungen beiträgt. Rothmann et al. berichten z. B. in einem erfolgreichen Pilotprojekt zur telemedizinischen Versorgung von Menschen mit Herzinsuffizienz von der Relevanz einer zusätzlichen strukturierten Begleitung durch eine spezialisierte Pflegekraft [30]. Der unpersönliche Charakter einer App wird hier durch die Einbettung in persönlichen Kontakt mit einer Fachkraft gemildert [30]. Auch internationale Studien berichten von der Bedeutsamkeit sozialer Interaktion und Unterstützung bei der Implementierung von eHealth-Anwendungen, während ein Mangel derselben als eine Barriere beschrieben

wird [29]. In einer Studie aus Schweden, in der ältere Menschen eHealth-Anwendungen in Präsenz einer Pflegekraft nutzen, ermittelten Lindberg et al., dass die Beziehung mit dem Pflegepersonal die Nutzung von digitalen Technologien durch ältere Menschen fördert [31].

Die von den Teilnehmenden unserer Studie erwähnte Rolle einer Gemeindeschwester könnte, da sie für unsere Teilnehmenden eine wichtige soziale Konstante ihrer Vergangenheit darstellt, bei der Implementierung einer OHC eine wichtige Rolle spielen und so das „Beste aus beiden Welten" [32] kombinieren. Indem sie eine Brücke schlägt zwischen dem in der alltäglichen Lebenswelt verankerten Bedürfnis nach direktem menschlichem Kontakt und digitalen Anwendungen, die diesen Kontakt ergänzen oder erweitern, ist es denkbar, dass die Gemeindeschwester, heute in Form der „Community Health Nurse", die Digitalität älterer Menschen fördern könnte [32]. Die wahrgenommene Unpersönlichkeit digitaler Angebote – und die damit einhergehende Verunsicherung – ließe sich auf diese Weise abbauen. Wie genau aufsuchende und wohnortnahe Angebote, wie die Community Health Nurse, aber bspw. auch Gesundheitskioske, mit OHCs verbunden werden können, sollte in zukünftigen Studien weiter eruiert werden.

Janusköpfige Digitalisierung

Die beschriebene heterogene Nutzung digitaler Technologien durch die Teilnehmenden lässt sich nach Pirhonen et al. als Variante der „Janusköpfigen Digitalisierung" beschreiben [28]. Dieses Konzept beschreibt, dass ältere Menschen Vorteile und Nachteile von digitalen Technologien gezielt abwägen. So sehen ältere Menschen Vorteile in der Nutzung digitaler Technologien, um alltägliche Verrichtungen zu erledigen, sich unterhalten zu fühlen, oder auch Informationen zu beziehen [28]. Zudem ist digitale Technologie von Vorteil, um bereits bestehende Beziehungen und Verbindungen weiter pflegen zu können [28]. Diese Aspekte finden sich auch in den Ergebnissen dieser Studie wieder.

Dem gegenüber steht ein deutlich von Skepsis geprägter Blick, der eine dystopische Zukunft zeichnet. In dieser verschwindet das Menschlich-unmittelbare zunehmend, und damit auch sinngebende Instanzen des alltäglichen Lebens [28]. Zudem ist die Konfrontation mit der als schnell wahrgenommen Entwicklung digitaler Technologien in Verbund mit im Alter abnehmenden Fähigkeiten ein Aspekt, den auch unsere Teilnehmenden als kritisch bewerten. Mit dem Fortschreiten der Digitalisierung, abnehmenden körperlichen Fähigkeiten, und den Anforderungen auch im Alter weiter lernen zu müssen befürchten die Teilnehmenden im Alter in einer digitalen Welt fehl am Platz zu sein [28]. Vor diesem Hintergrund ist es entscheidend, dem ungleichen Zugang zu digitalen Technologien und Gesundheitsangeboten in Entwicklung und Forschung insbesondere in Bezug auf ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status in ländlichen Räumen eine hohe Priorität einzuräumen [27,29].

Digitalisierung und ontologische Sicherheit

Menschliche Gefühle von Sicherheit und Unsicherheit lassen sich schwer unabhängig von den räumlichen Kontexten, in denen sie sich entfalten, verstehen [33]. In unserer Studie stehen mehrere räumliche Kontexte in Bezug zueinander: Einerseits der ländliche Raum des südlichen Sachsen-Anhalts mit seinem spezifischen, auch historischen, Kontext aus DDR-Sozialisation, strukturschwacher Region und Seniorenvereinen; andererseits der erlebte Raum digitaler Medien und einer imaginierten Online Health Community. Ebenfalls sind beide Räume in unterschiedliche temporale Kontexte eingebunden: Während in Bezug auf Sachsen-Anhalt eher das Vergangene im Fokus steht, wird das Digitale mit einer ungewissen und unsicheren Zukunft assoziiert. Die mit diesen beiden Räumen und Temporalitäten verbundenen Gefühle von Sicherheit und Unsicherheit älterer Menschen im Kontext der der Digitalisierung lassen sich mit dem Begriff der „ontologischen Sicherheit" beschreiben.

Diese beschreibt nach dem Soziologen Anthony Giddens ein Grundvertrauen in die eigene Identität, in andere Menschen als soziales Gegenüber, und in die Konstanz einer sozialen und materiellen Umwelt [34]. Dieses Grundvertrauen und die Konstanz befähigt Akteur*innen dazu, mit Herausforderungen und Veränderungen umgehen zu können [34].

Soziale Räume, die mit Digitalisierung in Verbindung gebracht werden, erleben die Teilnehmenden mit Gefühlen von Unsicherheit. Die Teilnehmenden erleben sich und andere in digitalen Räumen nicht mehr als eine reale, lebendige und vor allem kontinuierliche Personen, sondern imaginieren eine fremde und unpersönliche Welt, die nahbare und menschliche Aspekte verloren hat.

Diese Räume stehen konträr zu den als persönlich wahrgenommenen Räumen, die ein Gefühl und Sicherheit evozieren. Die lässt die Annahme zu, dass der Unsicherheit durch (persönliche) Nähe begegnet werden kann. Dies kann einerseits durch die Beziehungen in den Seniorentreffs erreicht werde, aber auch durch einen persönlichen Besuch der Arztpraxis, oder auch in der Erinnerung an die Gemeindeschwester.

Neben den beschriebenen konkreten Veränderungen, die mit Digitalisierungsprozessen einhergehen, verändern diese auch die Subjektivitäten älterer Menschen und berühren deren Verankerung in existierenden Räumen und führen damit zu einem veränderten Erleben von Sicherheit und Unsicherheit. Diese theoretischen Überlegungen haben Implikationen für zukünftige Forschung zu Digitalisierung, Gesundheit und älteren Menschen: So können aufsuchende, nahe, Maßnahmen, wie der Einsatz von Community Health Nurses, das Gefühl von Sicherheit stärken kann, da sie als stabile und materielle Umwelt erfahren werden. Digitale Angebote wie die Online Health Community hingegen werden nicht als stabil, sondern als flüchtig und fremd empfunden.

Limitationen

In der Interpretation unserer Ergebnisse sind folgende zentrale Limitationen zu beachten: Mit der Anwendung von Methoden der *Rapid Ethnography* könnte ein möglicher Verlust an Tiefe des Datenmaterials und eine geringere Offenheit für die Entdeckung unbekannter Inhalte einhergegangen sein[26]. Jedoch erlaubte uns dieses Vorgehen eine größere Zahl an Interviews zu führen, was in der Gesamtschau zu einem dichteren Datenmaterial geführt hat.

Eine weitere Limitation betrifft das Sampling: Trotz unserer Bemühungen beim Sampling nahmen aufgrund der Rekrutierungsstrategie über Vereine, Kirchengemeinden sowie einer ambulanten Pflegeinrichtungen zunächst überwiegend Personen an der Studie teil, die in einer der genannten sozialen Strukturen und dadurch in ein soziales Netz eingebunden waren. Diese Limitation wird durch Erkenntnisse aus dem Interview mit der Sozialarbeiterin gestützt, die von dem schwierigen und komplexen Prozess berichtete, nur über den Kontakt zu bekannten Personen im Ort weniger eingebundene Menschen erreichen zu können. Abseits des sozialen Netzes haben wir weitere Faktoren sozialer und ökonomischer Ungleichheit beim Sampling nicht berücksichtigt, welche aufgrund unterschiedlicher lebenslanger Akkumulation von Vor- und Nachteilen einen großen Einfluss auf die Fähigkeiten und damit auch Digitalität älterer Menschen darstellen [27].

Analog dazu stellt die Geschlechterverteilung unserer Teilnehmenden eine zweite Limitation dar: Da insbesondere an den Fokusgruppen überwiegend Frauen teilnahmen, konnte die Per-

spektive von Männern möglicherweise schlechter abgebildet werden. Auch dies kann eine Folge unserer Rekrutierungsstrategie sein – ein Bürgermeister aus Region berichtete im Experteninterview, dass überwiegend Frauen in Vereinen und Gemeinden organisiert sind, über die wir die Teilnehmenden rekrutieren. Eine letzte Limitation bezieht sich auf die Auseinandersetzung mit der Idee einer Online Health Community in den Interviews und Fokusgruppen. Eine OHC wurde hier in einer mündlichen Darstellung geschildert, ohne ein angewandtes und plastisches Beispiel von OHCs zu zeigen. Dieses Vorgehen war nur bedingt geeignet, um mit der Zielgruppe darüber vertieft zu sprechen, da es den Teilnehmenden oft schwerfiel, die Skizze nachzuvollziehen. Für zukünftige Studien könnte es sinnvoll sein, den Teilnehmenden bspw. einen Prototyp einer OHC zu präsentieren, sodass konkrete und handlungspraktische Vorstellungen der Anwendung möglich sind.

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass lokale Kontexte, wie die beschrieben Vereins- und Versorgungsstrukturen vor dem Hintergrund der innerdeutschen Teilung, in weiteren Studien in Bezug auf deren Bedeutung für digitale Gesundheitsangebote allgemein und für Online Health Communities im Speziellen erforscht werden sollten. Dabei steht vor allem die persönliche Vermittlung von Digitalisierung im Mittelpunkt. Zudem legt unsere Arbeit nahe, dass Digitalisierungsprozesse auch die Subjektivitäten älterer Menschen berühren, was neben bereits bekannten Konzepten wie der digitalen Gesundheitskompetenz die Entwicklung von zukünftigen digitalen Gesundheitsanwendungen beeinflussen kann.

Verfügbarkeit der Daten

Die anonymisierten Daten sind mit einer nachvollziehbar begründeten Anfrage bei den Autor*innen verfügbar.

Förderung

Das Projekt wurde finanziell im Rahmen des BMBF-WIR! - Förderprogramms (Förderkennzeichen 03WIR3117) gefördert

Danksagung

Wir danken allen teilnehmenden Senior*innen sowie regionalen Interessenvertreter*innen für die Teilnahme an dieser Studie. Auch danken wir den Kolleg*innen von TDG und der AG Versorgungsforschung der Universitätsmedizin Halle für die freundliche und kompetente Unterstützung bei der Umsetzung des Projekts.

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass keine finanziellen und persönlichen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der eingereichten Arbeit bestehen.

Autor*innenschaft

Jonathan Bay: Datenpflege, formale Analyse, Untersuchung, Methodik, Projektverwaltung, Schreiben ursprünglicher Entwurf, Schreiben: Korrekturlesen und Redigieren. Lea Malin Hofmann: Datenpflege, formale Analyse, Methodik, Untersuchung, Projektverwaltung, Schreiben Begutachten und Redaktion. Lea Hallbauer: Schreiben Begutachten und Redaktion. Julia Vorhölter: Schreiben Begutachten und Redaktion. Cornelia Gottschick: Akquisition von Finanzmitteln, Konzeptualisierung, Schreiben Begutachten und Redaktion. Rafael Mikolajczyk: Schreiben Begutachten und Redaktion. Amand Führer: Konzeptualisierung, Methodik, Schreiben Begutachten und Redaktion, Beaufsichtigung, Projektverwaltung. Susan Langer: Konzeptualisierung, Akquisition von Finanzmitteln, Methodik, Schreiben Begutachten und Redaktion, Beaufsichtigung.

Anhang A. Zusätzliche Daten

Zusätzliche Daten verbunden mit diesem Artikel finden sich in der Online-Version unter:https://doi.org/10.1016/j.zefq.2026.03.001.

Literatur

[1] Gieseking A, Gerling V. Gesundheitliche und pflegerische Versorgung in ländlichen Räumen. In: Naegele G, Olbermann E, Kuhlmann A, editors. Teilhabe im Alter gestalten: Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2016. p. 421–34.
[2] Bertelsmann Stiftung, Demografietypisierung 2020 – Typ 1: Stark schrumpfende und alternde Gemeinden in strukturschwachen Regionen, Gütersloh; 2020.
[3] Wiest M, Nowossadeck A, Tesch-Römer C. Regionale Unterschiede in den Lebenssituationen älterer Menschen in Deutschland. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen; 2015.
[4] Deutscher Bundestag, Achter Altersbericht: Ältere Menschen und Digitalisierung, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin; 2020.
[5] Kingod N et al. Online peer-to-peer communities in the daily lives of people with chronic illness: a qualitative systematic review. Qual Health Res 2017;27:89–99. https://doi.org/10.1177/1049732316680203.
[6] Link E. Gesundheitskommunikation mittels Gesundheitsportalen und Online-Communitys. In: Rossmann C, Hastall MR, editors. Handbuch Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: Springer VS; 2016. p. 1–11.
[7] Van Der Eijk M et al. Using online health communities to deliver patient-centered care to people with chronic conditions. J Med Internet Res 2013;15:e115. https://doi.org/10.2196/jmir.2476.
[8] Allen C et al. Long-term condition self-management support in online communities: a meta-synthesis of qualitative papers. J Med Internet Res 2016;18:e5260. https://doi.org/10.2196/jmir.5260.
[9] Kamalpour M, Watson J, Buys L. How can online communities support resilience factors among older adults. Int J Hum Comput Interact 2020;36:1342–53. https://doi.org/10.1080/10447318.2020.1749817.
[10] Oser TK et al. Social media in the diabetes community: a novel way to assess psychosocial needs in people with diabetes and their caregivers. Curr Diab Rep 2020;20:10. https://doi.org/10.1007/s11892-020-1294-3.
[11] Kempner J, Bailey JJ. Collective self-experimentation in patient-led research: how online health communities foster innovation. Soc Sci Med 2019:112366. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112366.
[12] Petkovic J et al. Behavioural interventions delivered through interactive social media for health behaviour change, health outcomes, and health equity in the adult population. Cochrane Database Syst Rev 2021:112366. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012932.pub2.
[13] Hossain SN et al. Web-based peer support interventions for adults living with chronic conditions: scoping review. JMIR Rehabil Assist Technol 2021:e14321. https://doi.org/10.2196/14321.
[14] Salaschek M, Nöcker G. In: Online-Community für kommunale Akteure in der Gesundheitsförderung, Bundesgesundheitsbl. p. 1270–8. https://doi.org/10.1007/s00103-018-2802-3.
[15] Fischer B, Peine A, Östlund B. The importance of user involvement: a systematic review of involving older users in technology design. Gerontologist 2020:e513–23. https://doi.org/10.1093/geront/gnz163.
[16] Cornejo Müller A, Wachtler B, Lampert T. Digital Divide – Soziale Unterschiede in der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote. Bundesgesundheitsbl 2020;63:185–91. https://doi.org/10.1007/s00103-019-03081-y.
[17] Initiative D21, D21-Digital-Index 2023/2024 – Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft; 2024.
[18] Dratva J, Schaeffer D, Zeeb H. Digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Aktueller Stand, Konzepte und Herausforderungen. Bundesgesundheitsbl 2024;67:277–84. https://doi.org/10.1007/s00103-024-03841-5.
[19] Schaeffer D et al. Zusammenfassung Gesundheitskompetenz in Zeiten gesellschaftlicher Unsicherheiten Ergebnisse des HLS-GER 3. Bielefeld/Berlin 2025.
[20] Venkatesh V et al. User acceptance of information technology: toward a unified view. MIS Quart 2003;27:425–78. https://doi.org/10.2307/30036540.
[21] Schleiermacher S. Die Transformation des DDR-Gesundheitswesens: historische Voraussetzungen, Akteure und Interessen. In: Kowalczuk I-S, Ebert F, Kulick H, editors. (Ost)Deutschlands Weg: Teil I – 1989 bis heute. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung; 2021. p. 684–729.

[22] Kruse J. Qualitative Interviewforschung: ein integrativer Ansatz. 2. Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa; 2015.
[23] Braun V, Clarke V. Thematic Analysis: A Practical Guide. London, Thousand Oaks: SAGE; 2022.
[24] Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. Qual Health Res 2016;26:1753–60. https://doi.org/10.1177/1049732315617444.
[25] Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4 Aufl. Verl. für Sozialwiss, Wiesbaden; 2011.
[26] Vindrola-Padros C. In: Rapid Ethnographies: A Practical Guide. Cambridge: Cambridge University Press; 2021. https://doi.org/10.1017/9781108623568.
[27] Ehlers A, et al. Digitale Teilhabe und (digitale) Exklusion im Alter, Expertisen zum Achten Altersbericht der Bundesregierung, Berlin, 2020.
[28] Pirhonen J et al. "These devices have not been made for older people's needs" – Older adults' perceptions of digital technologies in Finland and Ireland. Technol Soc 2020:101287. https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2020.101287.
[29] Wilson J et al. Barriers and facilitators to the use of e-health by older adults: a scoping review. BMC Public Health 2021:1556. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11623-w.
[30] Rothmann L et al. Entwicklung und Pilotierung einer pflegegeleiteten mHealth-Versorgung für Herzinsuffizienz-Betroffene - Eine Machbarkeitsstudie. Pflege 2024;37:339–48. https://doi.org/10.1024/1012-5302/a001019.
[31] Lindberg J, Bhatt R, Ferm A. Older people and rural eHealth: perceptions of caring relations and their effects on engagement in digital primary health care. Scand Caring Sci 2021;35:1322–31. https://doi.org/10.1111/scs.12953.
[32] Troncoso EL, Breads J. Best of both worlds: digital health and nursing together for healthier communities. Int Nurs Rev 2021;68:504–11. https://doi.org/10.1111/inr.12685.
[33] Helbrecht I. Geographien der Verunsicherung. In: Kibel J, editor. Figuring Out Spaces - Über die Sozialität von Räumen und die Räumlichkeit des Sozialen. Bielefeld: Transcript Verlag; 2025.
[34] Giddens A. Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age. Stanford, California: Stanford University Press; 1991.