

Bundesgesundheitsbl 2021 · 64:37–44
<https://doi.org/10.1007/s00103-020-03253-1>
 Eingegangen: 22. Juni 2020
 Angenommen: 10. November 2020
 Online publiziert: 1. Dezember 2020
 © Der/die Autor(en) 2020



Paula Stehr · Winja Weber · Constanze Rossmann

Seminar für Medien- und Kommunikationswissenschaft, Universität Erfurt, Erfurt, Deutschland

Gesundheitsinfor- mations- verhalten 65+: Erreichbarkeit älterer Zielgruppen

Hintergrund

Eine steigende Lebenserwartung und ein Rückgang der Geburtenrate resultieren in einer Zunahme des Durchschnittsalters in der Bevölkerung. Weltweit waren im Jahr 2019 ca. 703 Mio. Menschen 65 Jahre alt oder älter, wobei Forscherinnen und Forscher eine Verdoppelung dieser Zahl bis 2050 erwarten [1]. Auch in Deutschland ist die Verschiebung der Altersstruktur deutlich sichtbar: Im Jahr 2018 lag der Bevölkerungsanteil der ab 67-Jährigen bei 19%, wohingegen im Jahr 2060 ein Anteil dieser Altersgruppe von 24–30% erwartet wird [2]. Durch die Alterung der Bevölkerung wird auch eine starke Zunahme von altersbedingten und chronischen Krankheiten in Deutschland prognostiziert, die zu einem erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung führt [3–5]. Für ältere Menschen spielt es daher eine zentrale Rolle, die Gesundheit zu erhalten, Krankheiten zu bewältigen und erforderliche gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen [6].

Um ältere Menschen bestmöglich in ihrem individuellen Gesundheitsverhalten zu unterstützen, ist es wichtig, sie effektiv über Gesundheitsfragen zu informieren – insbesondere diejenigen, die von einem schlechteren Gesundheitszustand (z. B. chronischen Erkrankungen) betroffen und deshalb besonders auf Gesundheitsinformationen angewiesen sind. Da dies jedoch nicht auf einer breiten Basis im Rahmen der Gesundheitsvorsorge geleistet werden kann, spielen mediale Kommunikationsangebote (z. B. im Rahmen von Kampagnen) dabei eine zentrale Rolle. Welche Kommunikationskanäle jedoch genau für die

Zielgruppe geeignet sind, sollte zunächst auf Basis empirischer Evidenzen ermittelt werden. So ist basierend auf dem Rahmenmodell der theorie- und evidenzbasierten Kampagnenplanung [7] zum einen die Auswahl von Inhalten und Botschaften sowie deren Aufbereitung für eine effektive Kommunikationsstrategie entscheidend. Zum anderen spielt auch die Auswahl geeigneter Kommunikationswege und Kanäle auf Basis von Erkenntnissen zum Mediennutzungs- bzw. Gesundheitsinformationsverhalten der Zielgruppe eine wichtige Rolle. Ältere Personen unterscheiden sich in ihrem allgemeinen Mediennutzungs- sowie ihrem Gesundheitsinformationsverhalten jedoch deutlich von jüngeren Zielgruppen [8, 9], weshalb das Gesundheitsinformationsverhalten der ab 65-Jährigen im vorliegenden Beitrag genauer beschrieben werden soll.

Zudem muss berücksichtigt werden, dass ältere Menschen eine sehr heterogene Zielgruppe darstellen [10]. Der Heterogenität von Bevölkerungsgruppen wird bei der Planung von Gesundheitskampagnen Rechnung getragen, indem die Zielgruppe in mehrere Teilzielgruppen unterteilt wird [11]. Entsprechend sollte sich auch die Auswahl von Kommunikationskanälen am Gesundheitsinformationsverhalten der verschiedenen Teilzielgruppen innerhalb der Altersgruppe 65+ orientieren. Um diese Teilzielgruppen zu bestimmen, werden neben Merkmalen, die mit dem Zielverhalten in Verbindung stehen (z. B. Gesundheitszustand), insbesondere soziodemografische Daten (z. B. sozioökonomischer Status, Geschlecht, Alter) als Faktoren herangezogen [12, 13].

Eine wichtige Zielgruppe bei älteren Menschen stellen Personen mit gesundheitlichen Problemen wie chronischen Erkrankungen dar. Es ist wichtig, diese gezielt und effektiv über Gesundheitsfragen zu informieren. Studien zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem Gesundheitsinformationsverhalten älterer Menschen gibt. Manche deuten hierbei darauf hin, dass Personen mit gesundheitlichen Problemen – insbesondere in Form chronischer Erkrankungen – mehr nach Gesundheitsinformationen suchen [14–16], während andere zeigen, dass Personen mit einem guten Gesundheitszustand häufiger Gesundheitsinformationen nutzen [12, 17].

Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status leiden weitaus häufiger an chronischen Erkrankungen und Beschwerden [18]. Entsprechende Unterschiede zeigen sich auch mit Blick auf den subjektiven Gesundheitszustand: Eine Umfrage zeigt, dass 52% der 65- bis 85-Jährigen mit einem höheren sozioökonomischen Status ihren Gesundheitszustand positiv bewerten, während dies bei Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status nur bei 28% der Fall ist [19]. Zudem gehen Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status stärker davon aus, einen Einfluss auf die eigene Gesundheit zu haben, als Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status [19]. Dies bedeutet, dass vor allem Ältere mit einem niedrigen sozioökonomischen Status auf Unterstützung durch Informationen angewiesen sind und spezifisch durch Kanäle erreicht werden sollten, die sie besonders häufig nutzen.

Auch das Geschlecht spielt in Bezug auf das Thema Gesundheit eine Rolle. Aufgrund der höheren Lebenserwartung sind ältere Frauen häufiger als ältere Männer von Krankheiten betroffen [20]. Männer schätzen ihren Gesundheitszustand etwas positiver ein als Frauen [21], sind jedoch auch weniger gesundheitsbewusst und ergreifen seltener Präventionsmaßnahmen [22]. Deshalb müssen sowohl Männer als auch Frauen mit den für sie relevanten Gesundheitsthemen über die von ihnen genutzten Kommunikationskanäle gezielt adressiert werden.

Als weiteres soziodemografisches Merkmal könnte auch das Alter herangezogen werden. Jedoch zeigen Studien aus dem Bereich der Gerontologie, dass Menschen sehr unterschiedlich altern und das Verhalten von Seniorinnen und Senioren nicht hauptsächlich durch deren Anzahl an Lebensjahren erklärt werden kann [10, 23, 24]. Wichtiger als das chronologische Alter ist vielmehr die individuelle Wahrnehmung des Alters bzw. des Älterwerdens. Diese Wahrnehmung hängt stark mit der Denkweise und Aktivität einer Person zusammen [23]. Während einige das Älterwerden als Gewinn sehen, nehmen andere es eher als Verlust wahr [25]. Zum Beispiel kann eine 65-jährige Person noch sehr aktiv sein und den Eintritt ins Rentenalter als neuen Start sehen, während eine andere gleichaltrige Person einen sehr inaktiven Lebensstil hat und das Rentenalter als Beginn der letzten Lebensphase sieht [26]. Menschen mit einem negativen Altersbild führen Krankheitssymptome und körperliche Einschränkungen häufiger auf das Altern an sich zurück als auf behandelbare Krankheiten und zeigen deshalb ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten [27]. Es ist deshalb wichtig zu wissen, über welche Kanäle sich Menschen mit einem eher negativen Altersbild zum Thema Gesundheit informieren, um hierüber Botschaften zu kommunizieren, die diese Vorstellungen adressieren.

Wie diese Ausführungen zeigen, ist es notwendig, die Zielgruppe 65+ als heterogene Zielgruppe zu betrachten. Um Gesundheitsinformationen gezielt an bestimmte Teilgruppen streuen zu können, müssen die Kommunikationskanäle ent-

sprechend ausgewählt werden. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es daher, das Gesundheitsinformationsverhalten der Älteren in Deutschland sowohl insgesamt als auch für relevante Teilzielgruppen (segmentiert nach chronischen Erkrankungen, Einkommen als Indikator des sozioökonomischen Status, Geschlecht und Altersbild) innerhalb der älteren Bevölkerung zu beschreiben. Die Basis hierfür bilden Daten aus einer zweiteiligen Studie, die im Rahmen eines Projekts zur Förderung körperlicher Aktivität¹ erhoben wurden. Um zunächst die Bandbreite möglicher Gesundheitsinformationsquellen der Zielgruppe aufzudecken und anschließend die am häufigsten genutzten Quellen zu quantifizieren, wurden qualitative Interviews mit einer standardisierten Befragung kombiniert.

Studie 1: Qualitative Leitfadenterviews

Methode

In den qualitativen Leitfadenterviews wurden je 10 Personen in Thüringen und Nordrhein-Westfalen befragt. Unter den 20 Befragten waren gleich viele Männer und Frauen sowie Personen aus zwei Altersgruppen (65 bis 79 Jahre und ab 80 Jahren). Um eine möglichst große Heterogenität der Stichprobe zu gewährleisten, wurden bewusst auch Personen mit Migrationshintergrund und niedrigem sozioökonomischen Status rekrutiert, da diese mit Gesundheitskampagnen häufig schwerer zu erreichen sind. Die Rekrutierung erfolgte über Dritte, sodass sich die Interviewerinnen und Befragten nicht persönlich kannten. Die Interviews fanden im Juli 2018 statt und dauerten zwischen 30 und 60 min. Die Teilnehmenden erhielten eine Aufwandsentschädigung von 20 €. Sie wurden vor dem Interview über die Freiwilligkeit der Teilnahme und das

Ziel der Studie aufgeklärt und willigten schriftlich in die Speicherung und Verarbeitung ihrer Daten ein. Die Wahrung ethischer Standards wurde durch eine Prüfung des Ethikbeirats der Universität Erfurt sichergestellt. Die Interviews wurden aufgezeichnet und anschließend mit dem Programm MAXQDA [29] verschriftlicht. Bei der Transkription wurden Namen und Ortsbezeichnungen durch allgemeine Beschreibungen ersetzt und jedem Teilnehmenden ein Pseudonym zugeordnet. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse [30].

Ergebnisse

Die Ergebnisse der qualitativen Interviews deuten darauf hin, dass die Älteren zwar am Thema Gesundheit interessiert sind, einige sich jedoch eher ungerichtet informieren, anstatt gezielt nach Informationen zu suchen: „Ja was man halt so mitkriegt so aus den Medien und so weiter“ (Christine, 68 Jahre). Um sich allgemein zu informieren, greifen sie auf die klassischen Massenmedien wie Fernsehen, Tageszeitung und Zeitschriften zurück. Als einzelne Angebote können hierbei die *Apotheken Umschau*, Zeitschriften der Krankenkassen und Gesundheitsmagazine auf den dritten Programmen (regionale Fernsehsender) herausgegriffen werden. Dabei wurden in den qualitativen Interviews die NDR-Sendung *Visite* und die MDR-Sendung *Hauptsache Gesund* mehrfach explizit genannt. Hierbei wurde positiv hervorgehoben, dass dort über Themen informiert wird, die für breite Teile der Bevölkerung relevant sind: „Was wir gerne sehen, Sendungen vom MDR. Da ist ja Donnerstag immer ‚Gesund bleiben‘, die verfolgen wir recht gerne. Weil es eigentlich allgemeine Themen sind und, sagen wir mal, nicht so sehr spezifisch“ (Frida, 67 Jahre). Aber auch spezifische Fachinformationen können eine Rolle für Ältere spielen: „Gesundheitliche Themen finde ich mehr in spezielle² Literatur. Das, was ... die Zei-

¹ Das Projekt wurde unterstützt durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rahmen von *Älter werden in Balance*, einem Programm mit finanzieller Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV). Die vollständigen Ergebnisse des Projekts können im Abschlussbericht nachgelesen werden [28].

² Die Formulierungen der Befragten wurden im Wortlaut übernommen und grammatikalische Fehler beibehalten.

Gesundheitsinformationsverhalten 65+: Erreichbarkeit älterer Zielgruppen

Zusammenfassung

Hintergrund. Der Anteil älterer Personen in der Bevölkerung wächst stetig. Gleichzeitig steigen im Alter die Risiken für gesundheitliche Probleme. Aus Sicht der Gesundheitsförderung ist es deshalb wichtig, diese Zielgruppe zu erreichen. Für die Auswahl geeigneter Kommunikationskanäle sollte das Mediennutzungs- bzw. Gesundheitsinformationsverhalten berücksichtigt werden. Dabei kann auch eine Segmentierung der heterogenen Zielgruppe 65+ in Teilzielgruppen notwendig sein.

Ziel des Beitrags. Der Beitrag liefert aktuelle empirische Daten zum Gesundheitsinformationsverhalten der Zielgruppe 65+ insgesamt sowie spezifischer Teilzielgruppen. Auf dieser Basis können geeignete Kommunikations-

kanäle ausgewählt werden, um diese Gruppen gezielt zu erreichen.

Methodik. Es wurden zunächst 20 Personen mit qualitativen Leitfadenterviews befragt und anschließend eine standardisierte telefonische Befragung von 1001 zufällig ausgewählten Personen ab 65 Jahren durchgeführt.

Ergebnisse. Die Zielgruppe 65+ kann am besten über interpersonale und traditionelle, massenmediale Quellen erreicht werden. Dabei spielen, insbesondere für chronisch kranke Menschen, auch gesundheitspezifische Angebote wie Apothekenzeitschriften eine wichtige Rolle. Weiterhin stellen Gespräche mit medizinischem Personal eine wichtige Quelle für chronisch Erkrankte und Menschen

mit einem eher negativen Altersbild dar. Über das Internet werden eher Männer und Personen mit höherem Einkommen erreicht. **Diskussion.** Die Älteren in Deutschland sind eine heterogene Zielgruppe. Bei der Erreichbarkeitsplanung müssen Unterschiede im Gesundheitsinformationsverhalten verschiedener Teilzielgruppen berücksichtigt werden. Weiterhin sollten auch Inhalte und Gestaltung von Kommunikationsmaßnahmen evidenzbasiert konzipiert werden.

Schlüsselwörter

Ältere und Hochaltrige · Gesundheitsinformationsverhalten · Theorie- und evidenzbasierte Gesundheitskommunikation · Erreichbarkeitsplanung · Zielgruppensegmentierung

Health information behavior of 65+: reaching older target groups

Abstract

Background. The proportion of older adults among the population is constantly growing. At the same time, the risk of health problems increases with age. From a health promotion perspective, it is therefore important to reach this target group. The selection of media and communication channels should be based on media use and health information behavior of the target group. In this context, it may be necessary to segment the heterogeneous group of older adults into subgroups.

Objectives. The article provides current empirical data on the health information behavior of older adults in general and in particular subgroups. On this basis, adequate

communication channels can be selected to address these groups.

Methods. First, 20 people participated in guided qualitative interviews. Second, a subsequent standardized telephone survey of 1001 randomly selected people aged 65 years and above was conducted.

Results. Older adults can best be reached via interpersonal and traditional mass media sources. Health-related media such as pharmacy magazines also play an important role, especially for people with chronic diseases. Furthermore, health professionals are also an important source of information for older adults with chronic diseases and

a negative attitude towards aging. On the internet, men and people with a higher income are more likely to be reached.

Conclusions. Older adults in Germany are a heterogeneous target group. To reach them effectively, differences in the health information behavior of subtarget groups must be considered. Furthermore, the content and design of communication measures should also be evidence based.

Keywords

Older adults · Health information behavior · Theory- and evidence-based communication · Media strategy · Audience segmentation

tung schreibt, das schreiben nicht die Spezialisten ... Und der spezielle Literatur, da schreiben auch Spezialisten und ... die Genauigkeit ist mehr da für mich angepasst“ (Evgeny, 70 Jahre). Für die gezielte Suche nach Informationen bietet das Internet Vorteile: „Also ich bin sehr oft im Internet unterwegs, ... weil da ist es am leichtesten zu suchen. Da muss man nicht jetzt losgehen und Bücher durchstöbern oder Zeitschriften“ (Jochen, 70 Jahre). Weiterhin tauschen sich Ältere mit anderen Personen über das Thema Gesundheit aus, sowohl mit medizinischem Personal als auch mit der Familie, Bekann-

ten oder Menschen mit der gleichen Erkrankung. Die Ergebnisse zeigen, dass in Bezug auf das Gesundheitsinformationsverhalten der Zielgruppe 65+ eine große Anzahl an unterschiedlichen, potenziellen Quellen berücksichtigt werden muss. Die qualitativen Interviews machen dabei deutlich, dass die Funktionen, die Ältere diesen Quellen zuschreiben, variieren. Sowohl allgemeine massenmediale Inhalte als auch gesundheitsbezogene Rundfunk- und Printangebote dienen dazu, sich über Gesundheit zu informieren, ohne dies auf bestimmte Themen oder Erkrankungen einzugrenzen. Für

spezifische Informationen wird laut Aussagen der Befragten hingegen auf Fachveröffentlichungen, das Internet und den Austausch mit medizinischem Personal oder anderen Betroffenen zurückgegriffen.

Studie 2: Repräsentative Telefonbefragung

Methode

Im Anschluss an die qualitative Studie wurde eine standardisierte, computergestützte Telefonbefragung durchgeführt

(CATI), um die quantitative Bedeutung der unterschiedlichen Gesundheitsinformationsquellen zu analysieren. Die Grundgesamtheit umfasst Menschen ab 65 Jahren in Deutschland. Die Auswahl der Befragten erfolgte über eine zufällige Auswahl von deutschlandweiten Festnetz- und Handynummern. Die Teilnahme war freiwillig und wurde nicht vergütet. Die Daten wurden anonymisiert erhoben und das Vorgehen durch den Ethikbeirat der Universität Erfurt als unbedenklich eingestuft. Lebte mehr als eine Person ab 65 Jahren in einem Haushalt, wurde die zu befragende Person über die Next-Birthday-Methode bestimmt; also diejenige Person ab 65 Jahren befragt, die als Nächste Geburtstag hat.

Operationalisierung

Um das Gesundheitsinformationsverhalten zu erfassen, wurde die Nutzungshäufigkeit der folgenden Quellen erfasst, die auf Basis der Leitfadenterviews identifiziert worden waren: Gespräche mit medizinischem Personal; Gespräche mit Apotheker/innen; kostenlose Broschüren; Krankenkassenzeitschriften; Apothekenzeitschriften; Gespräche mit Familie, Freund/innen, Bekannten; Fernseh- und Radiosendungen; Gesundheitsprogramme auf regionalen Sendern; Tageszeitung oder Zeitschriften; Internet; Bücher; Veranstaltungen. Die Reihenfolge der Quellen wurde zufällig rotiert. Die Befragten konnten ihre Antwort auf einer Skala abstufen, deren Skalenpunkte für die telefonische Befragung verbalisiert wurden (1 „nie“, 2 „selten“, 3 „hin und wieder“, 4 „häufig“, 5 „sehr häufig“). Zusätzlich wurde das allgemeine Interesse an Gesundheit und Krankheitsprävention durch die Zustimmung (1 „trifft gar nicht zu“, 2 „trifft eher nicht zu“, 3 „teils, teils“, 4 „trifft eher zu“, 5 „trifft voll und ganz zu“) zu zwei Items abgefragt: „Ich bin sehr darauf bedacht, durch mein Verhalten und meine Lebensweise Krankheiten vorzubeugen“ und „Ich interessiere mich generell sehr für das Thema Gesundheit“.

Das Vorhandensein chronischer Erkrankungen wurde mit der folgenden Frage erhoben: „Haben Sie eine chro-

nische Krankheit?“ Als Indikator für den sozioökonomischen Status wurde lediglich das Einkommen herangezogen. Während hierfür üblicherweise häufig auch der berufliche Status herangezogen wird, ist dieser bei Älteren kein geeigneter Indikator, da die meisten dieser Altersgruppe nicht mehr berufstätig sind [31] – so auch 90 % der Befragten dieser Studie. Bezüglich der formalen Bildung zeigten die Leitfadenterviews zudem, dass die Bildungsbiografie älterer Personen mitunter durch geschichtliche Ereignisse, wie beispielsweise den Zweiten Weltkrieg, unterbrochen wurde und der formale Schulabschluss in der Jugend nicht immer aussagekräftig für den Status im Alter ist. Das Einkommen wurde als monatliches Nettohaushaltseinkommen kategorial erhoben (1 „weniger als 1000 €“, 2 „1000 bis unter 2000 €“, 3 „2000 bis unter 3000 €“, 4 „3000 bis unter 4000 €“, 5 „4000 € und mehr“) und für die Auswertung in jene mit einem eher unterdurchschnittlichen Haushaltseinkommen und jene mit einem eher durchschnittlichen oder überdurchschnittlichen Einkommen dichotomisiert. Basierend auf dem durchschnittlichen monatlichen Nettohaushaltseinkommen von Rentner/innenhaushalten wurde die Grenze hierfür bei 2000 € festgesetzt [32].

Als relevante Dimensionen des subjektiven Altersbildes wurden auf Basis der qualitativen Leitfadenterviews verschiedene Aspekte identifiziert: körperlicher Verlust, sozialer Verlust, persönliche Weiterentwicklung, Selbstkenntnis und die Einschätzung des zukünftigen Lebens. Um für die standardisierte Befragung bereits validierte Items verwenden zu können, wurde für die Operationalisierung auf Items aus dem Deutschen Alterssurvey zurückgegriffen [33]. Die Reihenfolge der insgesamt zehn Items wurde zufällig rotiert und die Zustimmung auf einer 5-stufigen Antwortskala erfasst (1 „trifft gar nicht zu“, 2 „trifft eher nicht zu“, 3 „teils, teils“, 4 „trifft eher zu“, 5 „trifft voll und ganz zu“). Beispielsätze sind: „Ich freue mich auf das Leben, das noch vor mir liegt“ (Einschätzung des zukünftigen Lebens), „Älterwerden bedeutet für mich, dass ich körperliche Einbußen schlechter ausgleichen kann“

(körperlicher Verlust), „Älterwerden bedeutet für mich, dass ich mich häufiger einsam fühle“ (sozialer Verlust), „Älterwerden bedeutet für mich, dass sich meine Fähigkeiten erweitern“ (persönliche Weiterentwicklung) und „Älterwerden bedeutet für mich, dass ich mich selbst genauer kennen und besser einschätzen lerne“ (Selbstkenntnis). Aus den zehn Items wurde ein Index berechnet ($M = 3,9$; $SD = 0,6$; $\alpha = 0,74$). Der Median lag ebenfalls bei 3,9, sodass dieser Wert als Cut-off-Kriterium gewählt wurde, um zwei gleich große Gruppen miteinander vergleichen zu können. Befragte mit einem Wert bis einschließlich 3,9 wurden der Gruppe „eher negatives Altersbild“ zugeordnet, jene mit einem Wert über 3,9 der Gruppe „eher positives Altersbild“. Die Befragten in dieser Gruppe haben also den Items überwiegend zugestimmt, da ein Wert von 4 „trifft eher zu“ bedeutete.

Stichprobe

Insgesamt haben 1001 Personen vollständig an der durchschnittlich 30-minütigen Befragung teilgenommen. Hinsichtlich Alter und Geschlecht entspricht die Verteilung in der Stichprobe der Grundgesamtheit [34]. So waren 24 % der Befragten 80 Jahre alt oder älter und 49 % der Befragten waren männlich. In der Stichprobe waren jedoch mehr Menschen mit höherem Bildungsgrad (49 % mit (Fach-)Hochschulreife) vertreten als in der Grundgesamtheit. Für die Darstellung von Mittelwerten und Mittelwertsunterschieden (t-Tests) wurden die Daten deshalb auf der Basis von Bundesland, Alter, Geschlecht und Bildungsabschluss gewichtet. Grundsätzlich deuten die Daten darauf hin, dass Ältere ein hohes Interesse an Gesundheit haben ($M = 3,8$; $SD = 1,2$) und darauf bedacht sind, durch ihre Lebensweise Krankheiten vorzubeugen ($M = 4,3$; $SD = 1,0$).

Ergebnisse

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der standardisierten Befragung, dass sich Ältere eher selten bis hin und wieder gezielt über Gesundheit informieren. Innerhalb

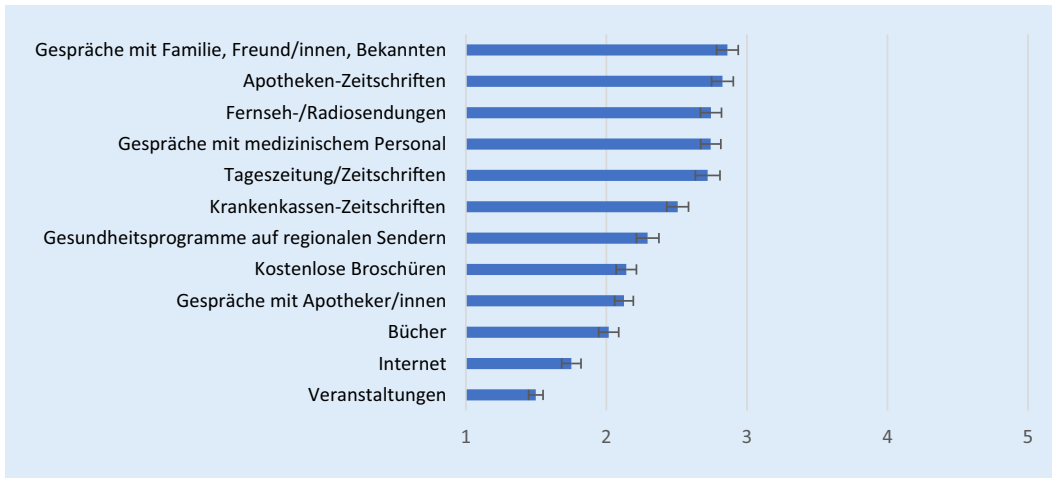


Abb. 1 ◀ Nutzungshäufigkeit verschiedener Gesundheitsinformationsquellen von Personen ab 65 Jahren. $n = 982-987$, gewichtete Mittelwerte auf einer Skala von 1 „nie“ bis 5 „sehr häufig“

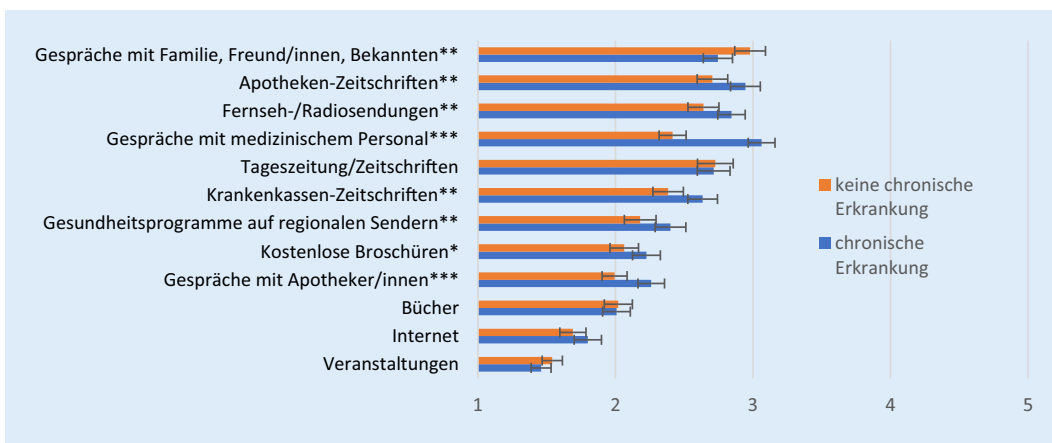


Abb. 2 ◀ Vergleich der Nutzungshäufigkeit verschiedener Gesundheitsinformationsquellen von Personen ab 65 Jahren mit und ohne chronische Erkrankung. $n_{\text{chronische Erkrankung}} = 492-495$, $n_{\text{keine chronische Erkrankung}} = 483-486$; gewichtete Mittelwerte auf einer Skala von 1 „nie“ bis 5 „sehr häufig“. */**/** Der Gruppenunterschied ist auf einem Niveau von 0,05/0,01/0,001 signifikant

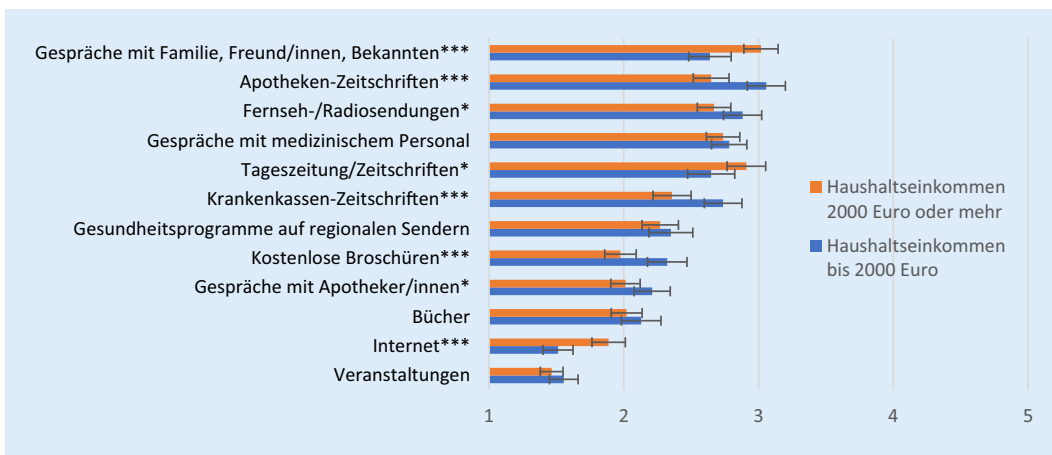


Abb. 3 ◀ Vergleich der Nutzungshäufigkeit verschiedener Gesundheitsinformationsquellen von Personen ab 65 Jahren mit höherem und niedrigerem Einkommen. $n_{\text{Haushaltseinkommen bis 2000 €}} = 260$, $n_{\text{Haushaltseinkommen 2000 € oder mehr}} = 343-346$; gewichtete Mittelwerte auf einer Skala von 1 „nie“ bis 5 „sehr häufig“. */*** Der Gruppenunterschied ist auf einem Niveau von 0,05/0,001 signifikant

dieser niedrigen Nutzungshäufigkeit zählen Gespräche, sowohl mit Familie und Freund/innen als auch mit medizinischem Personal, traditionelle Massenmedien wie Fernseh-/Radiosendungen und Tageszeitungen/Zeitschriften sowie gesundheitspezifische Angebote wie Apotheken- und Krankenkassen-

zeitschriften zu den stärker genutzten Quellen (Abb. 1). Das Internet wird hingegen insgesamt eher selten bis gar nicht zur Informationssuche herangezogen.

Möchte man verschiedene Gruppen innerhalb der älteren Bevölkerung gezielt erreichen, so sollten Unterschiede

im Gesundheitsinformationsverhalten berücksichtigt werden. Ältere mit einer chronischen Erkrankung nutzen gesundheitspezifische Quellen wie medizinisches und pharmazeutisches Personal, Apotheken- und Krankenkassenzeitschriften sowie Gesundheitsprogramme auf regionalen Sendern signifikant

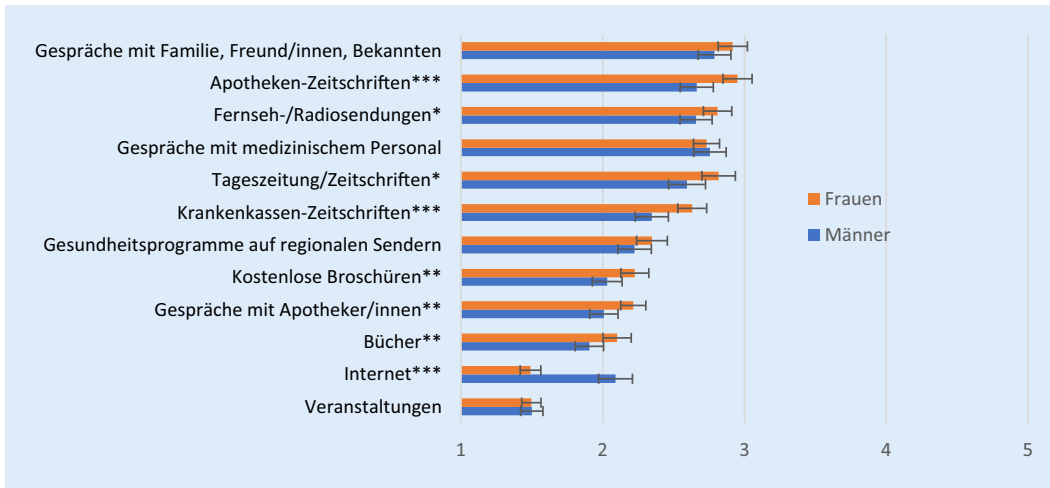


Abb. 4 ◀ Vergleich der Nutzungshäufigkeit verschiedener Gesundheitsinformationsquellen von Männern und Frauen ab 65 Jahren. $n_{\text{Männer}} = 426-429$, $n_{\text{Frauen}} = 555-559$; gewichtete Mittelwerte auf einer Skala von 1 „nie“ bis 5 „sehr häufig“. */**/** Der Gruppenunterschied ist auf einem Niveau von 0,05/0,01/0,001 signifikant

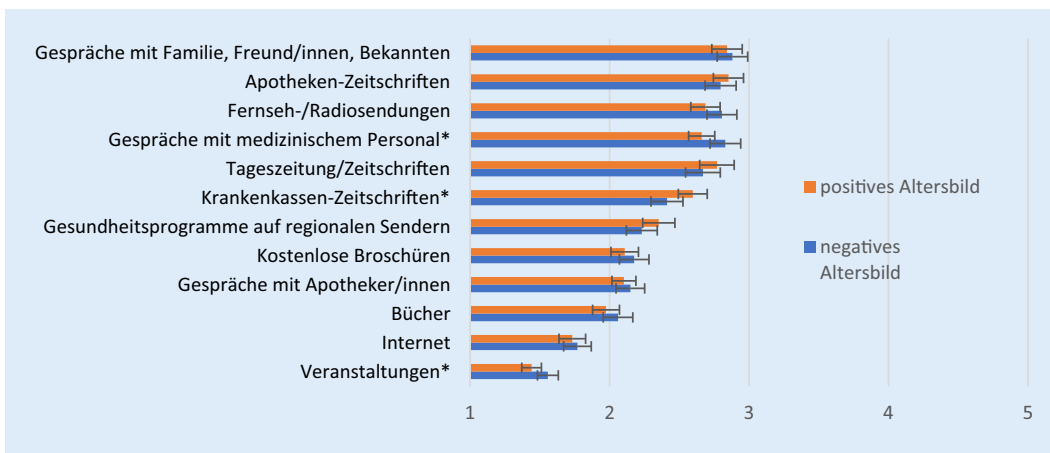


Abb. 5 ◀ Vergleich der Nutzungshäufigkeit verschiedener Gesundheitsinformationsquellen von Personen ab 65 Jahren mit positivem und negativem Altersbild. $n_{\text{negatives Altersbild}} = 474-479$, $n_{\text{positives Altersbild}} = 505-508$; gewichtete Mittelwerte auf einer Skala von 1 „nie“ bis 5 „sehr häufig“. *Der Gruppenunterschied ist auf einem Niveau von 0,05 signifikant

häufiger als jene ohne chronische Erkrankung (Abb. 2). Gespräche mit medizinischem Personal und Apothekenzeitschriften stellen dabei die am häufigsten genutzten Quellen dar.

Hinsichtlich des Einkommens lassen sich ebenfalls eine Reihe von Unterschieden in den genutzten Quellen für Gesundheitsinformationen feststellen (Abb. 3). Jene mit höherem Einkommen sprechen häufiger mit dem persönlichen Umfeld über Gesundheit und nutzen häufiger Tageszeitungen/Zeitschriften und das Internet, um sich über Gesundheit zu informieren, als Personen mit niedrigerem Einkommen. Für Ältere mit niedrigerem Haushaltseinkommen stellen hingegen Apothekenzeitschriften und Fernseh-/Radiosendungen besonders wichtige Gesundheitsinformationsquellen dar. Auch kostenlose Angebote wie Broschüren und Krankenkassenzeitschriften nutzen

sie häufiger als Personen mit höherem Einkommen.

Frauen und Männer unterscheiden sich ebenfalls in der Nutzungshäufigkeit der verschiedenen Quellen (Abb. 4). Die meisten Quellen werden dabei von Frauen häufiger genutzt als von Männern; dies trifft insbesondere für Apothekenzeitschriften zu. Innerhalb der niedrigeren Nutzungshäufigkeit der Männer sind die am meisten genutzten Quellen Gespräche mit persönlichen Kontakten und medizinischem Personal. Weiterhin nutzen Männer deutlich häufiger als Frauen das Internet, um sich über Gesundheit zu informieren.

In Bezug auf das Altersbild gibt es nur wenig Unterschiede der genutzten Gesundheitsinformationsquellen (Abb. 5). Personen mit einem eher negativen Altersbild sprechen etwas häufiger mit medizinischem Personal über Gesundheit als jene mit einem

positiven Altersbild. Hinsichtlich des Besuchs von Veranstaltungen gibt es zwar einen signifikanten Unterschied, diese Form der Gesundheitsinformation ist jedoch auch bei jenen mit eher negativem Altersbild die am wenigsten genutzte. Relevante Arten der Informationsnutzung für diese Zielgruppe sind hingegen sowohl interpersonale als auch massenmediale Quellen.

Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie decken sich mit anderen Repräsentativdaten zum Gesundheitsinformationsverhalten der ab 60-Jährigen in Deutschland [12] und zeigen, dass Ältere vorrangig interpersonale Quellen wie medizinisches Personal, Familie und den Freundeskreis sowie Apothekenzeitschriften und andere traditionelle Medienquellen (z. B. TV, Tageszeitung) heranziehen, um sich über

Gesundheitsthemen zu informieren. Obwohl die Bedeutung des Internets als Gesundheitsinformationsquelle generell zunimmt [35–37], hat es für ältere Personen einen bisher eher geringen Stellenwert [12].

Insgesamt suchen Ältere eher selten gezielt nach Gesundheitsinformationen. Betrachtet man Daten zu den Alltagsaktivitäten von älteren Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland [28], wird jedoch deutlich, dass die Nutzung von Massenmedien wie Zeitungen (insbesondere regionale Tageszeitungen), Zeitschriften, Fernsehen und Radio grundsätzlich einen hohen Stellenwert im Alltag einnimmt. In Verbindung mit der Tatsache, dass Ältere ein eher hohes Interesse an Gesundheit aufweisen, kann die Zielgruppe deshalb über die klassischen Massenmedien vermutlich dennoch gut mit Gesundheitsthemen erreicht werden – auch wenn sie nicht gezielt danach suchen. Hierzu sollte in künftigen Studien neben der aktiven Suche nach Gesundheitsinformationen auch deren passive Aufnahme („information scanning“) berücksichtigt werden. Beide Arten der Informationsaufnahme haben potenziell Einfluss auf gesundheitsbezogene Einstellungen und das Gesundheitsverhalten [38, 39].

Über diesen allgemeinen Befund hinaus müssen Unterschiede zwischen verschiedenen Teilzielgruppen berücksichtigt werden, um diese gezielt über bestimmte Kanäle ansprechen zu können. So informieren sich Frauen insgesamt öfter als Männer über Gesundheit und nutzen hierfür am häufigsten Apothekenzeitschriften. Männer hingegen bevorzugen interpersonale Quellen und nutzen häufiger als Frauen das Internet zur Gesundheitsinformationssuche. Chronisch Erkrankte informieren sich häufig in gesundheitspezifischen Quellen, insbesondere Gespräche mit medizinischem Personal spielen dabei eine zentrale Rolle. Personen mit niedrigerem Haushaltseinkommen können am besten über Apotheken- und Krankenkassenzeitschriften sowie Radio- und Fernsehsendungen erreicht werden. Dabei wird deutlich, dass sie insbesondere kostenfreie Angebote häufiger nutzen als Personen mit höherem Einkommen.

Bezüglich des Altersbildes zeigten sich kaum Unterschiede im Gesundheitsinformationsverhalten. Die Zielgruppe jener mit einem eher negativen Altersbild kann also ebenso wie die Älteren insgesamt sowohl über interpersonale als auch massenmediale Quellen erreicht werden.

Aus Sicht eines Kommunikators können diese Ergebnisse genutzt werden, um gezielt Informationen zu verbreiten: Beispielsweise könnten Informationen über Verfahren zur Früherkennung von Brustkrebs für ältere Frauen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status bevorzugt über kostenlose Apothekenzeitschriften distribuiert werden. Dieser Beitrag stellt somit vor allem die Notwendigkeit der Selektion geeigneter Kanäle in den Fokus. Das Beispiel macht außerdem deutlich, dass die in diesem Beitrag getrennt betrachteten Merkmale mitunter in Kombination in die Planung einfließen müssen. So treten manche Merkmale wie ein niedriger sozioökonomischer Status bzw. ein niedriges Einkommen und chronische Erkrankungen häufig gemeinsam auf [18]. Für beide Merkmale zeigte sich, dass auch in diesem Fall Apothekenzeitschriften eine bevorzugte Quelle sind, da dieses Medium sowohl kostenlos ist als auch ein gesundheitspezifisches Angebot darstellt.

Mit Blick auf die theorie- und evidenzbasierte Planung strategischer Gesundheitskommunikation [7] müssen jedoch neben der Auswahl geeigneter Quellen auch die Inhalte und die Gestaltung von Kommunikationsmitteln auf die Zielgruppe angepasst werden. Bei der Aufbereitung von Materialien für eine ältere Zielgruppe muss beispielsweise berücksichtigt werden, dass im Alter kognitive und körperliche Fähigkeiten abnehmen [40] und es Älteren schwerfällt, komplexe Situationen zu verarbeiten und die Relevanz verschiedener Informationen zu differenzieren [41]. Darüber hinaus sollten neben der Auswahl geeigneter Quellen auch die konkreten Inhalte der Kommunikationsmaßnahmen evidenzbasiert für das jeweilige Gesundheitsverhalten formuliert werden (für ein Beispiel siehe [28] zu körperlicher Aktivität bei Älteren).

Korrespondenzadresse

Dr. des. Paula Stehr

Seminar für Medien- und Kommunikationswissenschaft, Universität Erfurt
Nordhäuser Str. 63, 99089 Erfurt, Deutschland
paula.stehr@uni-erfurt.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. P. Stehr, W. Weber und C. Rossmann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen empirischen Studien wurden mit Zustimmung des Ethikbeirats der Universität Erfurt, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen Befragten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. United Nations (2020) World Population Ageing 2019. UN, New York
2. Statistisches Bundesamt (2019) Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
3. Siewert U, Fendrich K, Doblhammer-Reiter G, Scholz RD, Schuff-Werner P, Hoffmann W (2010) Health care consequences of demographic changes in Mecklenburg-West Pomerania: projected case numbers for age-related diseases up to the year 2020, based on the Study of Health in Pomerania (SHIP). *Dtsch Arztebl Int* 107:328–334. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0328>
4. Bleibler F, Konnopka A, Benzinger P, Rapp K, König H-H (2013) The health burden and costs of incident fractures attributable to osteoporosis

- from 2010 to 2050 in Germany—a demographic simulation model. *Osteoporos Int* 24:835–847. <https://doi.org/10.1007/s00198-012-2020-z>
5. Peters E, Pritzkeleit R, Beske F, Katalinic A (2010) Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten: Eine Projektion bis 2050 (Demographic change and disease rates: a projection until 2050). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53:417–426. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1050-y>
 6. Schaeffer D (2017) Förderung der Gesundheitskompetenz im Alter. 5. Bundeskonferenz Gesund und aktiv älter werden.
 7. Rossmann C (2010) Zur theorie- und evidenzbasierten Fundierung massenmedialer Gesundheitskampagnen. *Public Health Forum* 18:16–17. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2010.06.010>
 8. Egger A, van Eimeren B (2019) Mediennutzung älterer Menschen zwischen Beständigkeit und digitalem Wandel. Ein Forschungsüberblick 2008 und 2018 im Vergleich. *Media Perspekt* 6:267–285
 9. Massey PM (2016) Where do U.S. adults who do not use the Internet get health information? Examining digital health information disparities from 2008 to 2013. *J Health Commun* 21:118–124. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1058444>
 10. Nimrod G (2013) Applying Gerontographics in the study of older Internet users. *Particip J Audience Recept Stud* 10(2):46–64
 11. Bonfadelli H, Friemel TN (2020) Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen, 3. Aufl. Herbert von Halem, Köln
 12. Weber W, Reinhardt A, Rossmann C (2020) Lifestyle segmentation to explain the online health information-seeking behavior of older adults: representative telephone survey. *J Med Internet Res* 22:e15099. <https://doi.org/10.2196/15099>
 13. Slater MD (1996) Theory and method in health audience segmentation. *J Health Commun* 1:267–283. <https://doi.org/10.1080/108107396128059>
 14. Bachl M (2016) Online health information seeking in Europe: do digital divides persist? *Stud Commun Media* 5:427–453. <https://doi.org/10.5771/2192-4007-2016-4-427>
 15. Roski R, Schikorra S (2007) Health Literacy: Wie informieren sich alte Menschen über Gesundheitsthemen? *Public Health Forum* 15:32–35. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2007.10.012>
 16. Oh YS, Cho Y (2015) Examining the relationships between resources and online health information seeking among patients with chronic diseases and healthy people. *Soc Work Health Care* 54:83–100. <https://doi.org/10.1080/00981389.2014.987940>
 17. Ghweeba M, Lindenmeyer A, Shishi S, Abbas M, Waheed A, Amer S (2017) What predicts online health information-seeking behavior among Egyptian adults? A cross-sectional study. *J Med Internet Res* 19:e216. <https://doi.org/10.2196/jmir.6855>
 18. Robert Koch-Institut (2016) Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2016-006>
 19. Generali Deutschland Holding AG (2017) Generali Altersstudie 2017. Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben: repräsentative Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach mit Kommentaren des wissenschaftlichen Beirats der Generali Altersstudie 2017. Springer, Berlin
 20. Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C (Hrsg) (2017) Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer, Wiesbaden
 21. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013) Alte Menschen - Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 44. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
 22. Bardehle D, Stiehl M (Hrsg) (2010) Erster deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht. Zuckschwerdt, Germering
 23. Moschis GP (2003) Marketing to older adults: an updated overview of present knowledge and practice. *J Consumer Mark* 20:516–525. <https://doi.org/10.1108/07363760310499093>
 24. Filipp S-H, Mayer A-K (1999) Bilder des Alters. Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen. Kohlhammer, Stuttgart
 25. Beyer A-K, Wurm S, Wolff JK (2017) Älter werden – Gewinn oder Verlust? Individuelle Altersbilder und Altersdiskriminierung. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C (Hrsg) Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer, Wiesbaden, S 329–343
 26. Hopkins CD, Roster CA, Wood CM (2006) Making the transition to retirement: appraisals, post-transition lifestyle, and changes in consumption patterns. *J Consumer Mark* 23:87–99. <https://doi.org/10.1108/07363760610655023>
 27. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010) Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin
 28. Stehr P, Rossmann C, Geppert J, Lütke Lanfer H, Kremer T (2020) „Mensch Opa, du bist noch so fit!“. Entwicklung einer evidenzbasierten Kommunikationsstrategie zur Förderung körperlicher Aktivität bei älteren und hochaltrigen Menschen in Deutschland. Nomos, Baden-Baden
 29. Software VERBI (2018) MAXQDA. VERBI, Berlin
 30. Schreier M (2014) Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Vol 15, No 1 (2014). <https://doi.org/10.17169/FQS-15.1.2043>
 31. Grundy E, Holt G (2001) The socioeconomic status of older adults: how should we measure it in studies of health inequalities? *J Epidemiol Community Health* 55:895–904. <https://doi.org/10.1136/jech.55.12.895>
 32. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (2019) Sozialberichterstattung. Rentner. <https://www.sozialbericht.sachsen.de/rentner-4149.html>. Zugriffen: 11. Aug. 2020
 33. Engstler H, Klaus D, Lejeune C et al (2015) Deutscher Alterssurvey (DEAS): Instrumente der DEAS-Erhebung 2014
 34. Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Forschungsdatenzentren (2015) Mikrozensus 2015 <https://doi.org/10.21242/12211.2015.00.00.1.1.1>
 35. Jacobs W, Amuta AO, Jeon KC (2017) Health information seeking in the digital age: An analysis of health information seeking behavior among US adults. *Cogent Soc Sci*. <https://doi.org/10.1080/23311886.2017.1302785>
 36. Tan SS-L, Goonawardene N (2017) Internet health information seeking and the patient-physician relationship: a systematic review. *J Med Internet Res* 19:e9. <https://doi.org/10.2196/jmir.5729>
 37. Link E, Baumann E (2020) Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet: personenbezogene und motivationale Einflussfaktoren. *Bundesgesundheitsblatt*. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03144-5>
 38. Bigsby E, Hovick SR (2018) Understanding associations between information seeking and scanning and health risk behaviors: an early test of the structural influence model. *Health Commun* 33:315–325. <https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1266575>
 39. Moran MB, Frank LB, Chatterjee JS, Murphy ST, Baezconde-Garbanati L (2016) Information scanning and vaccine safety concerns among African American, Mexican American, and non-Hispanic White women. *Patient Educ Couns* 99:147–153. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.016>
 40. Yoon C, Cole CA, Lee MP (2009) Consumer decision making and aging: current knowledge and future directions. *J Consumer Psychol* 19:2–16. <https://doi.org/10.1016/j.jcps.2008.12.002>
 41. Helm R, Scheunert U, Landschulze S (2012) Was wissen wir zum (Konsumenten-) Verhalten von Senioren? – Eine alterseffektbasierte Status-Quo-Literaturbetrachtung des Seniorenmarketing. *Betriebswirtschaft* 72(5/12):427–446