

Methodenbericht

Eine Befragung zur Bereitschaft zum Teilen von Gesundheitsdaten in
Deutschland – Einflussfaktoren, Präferenzen und Motive

Felix Wilke, Elias Kühnel, Julia Berghäuser
Ernst-Abbe-Hochschule Jena

Version 1.0 vom 10.10.2024

CC BY-NC 4.0:

Namensnennung-Nicht kommerziell (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>)

Die Befragung wurde im Rahmen des Vorhabens „AVATAR – Anonymisierung persönlicher Gesundheitsdaten durch Erzeugung digitaler Avatare im Anwendungsbereich Medizin und Pflege“ durchgeführt. Dieses wird mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 16KISA015 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Kontakt: Prof. Dr. Felix Wilke, felix.wilke@eah-jena.de



Aktuelle Projektergebnisse und weitere Informationen werden auf der [Avatar-Website der EAH Jena](#) veröffentlicht und auf der [Projektseite des Verbundprojekts](#).

Dieser Methodenbericht ist Teil einer Datenpublikation:

Wilke, Felix, & Kühnel, Elias (2024). Eine Befragung zur Bereitschaft zum Teilen von Gesundheitsdaten in Deutschland – Einflussfaktoren, Präferenzen und Motive. *GESIS, Köln. Datenfile Version 1.0.0*, <https://doi.org/10.7802/2780>

Acknowledgement:

Wir bedanken uns beim AVATAR-Projektkonsortium und insbesondere bei Dr. Sven Bock und Anna Weber (DLR – Institut für Datenwissenschaften) für die Unterstützung während der Konstruktion des Erhebungsinstrumentes und das wertvolle Feedback.



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Finanziert von der
Europäischen Union
NextGenerationEU

Studienhintergrund

Die Studie wurde im Rahmen des Projekts „AVATAR – Anonymisierung persönlicher Gesundheitsdaten durch Erzeugung digitaler Avatare im Anwendungsbereich Medizin und Pflege“ durchgeführt, welches Teil des BMBF-geförderten „Forschungsnetzwerk Anonymisierung für eine sichere Datennutzung“ ist. Ziel des AVATAR-Projekt ist es, Daten aus dem Gesundheitsbereich datenschutzkonform verfügbar zu machen, um die Versorgung von Patient:innen zu verbessern sowie innovative Medizinprodukt-Entwicklungen zu erleichtern. Dazu werden neue Verfahren zur Anonymisierung von Gesundheitsdaten erforscht und eine Infrastruktur zum Datenteilen entwickelt, die eine rechtskonforme Datennutzung ermöglicht.

Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive steht im Vordergrund, die Akzeptanz und Bereitschaft zur Datenspende bzw. dem Teilen von Gesundheitsdaten in der Allgemeinbevölkerung zu untersuchen. Dabei sollen insbesondere sozialstrukturelle und kulturell-normative Einflussfaktoren auf die Bereitschaft zum Datenteilen in der Bevölkerung beleuchtet werden. Neben individuellen Faktoren, werden auch institutionelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen betrachtet. So können verschiedene Dimensionen von sozialer Ungleichheit in der Analyse berücksichtigt werden.

Um die Forschungsfragen adäquat beantworten zu können, wurde auf ein quantitatives Querschnittsdesign zurückgegriffen. Als Grundgesamtheit fungierte die deutsche Bevölkerung ab 18 Jahren. Die repräsentative Befragung wurde, im Gegensatz zu vielen anderen Studien in diesem Bereich, nicht als Online-Befragung, sondern als Telefonbefragung (Computer Assisted Telephone Interview, CATI) konzipiert, um auch Personen ohne Zugang zum Internet oder mit niedriger digitalen Affinität einzuschließen (vgl. Pokorny & Hirndorf 2024). Neben allgemeinen Fragen zur Bereitschaft zum Teilen von Gesundheitsdaten wurden auch auf den spezifischen Projektkontext zugeschnittene Fragen zu Datencharakteristika und Datennutzungskontexten aufgenommen – siehe dazu den Abschnitt [Fragebogenkonstruktion](#).

Erhebungsmethode

Die Befragung wurde durchgeführt von drei.fakt – Befragungen und Marktforschung (Erfurt) in Form einer CATI-Erhebung (Computer Assisted Telephone Interview). Befragt wurde bundesweit eine Zufallsstichprobe der deutschen Bevölkerung ab 18 Jahren. Die Anrufe erfolgten ausschließlich unter der Woche zwischen 8 und 20 Uhr. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 21,5 Minuten. Die Pretest-Phase erfolgte vom 15.11.2023 bis 04.12.2023. Die Haupterhebung fand vom 07.12.2023 bis 21.12.2023 statt.

Bevor die Haupterhebung gestartet ist, wurde zum einen ein Pretest des Befragungsinstitut vorgenommen (N = 18) und zum anderen wurden 3 Interviews im Projektteam geführt. Aus den Erfahrungen wurden kleine Änderungen am Fragebogen vorgenommen: Es wurden die Einkommensgruppen angepasst bei der Frage zum Netto-Haushaltseinkommen, die Formulierungen einzelner Items wurden konkretisiert und die Fragenabfolge optimiert. Außerdem wurden Interview-Anweisungen spezifiziert. Diese geringfügigen Änderungen wurden vor Start der Haupterhebung in kleinem Umfang validiert.

Die Interviewer:innen wurden vom Befragungsinstitut in einer 2,5-stündigen Schulung mit der Methodik und dem Ablauf von standardisierten Interviews, der Problem- und Einwandbehandlung sowie dem technischen Umgang mit dem CATI-System vertraut gemacht. Außerdem wurde während der Erhebungsphase die Qualität der Interviews von Supervisor:innen des Befragungsinstituts überprüft z.B. in Form eines audiovisuellen Monitorings, bei dem sowohl das Interview mitgehört als auch die Eingaben am Bildschirm verfolgt werden können. Weiterhin wurden 10% der gesamten Interviews vom Befragungsinstitut evaluiert, um eine hohe Qualität zu gewährleisten.

Stichprobenziehung

Die geschichtete Zufallsstichprobe setzt sich aus Mobilfunk- und aus Festnetzrufnummern zusammen („Dual-Frame“ Ansatz), wobei das Verhältnis von über das Festnetz zu mobil geführten Interviews 30 zu 70 beträgt. Die Entscheidung zugunsten eines höheren Anteils von Mobilfunknummer wurde getroffen, da Mobilfunkanschlüsse eine Verteilung abbilden, die genauer und näher an der repräsentativen Verteilung nach Alter und Geschlecht ist als Festnetzanschlüsse.

Die Festnetzstichprobe wurde nach Bundesländern geschichtet gezogen.

Die Stichprobenziehung der Mobilfunknummern erfolgte geschichtet nach Telefonanbietern. Eine regionale Aussteuerung der Mobilfunkanschlüsse im Vorhinein ist nicht möglich. Hier kann man sich nur der Vorwahl der Mobilrufnummer und Informationen zu speziellen Anbietern für bestimmte zusammenhängende Rufnummernbereiche innerhalb der Vorwahlen (sog. Rufnummernblöcke) bedienen.

Um die Stichprobenqualität zu sichern, wurde in der Feldphase die Stichprobe mit der Grundgesamtheit auf bestimmte demografische und regionale Merkmale verglichen. Daher erstellte das Befragungsinstitut im Vorfeld der Befragung eine Tabelle mit untersuchungsrelevanten Strukturmerkmalen zur Kontrolle der Zufallsstichprobe nach alten und neuen Bundesländern (siehe Tabelle 1). Als Datengrundlage für die Verteilung der Merkmale in der Grundgesamtheit wurden Sonderauszählungen des Mikrozensus 2019 herangezogen.

Tabelle 1. Angestrebte und erhobene Fallzahlen der Stichprobe (N = 1004) nach demographischen Merkmalen

Merkmal	SOLL	IST	SOLL %	IST %
Geschlecht				
männlich	491	489	49 %	49 %
weiblich	513	514	51 %	51 %
divers	0	1	0,0 %	0,1 %
Altersgruppe in Jahren				
18 - 29	166	154	17 %	15 %
30 - 39	154	129	15 %	13 %
40 - 49	150	146	15 %	15 %
50 - 59	195	191	19 %	19 %
60 - 69	149	200	15 %	20 %
70 und älter	189	184	19 %	18 %
Bundesland				
Baden-Württemberg	133	135	13 %	13 %
Bayern	158	161	16 %	16 %
Berlin	44	45	4 %	4 %
Brandenburg	31	24	3 %	2 %
Bremen	8	4	1 %	0 %
Hamburg	22	21	2 %	2 %
Hessen	75	74	8 %	7 %
Mecklenburg-Vorpommern	20	13	2 %	1 %

Merkmal	SOLL	IST	SOLL %	IST %
Niedersachsen	96	94	10 %	9 %
Nordrhein-Westfalen	216	225	22 %	22 %
Rheinland-Pfalz	50	53	5 %	5 %
Saarland	12	12	1 %	1 %
Sachsen	50	51	5 %	5 %
Sachsen-Anhalt	27	26	3 %	3 %
Schleswig-Holstein	35	39	3 %	4 %
Thüringen	26	27	3 %	3 %
Gesamt	1004	1004	100 %	100 %

Anmerkungen. Der SOLL-Wert gibt die angestrebte Fallzahl der Stichprobe pro Gruppe an. Der IST-Wert gibt die tatsächliche Fallzahl in der Stichprobe an. SOLL % und IST % geben die jeweiligen Fallzahlen als prozentualer Anteil an der Gesamtstichprobe an.

Rekrutierungsverlauf

Aus 94.265 Bruttoadressen entfielen wegen Firmenschluss (n = 162), Faxanschluss (n = 18) und keinem Anschluss unter dieser Nummer (n = 82.634) insgesamt 82.814 Nummern, die als qualitätsneutrale Ausfälle gewertet werden. Aus der bereinigten Stichprobe (n = 11.451) entfielen insgesamt 10.447 systemische Ausfälle entsprechend der Tabelle 2. Damit besteht die Stichprobe aus 1.004 Fällen.

Tabelle 2. Anzahl der Ausfälle nach Ausfallgrund

Ausfallgrund	Anzahl
niemand erreicht	2.753
kein Interesse	7.428
Stratifikation erreicht / Quote voll	182
Anrufbeantworter	47
Abbruch während des Gesprächs	22
Termin außerhalb der Feldphase	15

Die häufigsten Ausfallgründe sind fehlendes Interesse und die Nichterreichbarkeit der Person. Neben dem Desinteresse an der Thematik wurde auch angegeben, keine Zeit zu haben oder nicht bereit zu sein, Daten in einer Befragung preiszugeben.

Datensatz

Das Befragungsinstitut hat den Datensatz inkl. Antwort-Labels als SPSS Datei (*.sav) in anonymisierter Form übergeben, wobei jeder Fall mit einer numerischen ID versehen wurde. Identifizierende Informationen wie die Telefonnummer wurden nicht übergeben. Der Datensatz wurde anschließend in einen STATA-Datensatz (*.dta) überführt, aus welchem ein csv-Export generiert wurde. Dabei kam STATA 17.0 (StataCorp LLC, College Station, TX) zum Einsatz. Die Fall-ID wurde vor der Veröffentlichung des Datensatzes neu generiert. Im publizierten Datensatz sind 1.004 Fälle und 95 Variablen enthalten. Die Erklärungen sind im zugehörigen Codebook (separates Dokument) verfügbar z.B. die Labels pro Variable.

Gewichtung

Um die Bevölkerung hinsichtlich demografischer und sozioökonomischer Merkmale adäquat abzubilden, wurde die Stichprobe nachträglich gewichtet (siehe Variable „weight“ im Datensatz und Codebook). Dies hat den Hintergrund, dass in Umfragen bestimmte soziodemografische Subgruppen aufgrund diverser Zugangsbarrieren unterrepräsentiert sind, wie z.B. Personen mit Migrationshintergrund oder mit geringem sozioökonomischem Status oder geringem Bildungsstand. Bei einer geschichteten Zufallsstichprobe werden hingegen i.d.R. ausschließlich demografische und geografische Merkmale berücksichtigt.

Die Gewichtung wurde mit der "ipfweight"-Funktion von STATA erstellt (Bergmann 2011). Dabei wurde nach Altersgruppe, Geschlecht, Region (neue/alte Bundesländer inkl. Berlin), Geburtsland, Schulabschluss und Gemeindegröße gewichtet. Herangezogen wurde der Stichtag 31.12.2022 der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes (DESTATIS). Bei der Altersgruppe wurde aufgrund der Differenz zwischen Erhebungszeitpunkt und Stichtag der Bevölkerungsstatistik das Alter um je ein Jahr nach oben korrigiert, um den Wert an das im Datensatz tatsächliche Alter anzupassen. Folglich wurden Daten aus der Bevölkerungsstatistik ab 17 Jahren statt ab 18 integriert. Für die Gewichte wurden entsprechend gängiger Empfehlungen Obergrenzen (Faktor 5) und Untergrenzen (Faktor 0,2) gesetzt (vgl. DeBell, Krosnick & Lupia 2010, S. 75).

Fragebogenkonstruktion

Ausgangspunkt der Konzeptionierung des Erhebungsinstruments war eine internationale Literaturrecherche zu bisherigen empirischen Befunden bzgl. der Datenspendenbereitschaft bzw. dem Teilen von Daten und potenziellen Einflussfaktoren sowie zu bestehenden Indikatoren und Dimensionen verschiedener Konstrukte (z.B. der Technikkompetenz). Um dem limitierten Umfang der Befragung gerecht zu werden, wurden markante Dimensionen und Items extrahiert und die Formulierung in Hinblick auf eine Telefonbefragung angepasst.

Es kamen vordergründig 5-stufige Likert-Skalen zum Einsatz (siehe Fragebogen), um einerseits den Befragten ein möglichst breites Antwortspektrum und andererseits eine differenzierte Auswertung der Daten zu ermöglichen. Um die Fragen ausgeglichen darzustellen, war die mittlere Antwortkategorie stets indifferent (z.B. „teils, teils“). Die Likert-Skalen kamen insbesondere bei Fragen zur Zustimmung bzw. zur subjektiven Einschätzung von bestimmten Sachverhalten zur Anwendung. Auch bei der Bereitschaft zum Teilen von Gesundheitsdaten wurde auf eine Likert-Skala zurückgegriffen. Darüber hinaus kamen auch binäre Antwortkategorien zum Einsatz (z.B. ja/nein oder stimme zu/stimme nicht zu).

Der Fragebogen ist in 8 Abschnitte unterteilt und liegt als separates Dokument vor.

Teil.7;Digitale.Kompetenz?Technikaffinität.und.Technikangst

Im ersten Themenblock der Befragung wurden Fragen zur Nutzungshäufigkeit digitaler Technologien und Geräte (Internet, Smartphone/Tablet, Computer/Laptop, digitale Dienste der Krankenkasse sowie Gesundheitsapps) sowie zu digitalen und technikbezogenen Kompetenzen gestellt. In der empirischen Praxis haben sich verschiedene Methoden zur Messung digitaler und technikbezogener Kompetenzen (sog. ‚digital literacy‘) etabliert. Aufgrund der Komplexität dieser Methoden und den limitierten Möglichkeiten im Rahmen dieser Erhebung wurde sich auf drei Dimensionen mit je zwei Items fokussiert: 1) Technikkompetenz, 2) Technikaffinität sowie 3) Technikangst.

Die Dimension der Technikkompetenz umfasst die praktischen Fähigkeiten von Personen im Umgang mit digitalen Geräten und Anwendungen. Bei der Konstruktion des Erhebungsinstruments wurde sich dabei zum einen auf die Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Technologien und zum anderen auf die Problemlösungskompetenzen (vgl. Vuorikari et al. 2022, S. 43f.) konzentriert.

Bei der Dimension Technikaffinität wurde sich u.a. an der „Affinity for Technology Interaction (ATI) Scale“ orientiert (vgl. Franke, Attig & Wessel 2018). Der Fokus lag dabei auf dem allgemeinen Interesse an neuen digitalen Geräten und Anwendungen sowie der Affinität zu deren Erprobung.

Bei der Konzeptionierung der Fragen zur Technikangst wurde sich u.a. an der „Abbreviated Technology Anxiety Scale (ATAS)“ orientiert (vgl. Wilson et al. 2023, S. 192). Dabei wurden zwei Items zur Nervosität bei der Nutzung von digitalen Geräten und Anwendungen sowie zur Überforderung beim Auftreten technischer Probleme berücksichtigt.

Teil.8;Bereitschaft.zum.Teilen.persönlicher.Gesundheitsdaten

Im zweiten Themenblock wurde u.a. nach der Bereitschaft zum Teilen von Gesundheitsdaten in anonymisierter Form für medizinische Forschungszwecke gefragt. Dabei wurden verschiedene Einrichtungen berücksichtigt, an die die Gesundheitsdaten weitergegeben werden können. Bei der Auswahl der Antwortkategorien wurde sich an bestehenden Erhebungsinstrumenten orientiert – insbesondere der Eurobarometer (vgl. European Commission and European Parliament 2017). Im Vergleich zu ähnlich gelagerten Untersuchungen (Lesch, Richter & Semler 2021) wurde ein besonderes Augenmerk auf eine neutrale Formulierung der Frage ohne Verweis auf einen potentiellen Nutzen der Daten geachtet. Berücksichtigt wurden Forschungseinrichtungen, kommerzielle Unternehmen sowie Krankenkassen. Dabei wurde unterschieden zwischen öffentlichen und privaten Forschungseinrichtungen sowie zwischen Technologiekonzernen und kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU).

Teil.9;Allgemeine.Einstellungen.und.Präferenzen.zum.Teilen.von.Gesundheitsdaten

Der Fokus dieses Themenbereichs lag auf der Bereitschaft zum Teilen verschiedener Datenarten sowie auf der Präferenz unterschiedlicher Einwilligungsformen in die Datenweitergabe. Zunächst wurde eine allgemeine Frage zu unterschiedlichen Datenarten gestellt (Behandlungsdaten, Forschungsdaten, Daten aus Gesundheitsapps sowie zum Gesundheitsverhalten). Die zweite Frage umfasste die Bereitschaft zum Teilen konkreter Daten über den Gesundheitszustand der Befragten (Diagnosen, Medikationspläne, Daten zu körperlichen, psychischen und sexuell-übertragbaren Erkrankungen sowie Daten aus bildgebenden Verfahren). Bei der Bewertung unterschiedlicher Einwilligungsverfahren wurde sich auf vier Items konzentriert: 1) enge Einwilligung, 2) breite Einwilligung, 3) passive Einwilligung (Opt-Out) sowie 4) uneingeschränkte Einwilligung.

Teil.0;Motivation.zum.Teilen.von.Gesundheitsdaten

Im Erhebungsinstrument wurde zudem die Motivation zur Weitergabe von Gesundheitsdaten berücksichtigt. Hier wurde sich auf zwei Dimensionen fokussiert, nämlich intrinsische und sowie extrinsische Faktoren. Die intrinsischen Faktoren beinhalteten zum einen altruistische sowie normative Motive (z.B. Beitrag zum medizinischen Fortschritt, Verbesserung des Gesundheitssystems etc.). Die extrinsischen Faktoren umfassten insbesondere externe Anreize, die sich u.a. auf Transparenz (z.B. Information über Datennutzer:innen und Nutzungszwecke) oder die Selbstbestimmung im Prozess des Datenteilens (u.a. Möglichkeit zum Löschen der Daten oder zur zeitlichen Befristung der Einwilligung) bezogen. Zudem wurden auch individuelle Anreize (u.a. finanzielle Entschädigung oder Rückmeldung über eigene unentdeckte Erkrankungen) und spezifische Präferenzen integriert (vollständige Anonymisierung, Rückmeldung über die

Forschungsergebnisse, staatlicher Träger für die Datenspeicherung und -weitergabe). Darüber hinaus konnten die Befragten in einer offenen Frage weitere Motive zur Weitergabe ihrer Gesundheitsdaten äußern.

Teil.1: Einstellungen zu digitalen Technologien und Vertrauen in Institutionen und Datenschutz-Privatsphäre

Im fünften Themenblock wurden verschiedene Einstellungen zu digitalen Technologien, zum Datenschutz bzw. der Privatsphäre sowie zum Vertrauen in Institutionen integriert.

Beim Institutionenvertrauen wurde sich an den Institutionen aus der Frage zur Bereitschaft zur Weitergabe von persönlichen Gesundheitsdaten (siehe [Teil 2](#)) orientiert. Neben dem Vertrauen in die Wissenschaft, in die Krankenkassen sowie in kommerzielle Unternehmen wurden auch politische Institutionen (Bundestag, Justiz) sowie Institutionen und Akteure des Gesundheitswesens einbezogen (Ärzt:innen, Gesundheitswesen im Allgemeinen).

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf Sorgen bzw. Bedenken in Bezug auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten. Bei der Auswahl der einzelnen Items wurden bisherige empirische Befunde zu potenziellen Einflussfaktoren auf die Bereitschaft zum Datenteilen berücksichtigt, insbesondere in Bezug auf die Datensicherheit, Datenschutz und Privatsphäre.

Teil.2: Einstellungen zur elektronischen Patientenakte (ePA)

Um die aktuellen politischen Entwicklungen zu berücksichtigen, wurden auch Fragen zur elektronischen Patientenakte (ePA) integriert. Hierzu zählen neben dem allgemeinen Kenntnisstand über die ePA auch Fragen zur Nutzungsbereitschaft sowie zur Bereitschaft, Daten aus der ePA anonymisiert für medizinische Forschungszwecke zu teilen. Darüber hinaus wurde nach der Zustimmung zu verschiedenen Einwilligungsformen zur Datenweitergabe aus der ePA gefragt. Zu beachten ist, dass während des Erhebungszeitraums zwei bedeutsame Gesetzesvorhaben, nämlich das „Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens“ (Digital-Gesetz – DigiG) sowie das „Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten“ (Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG), am 14.12.2024 vom Deutschen Bundestag verabschiedet wurden. Diese sehen ab Januar 2025 je eine Opt-Out-Regelung (sog. „Widerspruchslösung“) bei der automatischen Anlegung sowie der Weitergabe von Gesundheitsdaten aus der ePA für gemeinnützige Forschungszwecke vor (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023).

Teil.3: Allgemeine Spendenbereitschaft

Im Erhebungsinstrument wurde auch die allgemeine Spendenhäufigkeit für gemeinnützige Zwecke berücksichtigt. Als eine spezifische Form des prosozialen Handelns bzw. des Altruismus (vgl. Rössel 2010) stellt diese Variable eine optimale Vergleichsmöglichkeit mit der Bereitschaft zum Teilen von Gesundheitsdaten dar, da auch bei dieser altruistische Motive als ein möglicher Erklärungsfaktor eine wichtige Rolle spielen könnten. Um das tatsächliche Spendenverhalten abzubilden, wurde jedoch im Gegensatz zur Bereitschaft zum Teilen von Gesundheitsdaten nicht nach der Spendebereitschaft, sondern nach der Häufigkeit gefragt.

Teil.4: Allgemeine Angaben zur Person

Im letzten Teil des Erhebungsinstruments wurden allgemeine Angaben zur Person abgefragt. Hierzu gehören Angaben zur Krankenversicherung, zum Gesundheitsstand (subjektiver Gesundheitsstatus, chronische körperliche sowie psychische Erkrankung), zu demografischen (Geschlecht, Alter, Geburtsland), zu

sozioökonomischen (subjektiver Sozialstatus, höchster Schul- und Berufsabschluss sowie monatliches Netto-Haushaltseinkommen) sowie zu geografischen Merkmalen (Bundesland, Gemeindegröße).

Bei der Operationalisierung des subjektiven Sozialstatus wurde sich an der MacArthur Scale orientiert (vgl. Hoebel et al. 2015). Da diese in der originalen Version für Erhebungsmodi mit visueller Darstellungsmöglichkeit (Leiter mit 10 Sprossen) konzipiert ist, wurde die Fragestellung entsprechend einer Telefonumfrage hinsichtlich der Formulierung sowie des Umfangs angepasst. Die Fragestellung wurde verkürzt und prägnanter formuliert. Die drei Dimensionen des Sozialstatus, nämlich Bildung, Einkommen und Berufsstatus wurden beibehalten – ebenso die 10-stufige Skalierung.

Um den höchsten Bildungsabschluss zu ermitteln, wurde auf zwei separate Fragen zurückgegriffen, nämlich dem höchsten erreichten Schul- sowie des höchsten erreichten Berufsabschlusses. Diese Vorgehensweise wird auch in der internationalen Literatur empfohlen (vgl. Schneider 2016).

Zur Abbildung des höchsten Schulabschlusses wurde sich am dreigliedrigen Bildungssystem in Deutschland orientiert. Um die Beantwortung der Frage für Personen zu erleichtern, die ihren Schulabschluss in der ehemaligen DDR absolviert haben, wurden zudem die Abschlüsse der DDR in Klammern ergänzt. Der Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR bis 9. Klasse wurde dabei dem Haupt-/ bzw. Volksschulabschluss zugeordnet, der Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR 10. Klasse entsprechend der Mittleren Reife/ Realschulabschluss. Der Abschluss der Erweiterte Oberschule der DDR wurde dem Abitur bzw. der Fachhochschulreife zugeordnet.

Sowohl beim Schul- als auch beim Berufsabschluss wurden die Antwortkategorien von den Interviewer:innen in absteigender Reihenfolge vorgelesen. Da das Ziel der Fragen war, den jeweils höchsten erreichten Abschluss zu ermitteln, konnte so voreiligen Antworten der Befragten vorgebeugt werden, falls diese mehrere Abschlüsse erzielt haben.

Darüber hinaus wurden in diesem Themenblock Angaben zum monatlichen Netto-Haushaltseinkommen (ordinale Antwortkategorien) sowie zur Anzahl der Personen insgesamt und der Anzahl der Kinder unter 14 Jahren im Haushalt abgefragt. Diese Angaben sind nötig, um das Netto-Haushalts-äquivalenzeinkommen berechnen zu können.

Quellen

Bergmann, Michael (2011): IPFWEIGHT: Stata module to create adjustment weights for surveys. Statistical Software Components, Boston College Department of Economics. RePEc:boc:bocode:s457353.

Bundesministerium für Gesundheit (2023): Bundestag verabschiedet Digitalgesetze für bessere Versorgung und Forschung im Gesundheitswesen. 14.12.2023, verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-verabschiedet-digitalgesetze-pm-14-12-23> (abgerufen am 22.02.2024).

DeBell, Matthew; Krosnick, Jon A.; Lupia, Arthur (2010): Methodology Report and User's Guide for the 2008–2009 ANES Panel Study. Palo Alto, CA, and Ann Arbor, MI: Stanford University and the University of Michigan.

European Commission and European Parliament (2017): Eurobarometer 87.1; TNS opinion, Brussels (producer); GESIS Data Archive: Cologne; ZA6861 Data file Version 2.0.0. <https://doi.org/10.4232/1.13738> (abgerufen am 17.08.2023).

Franke, Thomas; Attig, Christiane; Wessel, Daniel (2018): A Personal Resource for Technology Interaction: Development and Validation of the Affinity for Technology Interaction (ATI) Scale. In: International Journal of Human–Computer Interaction 35(6), S. 456-467.

- Hoebel, Jens; Müters, Stephan; Kuntz, Benjamin; Lange, Cornelia; Lampert, Thomas (2015): Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. In: Bundesgesundheitsblatt (58): S. 749-757.
- Lesch, Wiebke; Richter, Gesine; Semler, Sebastian C. (2021): Daten teilen für die Forschung: Einstellungen und Perspektiven zur Datenspende in Deutschland, In: Gesine Richter; Wulf Loh; Alena Buyx; Sebastian Graf von Kielmansegg (ed.): Datenreiche Medizin und das Problem der Einwilligung. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 211-226.
- Pokorny, Sabine; Hirndorf, Dominik (2024): Online, offline oder beides? Umfragemethoden im Praxistest. Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. - Analysen & Argumente, 519. Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.
- Rössel, Jörg (2010): Spenden und prosoziales Handeln. Eine Einschätzung aus soziologischer Perspektive. In: Adloff, F., Priller, E. and Strachwitz, R. (ed.): Prosoziales Verhalten: Spenden in interdisziplinärer Perspektive. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg, S. 213-224.
- Schneider, Silke L. (2016): Die Konzeptualisierung, Erhebung und Kodierung von Bildung in nationalen und internationalen Umfragen. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines), Mannheim. https://doi.org/10.15465/10.15465/gesis-sg_020 (abgerufen am 06.10.2023).
- Wilson, Matthew L.; Huggins-Manley, Anne C.; Ritzhaupt, Albert D.; Ruggles, Krista (2023): Development of the Abbreviated Technology Anxiety Scale (ATAS). In: Behav Res 55, S. 185–199.
- Vuorikari, Riina; Kluzer, Stefano; Punie, Yves (2022): DigComp 2.2: The Digital Competence Framework for Citizens, EUR 31006 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2022, JRC128415.