

Soziale Ungleichheit und die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung

Kris Vera Hartmann

Die Digitalisierung hat in den vergangenen Jahrzehnten nahezu alle Bereiche der Gesellschaft erfasst – auch die Gesundheitsversorgung. Digitale Technologien versprechen Rationalisierungen, eine bessere Vernetzung sowie einen erleichterten Zugang zu Informationen und Versorgungsleistungen und damit nicht zuletzt eine verbesserte Gesundheitsversorgung. Zugleich zeigen sich jedoch deutliche soziale Ungleichheiten, die als *Digital Health Divide* bezeichnet werden.

Soziale Ungleichheiten im digitalen Gesundheitswesen werden auf verschiedenen Ebenen sichtbar: im Zugang zu digitalen Gesundheitsdiensten, in der Qualität und Verfügbarkeit von Infrastrukturen und Informationen, in der digitalen Kompetenz von Gesundheitseinrichtungen sowie in den individuellen digitalen Gesundheitskompetenzen der Patient*innen. Während ein Teil der Bevölkerung von den Chancen der Digitalisierung profitiert, bleiben andere Gruppen ausgeschlossen – sei es aufgrund fehlender Krankenversicherung, mangelnder Infrastruktur, geringer Gesundheitskompetenz oder fehlenden Vertrauens in digitale Technologien.

Der vorliegende Artikel bietet eine narrative Synthese ausgewählter aktueller Forschungsergebnisse zu sozialer Ungleichheit und Digitalisierung der Gesundheitsversorgung. Im Mittelpunkt stehen dabei strukturelle, organisationale und individuelle Faktoren, die den Zugang zu und die Nutzung von digitalen Gesundheitsangeboten beeinflussen. Ziel ist es, den *Digital Health Divide* als komplexen Wirkungszusammenhang zu beleuchten, der weit über individuelle Fähigkeiten hinausgeht.

Der Digital Health Divide als komplexer Wirkungszusammenhang

Soziale Ungleichheiten in der Digitalisierung des Gesundheitswesens werden in mehreren wissenschaftlichen Disziplinen behandelt, meist in gesundheitswissenschaftlichen Kontexten. Der aktuelle Review von Western u. a. bietet hierbei eine gute grafische Übersicht über verschiedene Wirkungsfaktoren des Digital Health Divide und analysiert ihn in drei Dimensionen.¹ Der Digital Health Divide zeige sich demnach in

1. Ungleichheiten im Zugang und der Infrastruktur zu Gesundheitstechnologien.

¹ Vgl. Max J. Western u. a., Bridging the digital health divide: a narrative review of the causes, implications, and solutions for digital health inequalities, in: Health Psychology and Behavioral Medicine 13 (2025), doi: 2493139.

2. Ungleichheiten in den Fähigkeiten, sich durch Gesundheitstechnologien zu navigieren und mit ihnen zu interagieren.
3. Ungleichheiten im Outcome digitaler Gesundheitstechnologien.

Diese drei Dimensionen werden wiederum von vier Faktoren beeinflusst:

1. Digitale Gesundheitskompetenz (bestehend aus Literalität und Zahlenkompetenz; Digitalwissen und -Fähigkeiten; Bewertung der Digitalen Gesundheitskompetenz)
2. Individuelle, soziale, milieu-/gemeinschaftsbedingte und gesellschaftliche Faktoren (Vertrauen in Technologie, Physische und kognitive Beeinträchtigungen, Soziale und kulturelle Normen, Digitale und Unterstützungs-Infrastruktur)
3. Technik- und Interventionsentwicklung (Developer Bias, Kommerzielle Interessen, Präferenzen für Innovation)
4. Forschungspraxis (‘WEIRD‘ Forschungspopulationen, Inklusivität in der Messung)

Während Western u. a. eine gute Übersicht bieten, werden in ihrem Modell mindestens zwei Aspekte aus dem Bereich der Gesundheitsinfrastruktur nicht mitberücksichtigt, denn es bestehen zusätzlich Ungleichheiten im *Zugang zu Gesundheitsinformationen* und in der *Organisationalen Gesundheitskompetenz* mit der Patient*innen konfrontiert sind. Zudem werden in diesem Modell verschiedene soziale Aspekte miteinander vermengt, sodass es sich lohnt, das Modell neu zu konzeptualisieren und das Phänomen der Sozialen Ungleichheit in der digitalen Gesundheitsversorgung einer erneuten Analyse zu unterziehen und durch weitere Forschungsergebnisse zu ergänzen.²

Der erste Ansatzpunkt in der Analyse sozialer Ungleichheiten im Kontext einer digitalisierten Gesundheitsversorgung liegt im Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen überhaupt.³ Global betrachtet hängt der *Zugang zur digitalisierten Gesundheitsversorgung* primär von der Existenz eines inklusiven und von ökonomischen Schranken weitgehend befreiten Gesundheitssystems ab. Während sozialstaatlich organisierte Gesundheitswesen in Europa formal einen allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleisten, zeigen sich in der Praxis dennoch deutliche Exklusionsmechanismen. Selbst in Deutschland, einem der ökonomisch leistungsfähigsten Sozialstaaten weltweit, bleibt bestimmten Bevölkerungsgruppen der Zugang zur Gesundheitsversorgung ganz oder teilweise verwehrt und ist oftmals auf ehrenamtliche, wohltätige Strukturen beschränkt. Trabert zufolge zählen zu den besonders vulnerablen Gruppen jene, bei denen die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgrund struktureller Barrieren oder individueller Lebenslagen

² Da die Technik- und Interventionsentwicklung (3.) und auch die Forschungspraxis (4.) eigenen Dynamiken unterliegen, liegt der Fokus in diesem Aufsatz auf den anderen beiden Einflussfaktoren aus dem o.g. Modell (1 u. 2).

³ Vgl. a. a. O., 5.

nicht gegeben oder eingeschränkt ist.⁴ Hierzu können unter anderem Beziehende von Grundsicherungsleistungen, wohnungslose Menschen, Asylsuchende, Personen ohne Aufenthaltserlaubnis (Illegalisierte) sowie teilweise auch Personen aus dem EU-Ausland gehören. Für diese Gruppen resultiert die Exklusion aus dem regulären Gesundheitssystem nicht nur in einem eingeschränkten oder fehlenden Zugang zu medizinischer Versorgung, sondern impliziert zugleich den Ausschluss von digitalen Gesundheitsdiensten, die an den Zugang zu den Leistungen der GKV gekoppelt sind.

Der zweite Aspekt ist die vorhandene *Digitale Gesundheitsinfrastruktur*⁵, die in verschiedenen Ländern unterschiedlich ausgebaut ist. Dies betrifft in Deutschland zum einen die grundlegende Infrastruktur, wie z.B. fehlender Mobilfunk-Ausbau oder Breitbandinternet in manchen Regionen, aber auch fehlende Wohnortnähe von Medizinischen Dienstleistenden. Zum anderen betrifft dies die Frage, inwieweit medizinische Dienstleistende digitale Angebote in ihre Prozesse einbinden (z.B. Praxis-Management-Software, Telematik, ePA, etc.). Eine Besonderheit in Deutschland ist sicherlich die *Elektronische Patientenakte (ePA)* bzw. der *Electronic Health Record (EHR)*. EHRs wurden seit Ende der 1980er-Jahre in verschiedenen Ländern des Globalen Nordens eingeführt, jedoch damals noch nicht in Deutschland. Aufgrund verschiedener historisch bedingter Ursachen – insbesondere hoher Datenschutzbedenken – wurde erst 2025 die „Elektronische Patientenakte“ für alle Versicherten verpflichtend eingeführt. Seit Oktober 2025 ist zudem die Nutzung für alle Leistungserbringer, wie Arztpraxen, verbindlich.⁶ Aktuelle Studien zeigen bisher eine schwache Nutzung sowohl auf Patient*innenseite als auch auf Seiten der Leistungserbringer.⁷

Eng mit der vorhandenen digitalen Gesundheitsinfrastruktur verbunden ist die Frage nach der *Organisationalen Gesundheitskompetenz* oder *Professioneller Gesundheitskompetenz*.⁸ Monkman und Lesselroth verstehen z.B. unter „Organisational eHealth Literacy“ vor allem die Aufgabe des Gesundheitspersonals, Patient*innen digitale Teilhabe zu ermöglichen und damit ihre Gesundheit zu fördern.⁹ Dazu gehört auch, inwiefern es für Patient*innen Unterstützungsangebote¹⁰ gibt sowie die Fähigkeit, digitale Angebote korrekt zu nutzen – zu fördern etwa durch Aufklärung seitens des medizinischen Personals oder durch extra Bildungsangebote. Hier zeigt sich, dass medizinische Versorger und Dienstleister sich teilweise

⁴ vgl. Gerhard Trabert, Klassismus im Gesundheitswesen, in: Francis Seeck/Claudia Steckelberg (Hg.), *Klassismuskritik und Soziale Arbeit: Analysen, Reflexionen und Denkanstöße* 2024, 189–203.

⁵ vgl. Bridging the digital health divide, 5.

⁶ Stand: 6.10.2025.

⁷ Vgl. Jens Konopik u. a., Akzeptanzstudie zur elektronischen Patientenakte: Eine Befragung von Versicherten und Leistungserbringern, in: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 30 (2025), 48–55.

⁸ Vgl. Doris Schaeffer/Alexander Haarmann/Lennert Griese, *Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen in Deutschland. Ergebnisse des HLS-PROF-GER*, Berlin/Bielefeld 2023.

⁹ Vgl. Helen Monkman/Blake J. Lesselroth, Incorporating digital health into organizational health literacy: An updated definition, tools, and recommendations, in: *Health Manage Forum* 38 (2025), 437–448.

¹⁰ Vgl. Western u. a., Bridging the digital health divide, 5.

selbst schwertun, digitale Angebote zu nutzen oder ihren Patient*innen bereitzustellen (wie z.B. die ePA). Dadurch wird der Zugang zu digitalen Anwendungen für Patient*innen erschwert oder sogar verunmöglicht.

Ein weiterer zentraler Punkt ist die *Verfügbarkeit und der Zugang zu Gesundheitsinformationen*. Patient*innen können sich zwar im Internet umfassend zu gesundheitlichen Themen informieren, jedoch sind die Quellen und damit die Qualität der Informationen stark variierend. Grundsätzlich lassen sich die Quellen in vier Kategorien einteilen:

1. Offizielle Informationen: z. B. von staatlichen Stellen wie der BzGA, Krankenkassen oder medizinischen Dienstleistern oder in wissenschaftlichen Fachpublikationen.
2. Kommerzielle Informationen: z.B. von Pharmaunternehmen oder Anbietern, die primär ökonomische Interessen verfolgen.
3. Informelle Informationen: z.B. Foren, in denen sich Betroffene austauschen oder Inhalte auf Social Media.¹¹
4. Informationen, die über Generative KI vermittelt werden: z.B. KI-Chatbots wie Chat-GPT, die unterschiedlichen Informationen aus verschiedenen Quellen bündeln und aufbereiten.

Besonders im Hinblick auf gesundheitsbezogene Informationen gibt es große Schwierigkeiten beim Verständnis und bei der Unterscheidung zwischen Werbung und Information.¹² Die Herausforderung besteht häufig darin, die Qualität von Informationen im Internet, aber auch von Angeboten auf dem unübersichtlichen und noch nicht voll entwickelten eHealth-Markt zu erkennen. Die Anforderung an die Nutzenden besteht deshalb auch darin, kommerzielle Anbieter, die häufig mit algorithmischen Systemen mit „vollautomatisierter Bedürfnisantizipation“¹³ ausgestattet sind, und seriöse Angebote aus dem Gesundheitssektor kritisch zu bewerten. Auch im Bereich der informellen Informationen, wie solche auf Social Media¹⁴ schwimmen die Grenzen zwischen informell und kommerziell, z.B. bei Inhalten, die von „Influencern“ verbreitet werden und bei denen die kommerziellen Verbindungen oft nicht sichtbar sind.

Die Verlässlichkeit und Genauigkeit von Informationen öffentlicher Institutionen wird allgemein als besonders hoch angesehen. Allerdings erreichen Informationen der Institutionen Bürger*innen oft nicht direkt, sondern über Massenmedien – dort allerdings häufig in

¹¹ Nicola Döring/Melisa Conde, Sexuelle Gesundheitsinformationen in sozialen Medien: Ein systematisches Scoping Review / Sexual health information on social media: a systematic scoping review, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 64 (2021).

¹² Vgl. Klaus Buddeberg/Lisane Heilmann, Gesundheitsbezogene Bildungsbedarfe zwischen Individuum und globalen Diskursen, in: Anke Grotluschen u. a. (Hg.), Erwachsenenbildung in internationaler Perspektive 2022, 61–70: 68.

¹³ Vgl. Christoph Koch, Der Untergang der Inseln, in: Christoph Koch (Hg.), Achtung: Patient online!: Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren, Wiesbaden 2010, 21–39: 27.

¹⁴ Vgl. Döring/Conde, Sexuelle Gesundheitsinformationen in sozialen Medien.

gekürzter Form.¹⁵ Online bereitgestellte Gesundheitsinformationen hingegen tendieren zum Gegenteil und sind oft nicht ausreichend barrierefrei für Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz. Gerade diese Zielgruppe benötigt zusätzliche Orientierung und Hilfestellung, um Informationen zu finden, einzuordnen und zu verstehen. Fehlt diese Unterstützung, kann dies dazu führen, dass wichtige Inhalte schlecht behalten werden und gewünschte Handlungs- oder Verhaltensänderungen ausbleiben und damit der Nutzen für die eigene Gesundheit fraglich bleibt.¹⁶

Eine Neuerung zeigt sich mit der vierten Kategorie: Generative KI kann Gesundheitsinformationen aus verschiedenen Quellen in einer verständlicheren Sprache bereitstellen und ermöglicht zugleich eine individuelle Anpassung an die Bedürfnisse der Nutzenden. Dadurch lassen sich Verständnisschwierigkeiten bei Gesundheitsinformationen potenziell verringern. In welchem Umfang sich dieses Potenzial des noch jungen Informationsmediums realisieren lässt, bleibt Gegenstand zukünftiger Forschung.

Individuelle Digitale Gesundheitskompetenz

Die individuelle digitale Gesundheitskompetenz ist Teil der *Allgemeinen Gesundheitskompetenz*, also dem Wissen über gesundheitliche Fragen, aber auch die richtige Anwendung des angeeigneten medizinischen Wissens, da davon ausgegangen wird, dass sich das Gesundheitswissen, -bewusstsein und -verhalten direkt auf die Gesundheit von Menschen auswirkt und diese gezielt durch Aufklärung, Informationsbereitstellung und Beratung gefördert werden kann.¹⁷

Die *Digitale Gesundheitskompetenz* ist Ausgangspunkt zahlreicher, vor allem quantitativer, Studien und kann verstanden werden als Fähigkeit, geeignete Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen

- zu finden,
- zu verstehen,
- (kritisch) zu beurteilen und
- richtig anzuwenden.

Sie beinhaltet grundlegende Kulturtechniken wie Literalität und Zahlenkompetenz, aber auch Digitalwissen und -fähigkeiten.¹⁸ Barrieren, die zu Ausschlüssen führen können, finden

¹⁵ Vgl. Beate Wiegard/Beate Zschorlich/Klaus Koch, Gesundheitskommunikation öffentlicher Institutionen in Deutschland, in: Constanze Rossmann/Matthias R. Hastall (Hg.), Handbuch Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven, Wiesbaden 2016, 1–15:9.

¹⁶ Vgl. Western u. a., Bridging the digital health divide, 5.

¹⁷ Vgl. Gerhard Trabert/Heiko Waller, Sozialmedizin, Stuttgart 2023, 201; Sebastian Schmidt-Kaehler u. a., Gesundheitskompetenz: Deutschland in der digitalen Aufholjagd. Einführung technologischer Innovationen greift zu kurz, in: Gesundheitswesen 83 (2021), 327–332: 329.

¹⁸ Vgl. Western u. a., Bridging the digital health divide, 5.

sich bei physischen oder kognitiven Beeinträchtigungen der Patient*innen, bei fehlenden Sprach- oder Digitalkenntnissen oder schlicht bei der Verweigerung der Nutzung digitaler Dienste (z.B. sog. „Offliner*innen“¹⁹). Die Bereitschaft und die konkrete Nutzung digitaler Angebote ist zudem abhängig vom Vertrauen in medizinische Institutionen und in das Gesundheitswesen insgesamt; dieses ist wiederum abhängig von Einstellungen gegenüber und Erfahrungen der Einzelnen mit dem Gesundheitswesen. Hier spielen auch soziale und kulturelle Normen wie z.B. ein allgemeines Technikvertrauen²⁰ eine Rolle. Allerdings kann nicht davon ausgegangen werden, dass Digitale Fähigkeiten automatisch zu einer positiven Bewertung der Technik führen. In den regelmäßigen Studien der Initiative D21 beispielsweise zeigen sich Skepsis und Bedenken sogar bei denjenigen, die digitale Technologien umfassend nutzen.²¹

Wie steht es nun um die digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland? Zunächst kann dabei ein Blick auf die allgemeine Gesundheitskompetenz, die sich nicht nur auf digitale Aspekte bezieht, geworfen werden. In einer quantitativen Studie von Schaeffer u. a.²² wird der Bevölkerung in Deutschland eine eher niedrige Gesundheitskompetenz attestiert: Der Zugang, das Verstehen und Anwenden von Informationen werden als schwierig empfunden. Interessant ist dabei der Zusammenhang von Gesundheitskompetenz und anderen sozialen Faktoren. So fanden die Forscher*innen heraus, dass der soziale Status, der formale Bildungsstand und vor allem Armut/Reichtum mit der Gesundheitskompetenz in Zusammenhang stehen. Zudem beeinflussen andere Faktoren wie Alter, Sprachkenntnisse sowie das Vorhandensein von mehreren chronischen Krankheiten die Gesundheitskompetenz negativ.

Zum Thema *Digitale Gesundheitskompetenz* in Deutschland liegen ebenfalls einige quantitative Studien vor.²³ Deutlich wird auch hier, dass insbesondere intersektionale Ungleichheitsdimensionen, wie z.B. Einkommen, Ausbildung, Gesundheitszustand, kultureller Hintergrund, (unzureichende) Sprachkenntnisse oder Zugehörigkeit zu einer Alterskohorte Einfluss auf die digitale Gesundheitskompetenz haben.²⁴

¹⁹ Vgl. Initiative D21 e.V. (Hg.), D21-Digital-Index 2023/2024 – Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft 2024.

²⁰ Vgl. Western u. a., Bridging the digital health divide, 5.

²¹ Vgl. Initiative D21 e.V., Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft.

²² Vgl. Doris Schaeffer u. a., Gesundheitskompetenz in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Folgebefragung, in: Deutsches Ärzteblatt international (2021), 724.

²³ Vgl. Doris Schaeffer/Klaus Hurrelmann/Ullrich Bauer (Hg.), Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken, Berlin 2018; Doris Schaeffer u. a., Gesundheitskompetenz in Deutschland vor und während der Corona-Pandemie, in: Gesundheitswesen 83 (2021), 781–788; Schmidt-Kaehler u. a., Gesundheitskompetenz; Buddeberg/Heilmann, Gesundheitsbezogene Bildungsbedarfe; Doris Schaeffer/Lennert Griesse/Julia Klinger, Navigationale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, in: Gesundheitswesen 86 (2024), 59–66.

²⁴ Vgl. Wiegard/Zschorlich/Koch, Gesundheitskommunikation öffentlicher Institutionen in Deutschland, 11.

Zusammenfassung und Ausblick

Digitale Gesundheitskompetenzen können nicht isoliert betrachtet werden. Vielmehr muss ein Blick auf den Digital Health Divide geworfen werden, der sich durch verschiedene Ebenen der digitalen Gesundheitsversorgung zieht.

Abbildung 1 zeigt die Dimensionen des in diesem Aufsatz besprochenen Digital Health Divide. Es wird deutlich, dass der gesundheitliche Outcome nicht nur auf die Kompetenzen der Individuen zurückgeführt werden kann, sondern dass dies nur ein Aspekt dieses komplexen Wirkungszusammenhangs darstellt, denn es wirken vielfältige Faktoren zusammen: von der Qualität und Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen über strukturelle und organisationale Rahmenbedingungen bis hin zur individuellen Kompetenz.

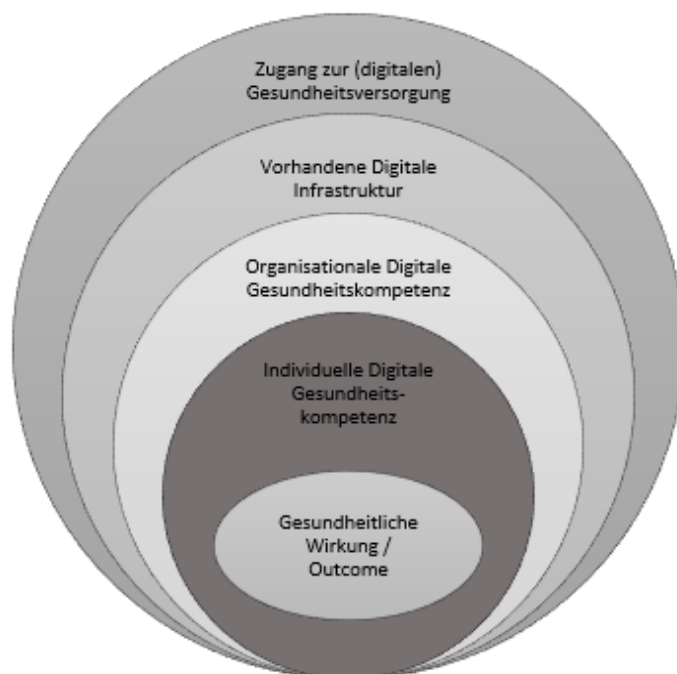


Abbildung 1 Der Digital Health Divide als komplexer Wirkungszusammenhang (eigene Darstellung)

Auf allen Ebenen des Wirkungszusammenhangs spielen intersektionale Ungleichheitsdimensionen, die Ein- und Ausschlüsse generieren, eine Rolle. Ungleichheiten entstehen darüber hinaus auch durch die Entwicklung und Gestaltung von Technologien selbst – etwa durch kommerzielle Interessen oder Präferenzen für Innovationen²⁵ bzw. technische Lösungen (Solutionismus). Hinzu kommt, dass global betrachtet Forschung vielfach auf sog. „WEIRD-Populationen“ (*Western, Educated, Industrialised, Rich, Democratic*) basiert und damit ganze Gruppen unzureichend berücksichtigt.²⁶ Dadurch verstärken sich

²⁵ Vgl. Western u. a., Bridging the digital health divide, 5.

²⁶ Vgl. Thomas Gültzow/Efrat Neter/Hanne Zimmermann, Making Research Look Like the World Looks: Introducing the „Inclusivity & Diversity Add-On for Preregistration Forms“ Developed During an EHPS2022 Pre-Conference Workshop, in: European Health Psychologist 23 (2023).

bestehende Exklusionsmechanismen. Für den deutschen Kontext müsste ein entsprechendes Modell entwickelt werden, das strukturellen Ausschlüssen bereits in Forschung und Entwicklung entgegenwirkt.

Befunde aus der Medizinsoziologie belegen zudem seit langem den Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit²⁷ und auch der Zusammenhang zwischen intersektionalen Positionen und Gesundheit²⁸ wird zunehmend besser erforscht. Unter dem Begriff der *Sozialen Determinanten der Gesundheit* werden die Einflussfaktoren auf die Gesundheit konzeptionell gefasst. Als besonders problematisch erweisen sich hier Doppel- oder gar Dreifach-Diskriminierungen wie das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung oder ‘ungesunder Alltagspraxen’ (Ernährung, Bewegung, Drogen etc.) in Verbindung mit sozialen Exklusionsmechanismen und einer gering ausgeprägten (digitalen) Gesundheitskompetenz. Die Koinzidenz von erhöhtem Krankheitsrisiko und geringerer digitaler Gesundheitskompetenz verweist dabei auf eine besondere Vulnerabilität dieser Gruppen. Arias López u. a. sprechen sogar davon, dass Digital Literacy als eine neue Determinante der Gesundheit betrachtet werden kann.²⁹

Für die Zukunft bedeutet dies, dass die Förderung digitaler Gesundheitskompetenz immer in einem größeren Kontext betrachtet werden muss. Neben individueller Befähigung braucht es auf struktureller, organisatorischer und politischer Ebene Maßnahmen, wie

- die Sicherstellung eines inklusiven Zugangs zu (digitalen) Gesundheitsdiensten,
- den Ausbau einer verlässlichen digitalen Gesundheitsinfrastruktur,
- die Bereitstellung verständlicher und möglichst barrierefreier Gesundheitsinformationen sowie
- eine diversitätssensible, digitalkompetente Gestaltung von Gesundheitssystemen, Organisationen und Professionen.

Zudem sollte die Forschung ihre Perspektive erweitern: weg von rein quantitativen Messinstrumenten, die nur eingeschränkt aktuelle digitale Praktiken erfassen, hin zu stärker interdisziplinären und inklusiven Ansätzen. Qualitative Forschung, die Erfahrungen, Einstellungen und Deutungsmuster von Patientinnen in den Blick nehmen, z.B. die

²⁷ Vgl. Rüdiger Jacob/Johannes Kopp, Gesundheit, in: Grundbegriffe der Soziologie, Wiesbaden 2024, 165–168; Trabert, Klassismus im Gesundheitswesen; Vgl. Matthias Richter/Karl Hurrelmann, Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit, in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hg.), Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden 2023, 1–19; Vgl. Trabert/Waller, Sozialmedizin, 115–193.

²⁸ Vgl. Ivonne Wattenberg/Rebecca Lätzsch/Claudia Hornberg, Gesundheit, Krankheit und Geschlecht: ein gesundheitswissenschaftlicher Zugang zu Einflussfaktoren und Versorgungssystem, in: Beate Kortendiek/Birgit Riegraf/Katja Sabisch (Hg.), Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung, Wiesbaden 2019, 1193–1202; Vgl. Ellen Kuhlmann, Gendersensible Perspektiven auf Geschlecht und Gesundheitsversorgung, in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hg.), Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden 2023, 219–230, 202; Vgl. Jacob Spallek/Oliver Razum, Migration und Gesundheit, in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hg.), Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden 2023, 187–202; Vgl. Trabert, Klassismus im Gesundheitswesen.

²⁹ Vgl. Maria Del Pilar Arias López u. a., Digital literacy as a new determinant of health: A scoping review, in: PLOS Digit Health 2 (2023), e0000279.

Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und medizinischem Personal oder Einstellungen zur Digitalisierung, könnten hierzu in Zukunft wichtige Erkenntnisse liefern.

Im Kontext dieser Überlegungen ist auch das vom BMBF geförderte multidisziplinäre Projekt *Lean Medical Data at the Right time (LeMeDaRt)* zu verorten, das sich als Teil der Medizininformatik-Initiative mit dem Aufbau medizinischer Datenräume beschäftigt. Ziel ist dabei auch, digitale Infrastrukturen so zu gestalten, dass sie nicht nur technisch leistungsfähig, sondern zugleich inklusiv und sozial gerecht sind. Besonders deutlich wird die Relevanz dieses Ansatzes in zwei der Anwendungsfällen des Projekts: So steht die *Nichtalkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD)* stark im Zusammenhang mit Lebensstilfaktoren und sozialen Determinanten der Gesundheit und kann daher exemplarisch für den Zusammenhang von chronischen Erkrankungen, Prävention und digitaler Gesundheitsversorgung stehen. Ein anderes Teilprojekt widmet sich der *Prähabilitation vor Tumoroperationen*. Dort werden Patientinnen durch digitale Unterstützung gezielt in den Bereichen Gewichtsreduktion, Ernährung und Bewegung gestärkt, um zum Zeitpunkt der Operation möglichst fit zu sein und damit die Komplikationsrisiken zu minimieren.

Hier wie auch in anderen Studien zeigt sich zudem, dass eine Berücksichtigung von Patient*innenperspektiven mittels qualitativer Interviews notwendig wäre, um auch Patient*innen zu erreichen, die bisher nicht oder wenig von digitalen Gesundheitsangeboten profitieren. So können Einblicke in Erfahrungen, Barrieren und Erwartungen im Umgang mit digitalen Gesundheitsangeboten gewonnen werden, die wiederum die Entwicklung lebensweltorientierter Lösungen und die Anpassung an die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Patient*innen ermöglichen. Es zeigt sich allerdings auch, dass die Rekrutierung vulnerabler Patient*innengruppen für die Studienteilnahme herausfordernd bleibt und persönliche Unterstützung vor Ort sowie soziales und kulturelles Einfühlungsvermögen erfordert, um den WEIRD-Population-Bias vermeiden zu können.

Literatur

- Maria Del Pilar Arias López u. a., Digital literacy as a new determinant of health: A scoping review, in: PLOS Digital Health 2 (2023), e0000279.
- Klaus Buddeberg/ Lisanne Heilmann, Gesundheitsbezogene Bildungsbedarfe zwischen Individuum und globalen Diskursen, in: Anke Grotluschen u. a. (Hg.), Erwachsenenbildung in internationaler Perspektive, Leverkusen 2022, 61–70.
- Nicola Döring/ Melisa Conde, Sexuelle Gesundheitsinformationen in sozialen Medien: Ein systematisches Scoping Review / Sexual health information on social media: a systematic scoping review, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 64 (2021).
- Thomas Gültzow/ Efrat Neter/ Hanne Zimmermann, Making Research Look Like the World Looks: Introducing the „Inclusivity & Diversity Add-On for Preregistration Forms“ Developed During an EHPS2022 Pre- Conference Workshop, in: European Health Psychologist 23 (2023).
- Initiative D21 e.V. (Hg.), D21-Digital-Index 2023/2024 – Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft 2024. <https://initiatived21.de/publikationen/d21-digital-index> (Zugriff am 06.10.2025).
- Rüdiger Jacob/ Johannes Kopp, Gesundheit, in: Grundbegriffe der Soziologie: Wiesbaden 132024, 165–168.
- Christoph Koch, Der Untergang der Inseln, in: Christoph Koch (Hg.), Achtung: Patient online!: Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren, Wiesbaden 2010, 21–39.
- Jens Konopik u. a., Akzeptanzstudie zur elektronischen Patientenakte: Eine Befragung von Versicherten und Leistungserbringern, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 30 (2025), 48–55.
- Ellen Kuhlmann, Gendersensible Perspektiven auf Geschlecht und Gesundheitsversorgung, in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hg.), Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden 2023, 219–230.
- Helen Monkman/ Blake J. Lesselroth, Incorporating digital health into organizational health literacy: An updated definition, tools, and recommendations, in: Healthcare Management Forum 38 (2025), 437–448.
- Matthias Richter/ Klaus Hurrelmann, Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit, in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hg.), Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden 2023, 1–19.
- Doris Schaeffer u. a., Gesundheitskompetenz in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Folgebefragung, in: Deutsches Ärzteblatt international (2021).

- , Gesundheitskompetenz in Deutschland vor und während der Corona-Pandemie, in: Das Gesundheitswesen 83 (2021), 781–788.
- Doris Schaeffer/ Lennert GRIESE/ Julia Klinger, Navigationale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, in: Das Gesundheitswesen 86 (2024), 59–66.
- Doris Schaeffer/Alexander Haarmann/Lennert GRIESE, Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen in Deutschland. Ergebnisse des HLS-PROF-GER, Berlin/Bielefeld 2023.
- Doris Schaeffer/Klaus Hurrelmann/Ullrich Bauer (Hg.), Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken, Berlin 2018.
- Sebastian Schmidt-Kaehler u. a., Gesundheitskompetenz: Deutschland in der digitalen Aufholjagd. Einführung technologischer Innovationen greift zu kurz, in: Das Gesundheitswesen 83 (2021), 327–332.
- Jacob Spallek/Oliver Razum, Migration und Gesundheit, in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hg.), Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden 2023, 187–202.
- Gerhard Trabert, Klassismus im Gesundheitswesen, in: Francis Seeck/Claudia Steckelberg (Hg.), Klassismuskritik und Soziale Arbeit: Analysen, Reflexionen und Denkanstöße, Beltz Juventa 2024, 189–203.
- Gerhard Trabert/Heiko Waller, Sozialmedizin, Stuttgart 2023, ISBN 978-3-17-035932-1.
- Ivonne Wattenberg/ Rebecca Lättsch/ Claudia Hornberg, Gesundheit, Krankheit und Geschlecht: ein gesundheitswissenschaftlicher Zugang zu Einflussfaktoren und Versorgungssystem, in: Beate Kortendiek/Birgit Riegraf/Katja Sabisch (Hg.), Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung (Geschlecht und Gesellschaft), Bd. 65, Wiesbaden 2019, 1193–1202.
- Max J. Western u. a., Bridging the digital health divide: a narrative review of the causes, implications, and solutions for digital health inequalities, in: Health Psychology and Behavioral Medicine 13 (2025), doi: 2493139.
- Beate Wiegard/ Beate Zschorlich/Klaus Koch, Gesundheitskommunikation öffentlicher Institutionen in Deutschland, in: Constanze Rossmann/Matthias R. Hastall (Hg.), Handbuch Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven, Wiesbaden 2016, 1–15.