



Prof. Dr. Claudia Pischke, Professorin für Public Health und stellvertretende Direktorin am Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, erläutert im Gespräch mit Redakteur Jan Rohwerder, wie komplexe Interventionsstudien neue Impulse für Gesundheitsförderung und Prävention geben - und wo die Erwachsenenbildung unterstützen kann.

Schlagworte: Erwachsenenbildung; Weiterbildung; Wirkung; Weiterbildungsangebot; Gesundheitsbildung; Teilnehmer; Gesundheitskompetenz; Effektivität; Weiterbildungseinrichtung; Lernerfolg; Messung

Zitervorschlag: Pischke, C. (2025). Wie kann die Wirkung von Gesundheitsmaßnahmen gemessen werden?. *weiter bilden*, 32(2), 27-29. Bielefeld: wbv Publikation. <https://www.wbv.de/artikel/WBDIE2502W008>

E-Journal Einzelbeitrag

von: Claudia Pischke

Herausgeber: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE)

Wie kann die Wirkung von Gesundheitsmaßnahmen gemessen werden?

aus: Wirkungen (WBDIE2502W)

Erscheinungsjahr: 2025

Seiten: 27 - 29

DOI: 10.3278/WBDIE2502W008

Wie kann die Wirkung von Gesundheitsmaßnahmen gemessen werden?

WEITER BILDEN spricht mit CLAUDIA PISCHKE

Prof. Dr. Claudia Pischke, Professorin für Public Health und stellvertretende Direktorin am Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, erläutert im Gespräch mit Redakteur Jan Rohwerder, wie komplexe Interventionsstudien neue Impulse für Gesundheitsförderung und Prävention geben – und wo die Erwachsenenbildung unterstützen kann.

WEITER BILDEN: Frau Pischke, Sie führen komplexe Interventionsstudien durch, um die Wirkung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention von nichtübertragbaren Erkrankungen zu messen. Können Sie uns erläutern, wie das funktioniert?

CLAUDIA PISCHKE: Wir untersuchen komplexe Interventionsbündel, die etwa Bewegungsmangel, Tabak- oder Alkoholkonsum und Ernährung adressieren. Die Wirksamkeit prüfen wir, indem wir individuelle Maßnahmen – wie das Tracken von Schritten – mit sozial oder räumlich wirkenden Ansätzen kombinieren, etwa durch Netzwerkaufbau, Veränderungen im öffentlichen Raum oder begleitende Öffentlichkeitsarbeit. Entscheidend ist, dass solche Interventionen nicht isoliert, sondern als Teil eines größeren Ganzen funktionieren. Wir evaluieren, wie sich verschiedene Bausteine gegenseitig verstärken und nachhaltige Verhaltensänderungen ermöglichen.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Förderung körperlicher Aktivität. Ein Beispiel ist das Düsseldorfer Projekt zur Messung und Erhöhung der täglichen Schrittzahl, das auf einer in Belgien bereits erfolgreich getesteten Intervention beruht. Bürger*innen konnten ihre Schritte online auf einer eigens entwickelten Website dokumentieren, erhielten Anleitungen zur Nutzung von Trackern oder Smartphones und nahmen an Schritte-Wettbewerben teil. Ergänzt wurde dieses individuelle Angebot durch neu ausgeschilderte Laufrouten im Stadtgebiet, eine breit angelegte Medienkampagne sowie gezielte Kooperationen mit ortsansässigen Vereinen, Unternehmen und Multiplikator*innen wie dem Gesundheitsamt.

Ein zentrales Thema der Erwachsenenbildung ist der so genannte »Matthäus-Effekt«: Angebote erreichen primär Menschen, die ohnehin schon (bildungs-)privilegiert sind. War das auch bei Ihrer Intervention zu beobachten?

Ganz klar, der beschriebene Effekt deckt sich mit dem sogenannten Präventionsdilemma: Besser Gebildete und Menschen mit höherem sozialem Status nehmen häufiger an gesundheitsbezogenen Maßnahmen teil und profitieren damit stärker. Die Herausforderung für die Chancengleichheit ist dabei vor allem, bildungsferne Gruppen zu erreichen, da diese bislang wenig bis keine Berührungspunkte mit solchen Angeboten hatten. Um dem entgegenzuwirken, setzten wir in der beschriebenen Maßnahme bewusst auf niedrigschwellige Zugänge, etwa über Stadtteilzentren für Ältere, Hausärzt*innen und Physiotherapiepraxen, aber auch auf Printkampagnen.

Lassen sich diese sozialen Unterschiede auch beim Bewegungsverhalten selbst nachweisen?

Ja, absolut. RKI-Daten zeigen, dass die Erfüllung der Bewegungsempfehlung – 150 bis 300 Minuten moderat intensive Aktivität pro Woche – stark von Alter,

Geschlecht und sozialem Status abhängt: Im Alter von 18 bis 29 erreichen noch rund 60 Prozent 150 Minuten moderate Aktivität pro Woche, im mittleren Erwachsenenalter nur etwa die Hälfte, ab 65 sinkt der Anteil auf circa 40 Prozent. Männer sind etwas aktiver als Frauen, und besser Gebildete sowie Wohlhabende erfüllen die Bewegungsziele deutlich häufiger – ein Trend, der auch für viele andere gesundheitsförderliche Verhaltensweisen gilt.

Wie gehen Sie in Ihren Studien mit dieser sozialen Selektivität um? Steuern Sie aktiv dagegen?

Das ist tatsächlich ein Thema, das uns schon seit Jahrzehnten beschäftigt. Wir steuern aktiv dagegen, unter anderem, wie bei der angesprochenen Schritte-Intervention in Düsseldorf, durch gezielte Ansprache von Menschen in Stadtbezirken mit nachgewiesenen erhöhten sozialen Belastungen. Die Angebote werden dabei dann für alle Bewohner*innen zugänglich gemacht, es gibt keine klassische Vorauswahl. Zusätzlich nutzen wir Oversampling-Methoden: Bestimmte Gruppen, die sonst unterrepräsentiert wären, werden bewusst häufiger einbezogen. Das ermöglicht, die Wirkung für unterschiedliche Zielgruppen besser sichtbar zu machen.

In der Weiterbildung setzt man – wie Sie – auf aufsuchende Bildungsarbeit, also »Geh-< statt »Komm-< Strukturen. Thema »Geh-< Strukturen: Wobei oder wogegen hilft Bewegung denn am Ende konkret?

Körperliche Aktivität wirkt tatsächlich wie eine Art »Magic Bullet«. Sie trägt nachweislich zur Verbesserung sowohl der körperlichen als auch der psychischen Gesundheit bei, senkt die Krankheitshäufigkeit und die Sterblichkeit und reduziert das Risiko für nicht-übertragbare Volkskrankheiten wie Diabetes, Übergewicht, Herz-Kreislauf-

Erkrankungen und bestimmte Krebsarten. Schon ab etwa 4.000 Schritten pro Tag sind messbare Vorteile zu beobachten. Gerade deshalb gilt körperliche Inaktivität als zentraler Risikofaktor, den auch die WHO im aktuellen Aktionsplan besonders in den Blick nimmt, um die Gesundheit der Bevölkerung weltweit nachhaltig zu verbessern.

In einer Studie geben Sie an, dass nicht nur das »Was«, sondern auch das »Wie« entscheidend ist – beispielsweise ob Maßnahmen theoriegeleitet sind oder nicht. Worin liegt der Unterschied, und was bringen theoriegeleitete Interventionen?

Theorie- und evidenzbasierte Interventionen nutzen klar definierte Techniken zur Verhaltensänderung. Bislang wurden 93 solcher Techniken identifiziert, viele stammen aus der Psychologie. Dazu gehören Self-Monitoring und Goal Setting, aber auch soziale Vergleichsprozesse – etwa Schritte-Wettbewerbe oder die Orientierung an sozialen Normen. Wir Menschen sind in dieser Hinsicht auch stark sozial geprägt: Besonders wirksam sind Interventionen, wenn sie die sogenannte »injunktive oder deskriptiven Normen« adressieren, also Rückmeldungen darüber geben, was die eigene Peer-Group gutheißt oder was die Mehrheit tut. Am Beispiel der Bewegungsförderung würde man darauf hinweisen, dass die Peer-Group Schrittezählen gut findet und die Mehrzahl die empfohlene Schrittzahl erreicht – wenn dies durch Daten belegt ist. Studien zeigen, dass diese gezielt eingesetzten Techniken das Verhaltensänderungspotenzial deutlich erhöhen.

Also hat auch die soziale Komponente einen starken Einfluss auf die Gesundheitsförderung?

Absolut. Soziale Unterstützung ist ein zentraler Erfolgsfaktor jeder präventiven Intervention. Gemeinsames Ak-

tivwerden fördert Motivation und Teilhabe und zeigt gerade bei Älteren eine große Wirkung. Zudem beugen Gruppenangebote sozialer Isolation vor – diese wiederum ist ein eigenständiger Risikofaktor für viele Erkrankungen und erhöhte Mortalität. Zwar lässt sich der Effekt auf Einsamkeit nicht immer unmittelbar messen, aber unsere Erfahrungen und qualitative Daten zeigen Auswirkungen auf das Wohlbefinden.

An Volkshochschulen, aber auch bei anderen Bildungsträgern werden häufig Gesundheitskurse angeboten, bei denen man in der Gruppe Sport treibt. Ihre Schilderung lässt mich vermuten, dass die Kombination von Bewegung und sozialem Beisammensein sehr gesundheitsförderlich ist.

Wir wissen, dass soziale Isolation ein Prädiktor für Morbidität und Mortalität ist. Solche Kurse schlagen also zwei Fliegen mit einer Klappe, und ich kann mir synergetische Effekte sehr gut vorstellen. Und es gibt Studien, die darauf hindeuten, dass gerade soziale Unterstützung wichtig ist für körperliche Aktivität.

Wir hatten ja bereits die Heterogenität der Zielgruppe angesprochen. Brauchen unterschiedliche Menschen auch unterschiedliche Unterstützung?

Ja, individuell angepasste Ansprache ist essenziell. Nicht alle befinden sich im selben Stadium der Verhaltensänderung, in diesem Fall der Gesundheitsförderung. Der »Health Action Process Approach« und das transtheoretische Modell unterscheiden beispielsweise Menschen ohne Intention, solche mit erstem Veränderungswunsch, handlungsbereite Personen und bereits Aktive. Bei jeder Stufe sind andere Maßnahmen nötig: Informationsvermittlung für Unentschlossene, konkrete Anleitung für Entschlossene und Rückfallprophylaxe für die schon Aktiven. One-size-

fits-all ist selten effektiv; entscheidend ist die Anpassung an die Lebenslagen und die Vorerfahrung der Individuen.

Ein großes Thema ist auch die digitale Gesundheitskompetenz, im englischsprachigen Raum bekannt als Digital Health Literacy. Wie ist die Lage aus Ihrer Sicht?

Die Pandemie hat zwar für einen Digitalisierungsschub gesorgt, aber bei der digitalen Gesundheitskompetenz sehen wir weiterhin deutliche Defizite. In einer Befragung von gut 1.000 Personen aus dem Jahr 2022 gaben zwar 65 bis 84 Prozent an, gesundheitsbezogene Informationen online finden, nutzen und bewerten zu können, aber nur 34 Prozent fühlten sich sicher, daraus auch wirklich Entscheidungen abzuleiten. Besonders ältere oder weniger gebildete Menschen haben weiterhin Schwierigkeiten, digitale Gesundheitsinfos zu finden, zu beurteilen und für sich umzusetzen. Damit Digitalisierung tatsächlich mehr Teilhabe ermöglicht, sind gezielte Förderangebote für digitale Gesundheitskompetenz wichtig, damit niemand abhängt wird.

Greifen hier ähnliche Mechanismen wie bei der Ansprache von Zielgruppen für die Gesundheitsförderung?

Ja, das Prinzip ist durchaus vergleichbar, denn bei der digitalen Gesundheitskompetenz unterscheiden wir ebenfalls verschiedene Ebenen. Beim sogenannten Digital Divide sprechen wir vom First, Second und Third Level: Das First Level betrifft den reinen Zugang zu digitalen Geräten wie Smartphones – dieser ist heute in weiten Teilen der Bevölkerung erreicht, auch bei weniger privilegierten Gruppen. Die nächsten Hürden liegen aber im Second Level, also der tatsächlichen Nutzung von digitalen Angeboten und der Fähigkeit, Gesundheitsinformationen im Netz überhaupt zu finden. Entscheidend wird es beim

Third Level: Hier geht es darum, die gefundenen Informationen auch bewerten, einordnen und praktisch für die eigene Gesundheit anwenden zu können. Gerade vulnerablere Gruppen – etwa Ältere, Menschen mit sprachlichen Hürden oder geringerem Bildungshintergrund – bleiben beim zweiten und dritten Level oft zurück und profitieren dementsprechend weniger. Umso wichtiger ist es, Menschen gezielt beim Aufbau dieser Kompetenzen zu unterstützen, damit aus der Digitalisierung auch mehr gesundheitliche Chancengleichheit werden kann.



PROF. DR. CLAUDIA PISCHKE

ist Professorin für Public Health und stellvertretende Direktorin am Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

claudia.pischke@hhu.de

Wie sieht es mit der Nutzung von Künstlicher Intelligenz in diesem Bereich aus?

Künstliche Intelligenz bietet definitiv große Chancen im Gesundheitsbereich – zum Beispiel, indem sie Gesundheitsinformationen leichter zugänglich macht und Inhalte in verschiedene Sprachen übersetzen kann. Das könnte insbesondere für Menschen hilfreich sein, die nicht so gut Deutsch sprechen und bislang von Informationen ausgeschlossen sind. Aber auch hier bleibt die Herausforderung: Wer Informationen von einer KI erhält, muss diese auch sinnvoll bewerten und auf Richtigkeit prüfen

können. Es reicht also nicht aus, einfach Zugang zu digitalen oder KI-basierten Angeboten zu haben – entscheidend ist die Fähigkeit, Informationen einzurichten und sicher anzuwenden. Die Entwicklung passender Programme, etwa mit spielerischen oder alltagsnahen Ansätzen, kann dabei helfen, gerade unterschiedliche Zielgruppen gezielt in ihrer digitalen Gesundheitskompetenz zu stärken.

Dies kann, denke ich, sehr gut durch die Erwachsenenbildung unterstützt werden. Und auch Gamification hat sich ja schon an anderen Stellen der Erwachsenenbildung bewährt.

Das Projekt Nebulus ist ein gutes Beispiel dafür, wie Gamification im Gesundheitsbereich praktisch umgesetzt werden kann. Nebulus ist ein Location-based Game, bei dem digitale Stadtspielen oder Stadtrallyes durchgeführt werden. Ziel ist es dabei, dass Jugendliche spielerisch mit Gesundheitsangeboten in ihrer Kommune oder im eigenen Stadtteil in Kontakt kommen. Diese spielerische Herangehensweise senkt die Schwelle, sich mit Gesundsthemen zu beschäftigen, und sorgt für mehr Motivation und Eigenaktivität – entscheidend ist es aber auch am Ende, die dafür nötigen Kompetenzen zu stärken, um solche neuen Wege reflektiert und eigenverantwortlich für die eigene Gesundheit gehen zu können.

Ich danke Ihnen sehr für das Gespräch!