

# WIAD

Wissenschaftliches Institut der  
Ärzte Deutschlands gem. e.V.

---

---

## Jahresbericht 2009

vorgelegt zur  
Mitgliederversammlung 2009 des WIAD  
am 15. Januar 2010

---

---

Bonn, im Dezember 2009

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
<b>1. Berichte aus den Forschungsschwerpunkten</b>	<b>1</b>
1.1 Bewegungs- und Gesundheitsförderung	1
1.2 Versorgungsforschung	17
1.3 Internationale Gesundheitsforschung	30
<b>2. WIAD-Projekte 2009 und Folgejahre im Überblick</b>	<b>39</b>

***Ansprechpartner***

**Wissenschaftliches Institut der Ärzte  
Deutschlands (WIAD) gem. e.V.**

Uhierstraße 78  
D - 53173 Bonn

Telefon: (0228) 8104-172  
Telefax: (0228) 8104-1736  
E-Mail: [wiad@wiad.de](mailto:wiad@wiad.de)  
Homepage: [www.wiad.de](http://www.wiad.de)

Dr. Lothar Klaes (Geschäftsführer)  
Dr. Caren Weilandt (stv. Geschäftsführerin)

# 1. Berichte aus den Forschungsschwerpunkten

Im Berichtszeitraum wurden bzw. werden 17 Projekte durchgeführt (s. hierzu den Überblick in Kapitel 2), die im Folgenden den drei Forschungsschwerpunkten des WIAD zugeordnet und beschrieben werden.

## 1.1 Bewegungs- und Gesundheitsförderung

### Überblick

Seit 2000 untersucht WIAD gemeinsam mit der AOK und weiteren Partnern (Kultusministerien, Deutscher Olympischer Sportbund, Deutscher Sportlehrerverband u.v.a.) den Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen und unterbreitet mit großem Erfolg Angebote zur Verbesserung der Fitness. Außerdem beschäftigt sich WIAD, wie während seiner gesamten Forschungstätigkeit, derzeit intensiv mit Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention. Internationale Arbeiten hierzu werden in Kapitel 1.3 vorgestellt, nationale Vorhaben in diesem Kapitel. Laufende Projekte zur Bewegungs- und Gesundheitsförderung sind:

- *Schulen in Bewegung*, ein Bewegungs-Check-Up und Interventionsangebot für weiterführende Schulen in Nordrhein-Westfalen und Hamburg ([www.schuleninbewegung.de](http://www.schuleninbewegung.de)) (AOK Rheinland/Hamburg und AOK Westfalen-Lippe)
- *Fit sein macht Schule*, ein bundesweiter Bewegungs-Check-Up in Schulen (Auftraggeber: AOK-Bundesverband und Landes-AOKen)
- *Fit durch die Schule*, ein Angebot zur Förderung des außerunterrichtlichen Schulsports (AOK Rheinland/Hamburg und Ministerium für Schule und Weiterbildung NRW)
- *Settingprojekte und -angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in Nordrhein-Westfalen – Bestandsaufnahme und Einrichtung einer Plattform* [www.settingprojekte-nrw.de](http://www.settingprojekte-nrw.de) (Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen | Strategiezentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen)

## **Schulen in Bewegung und Fit sein macht Schule**

Unverändert erfolgreich und mit hohen Beteiligungszahlen laufen die Bewegungsstudien des WIAD. Der Schwerpunkt von *Fit sein macht Schule* liegt seit Jahren in Bayern. *Schulen in Bewegung* wird mit großem Zuspruch in Nordrhein-Westfalen, und hier insbesondere im Rheinland, sowie, dies allerdings mit noch sehr unbefriedigender Resonanz, auch in Hamburg angeboten. Im jüngsten Statusbericht vom Dezember 2009 konnte dargelegt werden, dass – wie auch bereits in den Jahren zuvor – in den teilnehmenden Schulen die Fitness und generell der Bewegungsstatus der Kinder und Jugendlichen deutlich verbessert werden konnten. Das grundsätzlich unbefristete Angebot wird kontinuierlich mit Praktikern weiterentwickelt.

Um Konzepte, Ergebnisse, Erfahrungen und Perspektiven sowie Hintergründe unserer Bewegungsstudien anschaulich und umfassend zugleich darzustellen, wird im Folgenden ein Interviewtext wiedergegeben, der auszugsweise am 7. Juni 2009 im Deutschlandradio Kultur ausgestrahlt wurde. Lediglich die Beteiligungszahlen wurden auf den heutigen Stand gebracht. Dieser Text zieht zugleich ein Resümee über die langjährige Beschäftigung des WIAD mit der Analyse und Verbesserung des Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, eine Thematik, zu welcher das Institut auch in den kommenden Jahren intensiv arbeiten wird.

### ***Fragen<sup>1</sup> und Antworten zu Schulen in Bewegung und zu den Bewegungsstudien des WIAD generell***

#### ***1. Wie funktioniert der Fitnessstest?***

*Unser Bewegungs-Check-Up besteht aus dem erweiterten Münchner Fitnessstest und einem Kurzfragebogen. In dem Fitnessstest werden mit den sieben Übungen Ballprellen, Zielwerfen, Rumpfbeugen, Standhochspringen, Halten im Hang, Stufensteigen und Sechs-Minuten-Lauf die motorischen Fähigkeitsbereiche Koordination, Beweglichkeit, Schnelligkeit, Kraft und Ausdauer gemessen. Mit dem Kurzfragebogen er-*

---

<sup>1</sup> Die Fragen wurden im Rahmen eines Interviews für Deutschlandradio Kultur gestellt. Die Antworten gab Dr. Lothar Klaes.

*fassen wir Alter, Geschlecht, Größe und Gewicht der Kinder und Jugendlichen sowie deren Sportpensum, deren Selbsteinschätzung ihrer eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit, deren Lieblingssportarten und ob sie im Sportverein aktiv sind oder nicht und wieviel Sportunterricht sie tatsächlich haben.*

*Das Ganze läuft so ab, dass die Sportlehrkräfte von uns eine 12-seitige Handreichung erhalten, in der jede Übung exakt beschrieben ist, so dass der Bewegungs-Check-Up im Sportunterricht nach festen Vorgaben durchgeführt werden kann.*

*Die Daten werden bei uns im WIAD zentral ausgewertet. Für die Weiterleitung der Daten an uns gibt es zwei Wege: Entweder erhalten wir die sogenannten Check-Up-Erfassungsbögen auf dem Postwege oder die Sportlehrkräfte geben die Daten passwortgeschützt direkt in unsere Datenbank ein. In beiden Fällen erhalten die Lehrer und Schüler ein individuelles Fitnessprofil, das dem Einzelnen zeigt, wo er im Vergleich mit seiner Klasse und im Vergleich zu seinem Alters- und Geschlechtsdurchschnitt in Deutschland steht.*

*Im Ergebnis erhält jede Schülerin und jeder Schüler ein Bild der eigenen Stärken, und Schwächen. Für die jeweilige Sportlehrkraft ergibt sich ein Bild der besonderen Stärken, aber auch des Förderungsbedarfs in der eigenen Klasse. Bei jährlicher Wiederholung des Tests kann überprüft werden, ob angestrebte Verbesserungen auch tatsächlich eintreten.*

*Seit 2001 wurden bundesweit mehr als 900.000 Bewegungs-Check-Ups nach diesem Muster durchgeführt. Beteiligt haben sich Schülerinnen und Schüler aus allen Altersgruppen, also von 6 bis 18 Jahren, und aus allen Schultypen. Regionale Schwerpunkte liegen bisher in Nordrhein-Westfalen, wo die AOK Rheinland/Hamburg und die AOK Westfalen-Lippe gemeinsam mit uns allen weiterführenden Schulen das Angebot „Schulen in Bewegung“ unterbreitet. Weitere Schwerpunktregionen sind Niedersachsen und Bayern, aber auch in fast allen anderen Bundesländern gibt bzw. gab es mehr oder weniger gute Beteiligungsdaten.*

## **2. Was sind die Ergebnisse?**

*Über einen Zeitraum von mittlerweile acht Jahren können wir beobachten, dass die Fitness der Kinder und Jugendlichen in Deutschland schlechter wird. In keiner der Übungen zeigen sich aufsteigende Tendenzen. Am stärksten sind die Rückgänge in den motorischen Fähigkeitsbereichen Kraft, Koordination und Schnellkraft, gefolgt von Ausdauer und Beweglichkeit. Zwischen den Geschlechtern bestehen nur geringfügige Unterschiede zu Ungunsten der Jungen.*

*Ein in meinen Augen sehr spannender Befund ist, dass die Menschen mit ungefähr 10 bis 11 Jahren den Höhepunkt an körperlicher Aktivität erleben. Es wird dann nie wieder mehr. Schaut man sich einmal nur die Gruppe derjenigen an, die keinen oder so gut wie keinen Sport mehr treiben, dann sehen wir, dass dieser Anteil der Sportabstinenten von seinem Tiefststand im Alter von 10 Jahren bei den 16-jährigen Jungen auf knapp 30% und bei den 16-jährigen Mädchen sogar auf knapp 40% anwächst. Unter anderem hier setzen wir an, um möglichst viele dieser Kinder im mittleren Jugendalter auch weiterhin für Sport und Bewegung zu motivieren.*

*Einen ganz entscheidenden Anteil hat auch das Elternhaus. Nur ein Beispiel: Wenn Eltern Sport treiben, dann sind auch noch in einem Alter von 12 bis 18 Jahren ihre Kinder in weit höherem Maße sportlich aktiv als die gleich alten Kinder von Eltern, die keinen Sport treiben. Der Abstand beträgt ungefähr 10%-Punkte. Konkret: Kinder von sportlichen Eltern treiben zu etwa 40% mindestens 6 Stunden Sport pro Woche, Kinder von nicht sportlichen Eltern nur zu 30%.*

*Wir haben beispielsweise auch einmal danach geschaut, welche Rolle der Schulsport und hier konkret allein die Stundenzahl auf die Fitness hat. Unterscheidet man die Jungen und Mädchen danach, ob sie 3 Stunden Sport oder mehr haben oder ob sie nur maximal 2 Stunden Sport pro Woche haben, dann zeigt sich, dass die erstgenannte Gruppe über eine deutlich bessere Fitness verfügt als die zweitgenannte. Besonders profitieren die über 16-Jährigen und die Kinder im Grundschulalter. Dieser Effekt tritt unabhängig davon auf, ob die Kinder insgesamt eher viel oder wenig Sport treiben; bei den weniger sportlichen allerdings ist der Effekt stärker.*

*Wer viel Schulsport hat, ist auch in seiner Freizeit sportlich aktiver. Bei den Mädchen sind dies 30% im Vergleich zu 19% mit höchstens 2 Stunden Schulsport. Bei den Jungen ist der Abstand mit 46% zu 36% auf höherem Niveau in etwa gleich groß.*

*Wer viel Schulsport hat, ist schließlich auch im Sportverein eher aktiv als die Gruppe, die nur wenig Schulsport hat. Der Abstand liegt bei Mädchen bei etwa 10%-Punkten und bei Jungen bei 7%-Punkten.*

*Es kann angenommen werden, dass dieser eindeutig positive Effekt des Schulsports weniger der relativ kleinen Bewegungsmenge geschuldet ist, die eine zusätzliche Stunde Schulsport dem Einzelnen bringt, als vielmehr dem Umstand, dass hiervon ein Signal ausgeht. Sport und Bewegung werden ernst genommen, Bewegungsfreude wird vermittelt und der höhere Stellenwert des Sports strahlt auch in die Freizeit und in den Vereinssport aus. Wenn es dann noch gelingt, den zusätzlichen Sportunterricht etwa mit musischen und kreativen Inhalten zu füllen, wie wir sie in dem Angebot „Schulen in Bewegung“ erfolgreich umsetzen, dürfte der Einfluss des Schulsports auf die Fitness noch weiter zu steigern sein.*

### **3. Können Sie Beispiele geben, was die Kinder nicht mehr können?**

*Hierzu nur einige Beispiele aus den Bereichen Kraft und Koordination, den beiden Fähigkeitsbereichen, in denen wir in den letzten Jahren die stärksten Rückgänge beobachten müssten:*

*Konnten sich vor acht Jahren 12- bis 14-jährige Mädchen noch durchschnittlich 14 Sekunden mit gebeugten Armen an einer Sprossenwand halten, schaffen sie es heute nur noch knapp 12 Sekunden. Auf niedrigerem Niveau verläuft die Entwicklung bei den 15- bis 17-jährigen Mädchen ähnlich. Der Rückgang um gut 2 Sekunden mutet gering an, ist aber gemessen an den Ausgangswerten als durchaus bedeutsam einzustufen; er beträgt etwa 15%. Mit verantwortlich für diesen Rückgang dürfte auch das zunehmende Übergewicht in diesen Jahrgängen sein.*

*Ein weiteres Beispiel illustriert den Rückgang bei den koordinativen Fähigkeiten. Eine Übung besteht darin, von einer umgedrehten Langbank aus 30 Sekunden lang beidhändig einen Gymnastikball möglichst oft auf den Boden zu prellen. Haben 12- bis*

14-jährige Mädchen dies vor acht Jahren noch 43-mal geschafft, gelingt es ihnen heute nur noch 39-mal. Gleich alten Jungen gelang dies 2001 noch 48-mal, heute nur noch 44-mal. Dies entspricht einem Rückgang von knapp 10%. Eine ähnliche Entwicklung beobachten wir auch bei den 15- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen.

#### **4. Was heißt das, als Zukunftsprognose gesehen, für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung?**

Hier müssen wir uns zunächst klar machen, welche Bedeutung Bewegung generell, in jedem Lebensalter, aber vor allem für Kinder und Jugendliche hat. In jedem Lebensalter hat körperliche Aktivität einen positiven Einfluss auf die Gesundheit. Kinder und Jugendliche haben ein natürliches Bedürfnis, sich zu bewegen, und hierzu benötigen sie Bewegungsräume, Gelegenheiten und Anreize. Körperliche Aktivität spielt gerade in jungen Jahren eine wichtige Rolle für die körperliche, psychische und soziale Entwicklung. Beispielsweise sind regelmäßige Bewegung oder körperliche Aktivität notwendig für die Erkundung der Umwelt, für das Erlernen der motorischen Fähigkeiten, für das Austesten der eigenen körperlichen Grenzen im Vergleich mit Gleichaltrigen; Bewegung verschafft Lusterlebnisse, und Kinder können einüben, Verhältnisse einzuschätzen, Ängste auszuhalten oder Mut aufzubringen.

Nach Ergebnissen aus einer früheren WIAD-Studie zum Thema „Sport und Gesundheit“ und einer jüngeren Übersicht des Robert Koch-Instituts zufolge ist Bewegungsmangel mitverantwortlich für die Entstehung einer ganzen Reihe chronischer Krankheiten, beispielsweise Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, koronare Herzkrankheit, Osteoporose, oder auch Störungen des Stütz- und Halteapparates. Viele dieser Erkrankungen treten immer häufiger auch bereits bei Kindern und Jugendlichen auf.

Mehr noch als falsche Essgewohnheiten hat ein gravierender Bewegungsmangel Einfluss auf das Übergewicht. Wenn wir nach den Daten des jüngsten Kindergesundheits surveys des Robert Koch-Instituts sehen, dass beispielsweise 15% der 7- bis 10-Jährigen und sogar 17% der 14- bis 17-Jährigen übergewichtig sind, dann ist dies vor allem auch auf einen zunehmenden Bewegungsmangel zurückzuführen. Innerhalb von etwa 20 Jahren ist der Anteil der Übergewichtigen um 50% gestiegen. Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus oder Migrationshintergrund sind

hiervon häufiger betroffen, ebenso die Kinder von Eltern, die selbst übergewichtig sind. Also auch hier zeigt sich nochmals die positive oder auch negative Vorbildfunktion der Eltern.

Nach Angaben der Krankenkassen liegen allein die durch Adipositas (BMI > 30) hervorgerufen Folgekosten bei etwa 15 bis 20 Milliarden Euro pro Jahr. Das sind 6% aller Krankheitskosten in Deutschland. Davon entfällt ca. 1 Milliarde auf die Behandlung adipöser Kinder. In den USA ist die Situation noch dramatischer. Sollten sich die Zahlen in Deutschland ähnlich wie in den USA entwickeln, dann würden sich die Kosten in einigen Jahren auf jährlich ca. 50 Milliarden Euro belaufen, allein für die Behandlung übergewichtiger Patienten mit all ihren Folgeerkrankungen.

##### **5. Wo sind die Ansatzpunkte für mehr Prävention?**

Aus unserer Sicht und Erfahrung sind Schulen ein besonders geeigneter Ort für Maßnahmen zur Bewegungs- und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Mit geeigneten Aktivitäten erreicht man alle Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren, Angebote sind nicht diskriminierend, weil man wirklich alle Kinder und Jugendlichen erreicht, egal ob sie in Grundschulen, Förderschulen, Hauptschulen, Realschulen, Gesamtschulen, Gymnasien, Berufskollegs oder anderenorts zur Schule gehen.

Ein entscheidender Vorteil ist auch, dass in Schulen mit den Sportlehrkräften und auch anderen Lehrern bereits eine Basis existiert, die sachkundig und motiviert auch neue Angebote umsetzen kann. Maßnahmen können dann individuell, klassenbezogen, fachübergreifend oder auf die Schule als Ganzes ausgerichtet sein.

Fragt man nämlich die Schüler nach ihrem Lieblingsfach, so antwortet die Mehrzahl, wie auch bereits vor Jahrzehnten, dass es der Schulsport sei. Allerdings macht es aus unserer Sicht Sinn, den Schulsport mit neuen Elementen anzureichern, mit denen eher unsportliche oder sportferne Kinder und Jugendliche, vor allem auch Übergewichtige, angeregt werden, sich gerne und dann auch mehr zu bewegen.

Hier hat sich beispielsweise bei dem Angebot „Schulen in Bewegung“ gezeigt, dass Lehrer wie Schüler davon profitierten, wenn neue Sport- und Bewegungsarten in den

*Unterricht aufgenommen wurden. Vielfach ist es gelungen, den Schwerpunkt in der Unterrichtsgestaltung zu verschieben und quasi fachfremde Elemente wie Musik, Ästhetik, Bewegungstheater oder Akrobatik stärker in den Unterricht einzubeziehen. Auf diese Weise konnten beispielsweise ästhetische oder auch kreative Schülerbedürfnisse angesprochen werden, die im herkömmlichen, eher leistungsorientierten Schulsport häufig zu kurz kommen. Gerade auch übergewichtige oder auch unsportliche Schülerinnen und Schüler bekommen so Gelegenheit, neue Bewegungserfahrungen zu sammeln und Bewegungsfreude zu entwickeln. Aber auch Spiele und Ausdauerübungen kommen – häufig auf ausdrücklichen Wunsch der Schüler – nicht zu kurz.*

*Häufig auch haben sich die Schüler vorgenommen, ihre eigene Fitness und auch die ihrer Klasse insgesamt zu verbessern und sich hierbei gegenseitig angespornt und unterstützt, nach dem Motto: die Starken helfen den Schwachen.*

*Unser Angebot ist breit angelegt, und letztlich kann vor Ort entschieden werden, ob man eher einen wettbewerblichen bzw. leistungsorientierten Akzent setzt (Wie können wir unsere Fitness im Laufe eines Schuljahres verbessern?) oder ob man eher Bewegungsfreude und die Ermutigung eher sportunerfahrener Kinder und Jugendlicher in den Mittelpunkt stellt oder ob man beides kombiniert.*

## **6. Welche Schwierigkeiten gibt es bei der Umsetzung?**

*Ich würde nicht unbedingt von Schwierigkeiten sprechen, aber natürlich bedarf es einiger Anstrengungen, ein solches Programm, wie es die AOK Rheinland/Hamburg und die AOK Westfalen-Lippe gemeinsam mit uns anbietet, in den Schulen nachhaltig umzusetzen.*

*Vorweg aber vielleicht einige Zahlen. Insgesamt beteiligen sich in Nordrhein-Westfalen bisher etwa 450 weiterführende Schulen an unserem Angebot mit insgesamt mehr als 1.500 Sportlehrkräften und etwa 40.000 Schülerinnen und Schülern. Beteiligt sind alle weiterführenden Schultypen von Förderschulen über Hauptschulen, Realschulen, Gesamtschulen, Gymnasien bis hin zu Berufskollegs. Insgesamt beteiligen sich etwa 15% aller weiterführenden Schulen in Nordrhein-Westfalen. Das*

*halte ich schon einmal für eine ausgesprochen gute Beteiligungsquote an einem freiwilligen Angebot.*

*Um die Lehrkräfte und vor allem die Schülerinnen und Schüler aber dauerhaft zu motivieren, braucht es schon ein Angebot, das überzeugend ist, einen wirklichen Bedarf deckt und das im Schulalltag leicht umsetzbar ist. Im Einzelnen sieht unser Konzept Folgendes vor. Basis ist eine Kooperationsvereinbarung zwischen Schule und AOK. Es beginnt dann mit einem Bewegungs-Check-Up, wie ich ihn bereits beschrieben habe, und der jährlich wiederholt wird. Nach Testdurchführung und Eingabe der Daten erhalten die Schulen die Ergebnisse, also vor allem das Fitnessprofil eines jeden Schülers, rückgekoppelt und im Anschluss daran eine Arbeitsmappe zur Bewegungsförderung im Schulsport. Diese Mappe enthält vielfältige Informationen zum Thema, beispielhafte Sportstundenprofile, Anregungen und Unterrichtsmaterialien für die Behebung von sportmotorischen Defiziten. Enthalten sind beispielsweise Anregungen und Unterrichtsbeispiele zu Spielen, wie etwa Lauf-, Ball- oder Kraftspiele, Anregungen zu einem Fitnesstraining mit Musik, wie etwa Ball-, Box-, Kickbox- und Step-Aerobic, Anregungen zu Bewegungskünsten, beispielsweise Jonglage, Akrobatik oder Bewegungstheater, und vieles mehr. Ein weiteres Kapitel der Arbeitsmappe widmet sich dem immer wichtiger werdenden Thema „Aktiv statt Attest – Das chronisch kranke Kind im Schulsport“.*

*Die Mappe wurde gemeinsam mit Sportlehrkräften entwickelt und gibt praxisnahe und bei Lehrern wie Schülern ausgesprochen beliebte Anregungen für den Sportunterricht, Anregungen, die über das Übliche hinausgehen und mit denen alle, das heißt auch die Übergewichtigen oder die so genannten Bewegungsmuffel, mitgenommen werden können. Insgesamt führt dies zu mehr Abwechslung im Sportunterricht, und wir stellen fest, dass Lehrer wie Schüler motivierter sind.*

*Weiter erhalten die Sportlehrkräfte ein Fortbildungsangebot, mit dem die in der Mappe enthaltenen Anregungen und Unterrichtsbeispiele eingeübt werden können. Und schließlich pflegen wir mit engagierten Lehrkräften einen regen Austausch, um das Angebot kontinuierlich zu erweitern, zu verbessern und Praxiserfordernissen anzupassen. Nach unseren Erfahrungen haben an einem so gestalteten Sportunterricht auch Übergewichtige und die eher unsportlichen Kinder und Jugendlichen ihren Spaß. Sie können zeigen, welche Geschicklichkeit und Bewegungslust in ihnen*

steckt. Sie machen beispielsweise die Erfahrung, dass sie sich anmutig, leidenschaftlich, geschickt und mit großer Ausdauer tänzerisch oder akrobatisch, einzeln oder in der Gruppe, entfalten können. Und wenn man einmal solche Erfahrungen sammelt und dies auch noch in der Gemeinschaft, steigt auch das Interesse, sich generell mehr zu bewegen.

**7. Wenn ich es richtig verstanden habe, belegen die Ergebnisse Ihres 2. Tests auch, dass die Ergebnisse zu stoppen oder umzudrehen sind. Können Sie das bitte noch einmal erläutern?**

Wir haben dies bisher am gründlichsten im Rheinland untersuchen können. Was ich Ihnen hierzu sagen kann, gilt aber auch generell für alle Schülerinnen und Schüler, die sich an dem Programm beteiligen.

Im Rheinland haben wir in einer 2-jährigen Studienphase von 2004 bis 2006 eingehende Untersuchungen vornehmen können und festgestellt, dass Schülerinnen und Schüler, die regelmäßig den Bewegungs-Check-Up machen und damit ihren Fitnessstatus feststellen und die in den Genuss eines qualitativ angereicherten und kreativeren Sportunterrichts kommen, ihre Fitness deutlich steigern konnten. Dies gegen den eben bereits beschriebenen negativen Bundestrend.

Schaut man sich diese Befunde genauer an, erkennen wir, dass wir in allen beteiligten Schultypen solche positiven Effekte erzielen konnten. Besonders profitiert aber haben Hauptschüler und Gymnasiasten. In einer Zahl ausgedrückt heißt dies, dass die Hauptschüler im Rheinland sich in dieser Zeit in ihrer Fitness so verbessert haben, dass sie gewissermaßen an 12% ihrer Altersgenossen im Bundesgebiet vorbeigezogen sind. Mit Hauptschulen konnten auch dort, wo bundesweit die Fitness am stärksten abnimmt, die größten Erfolge erzielt werden. Das heißt, gerade unter sozial ungünstigen Bedingungen konnten die Kinder und Jugendlichen am stärksten von der Initiative profitieren.

Ein weiteres Ergebnis ist, dass von den beteiligten Schülerinnen und Schülern die eher älteren, das sind die über 13-jährigen, sich stärker verbessern konnten als die jüngeren. Gerade in einem Alter, in dem die körperliche Betätigung so deutlich nachlässt, konnten wir mit unserem Angebot deutlich gegensteuern. An dieser kritischen

*Altersschwelle ist es uns gelungen, die Jungen und Mädchen auch weiterhin für Sport und körperliche Bewegung zu begeistern.*

*Noch ein Ergebnis: Wenn man sich im Bundesgebiet anschaut, wie sich diejenigen mit den besten und schlechtesten Fitnesswerten entwickeln, dann sieht man, dass sowohl die Gruppe der Besten als auch die der Schlechten sich verschlechtert. Die Schere aber öffnet sich. Das heißt, alle werden schlechter, aber die Schlechten werden noch schlechter. Im Rheinland ist die Entwicklung umgekehrt. Hier konnten wir in beiden Gruppen Steigerungen verzeichnen. Deutlich größere Verbesserungen aber erfreulicherweise bei denen, die zu Beginn die schlechtesten Werte aufwiesen. Diese konnten sich etwa 5-mal so stark verbessern wie die Übrigen.*

*Von unseren Maßnahmen haben somit die weniger Sportlichen besonders profitiert. Das sind in erster Linie Übergewichtige, pubertierende Jungen und Mädchen oder Kinder aus eher bildungsfernen und sozial benachteiligten Schichten.*

#### **8. Was heißt das für die Akteure (Lehrer, Schulleiter, Eltern, Verantwortliche in Kultusministerien, KMK)?**

*Nun, wir diskutieren unsere Ergebnisse an vielen Orten auf Tagungen, auf Schulveranstaltungen, stellen sie in Ministerien und Verbänden vor usw. Konkret sind ja auch neben der AOK und meinem Institut, dem WIAD, weitere Partner wie etwa der Deutsche Sportlehrerverband, der Deutsche Olympische Sportbund und auch verschiedene Kultus- und Schulministerien einbezogen.*

*Mit anderen Worten, ein großer Teil der für die Bewegungs- und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen verantwortlichen Partner ist in irgendeiner Form einbezogen. Und dennoch kann und muss man natürlich mehr tun. Denn wie ich habe zeigen können, entwickelt sich die Fitness bundesweit zum Schlechten, und es bleibt einfach noch viel zu tun.*

*Ein Ansatzpunkt wäre ganz gewiss, den Sportunterricht im Kanon der Schulfächer aufzuwerten. Eine dritte Sportstunde sollte durchgängig Pflicht sein. Hiermit wird eben nicht nur mehr geturnt und in irgendeiner Weise ein Bewegungsablauf einstudiert, sondern es erzeugt eine oft lebenslang wirkende Bewegungsfreude, Bewe-*

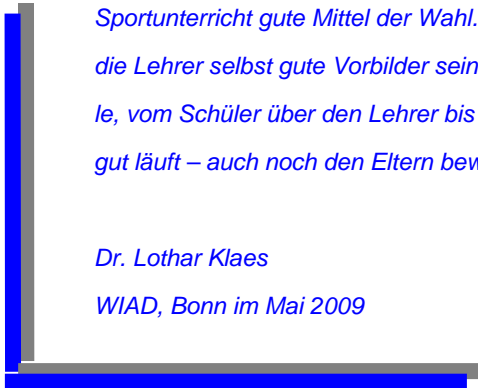
gungslust und letztendlich einfach ein Mehr an Gesundheit. Mal ganz abgesehen davon, dass fitte Kinder und Jugendliche einfach besser drauf sind.

Wir, d.h. die AOK, das WIAD und viele andere Partner, arbeiten intensiv daran, die Angebote weiter zu verbreiten, neue Anregungen aufzunehmen und immer weitere Partner zu gewinnen. Wenn ich mit Verantwortlichen spreche, rede ich fast immer in sehr offene Ohren. Aber im Detail sind es natürlich ausgesprochen dicke Bretter, die wir bohren müssen. Denn so einfach es klingt, den Sportunterricht aufzuwerten, Bewegungslust und Bewegungsfreude zu vermitteln oder körperliche Aktivität gegenüber reizvollen, aber bewegungsarmen Freizeitbeschäftigungen durchzusetzen, so schwierig ist es, dies in der Praxis umzusetzen.

**9. Und dann noch die Frage: Wenn Ihre Studien ergeben, dass die Kinder netto gar nicht weniger Sport treiben, die Ursache für die Unbeweglichkeit also möglicherweise im Bewegungsmangel im Alltag zu suchen ist: Was heißt das für den Schulunterricht (Stichwort bewegter Unterricht, also ein bisschen weg vom Sportunterricht)?**

Hier muss man differenzieren. Sport ist nach allen Daten, die ich kenne, nach wie vor die beliebteste Freizeitbeschäftigung für Kinder und Jugendliche. Und auch das Sportpensum, also die Frage, wie oft Kinder und Jugendliche in der Woche Sport treiben, ist in den letzten 20 bis 30 Jahren gleich geblieben, was aber auch heißt, dass es vor allem in höherem Jugendalter deutlich zu niedrig geblieben ist. Aber: was sich geändert hat, ist die Sportmenge. Einer anerkannten Empfehlung aus dem sportwissenschaftlichen und medizinischen Bereich zufolge sollten Kinder und Jugendliche täglich mindestens 1 Stunde Sport treiben. Tatsächlich wird diese Empfehlung vor allem von den Mädchen deutlich verfehlt.

Bezogen auf den Schulunterricht kann attraktiverer Sportunterricht wie beschrieben einen sehr wichtigen und erfolgversprechenden Beitrag leisten. Besser aber – und an vielen Schulen ja auch bereits erfolgreich eingeführt – ist ein bewegter Unterricht insgesamt. Bewegungspausen, Bewegung im Unterricht selbst, außerunterrichtlicher Sport und auch die Beschäftigung mit Bewegungs- und Gesundheitsthemen in verschiedenen Fächern sind hier neben einem qualitativ und quantitativ ausreichenden



*Sportunterricht gute Mittel der Wahl. Nicht zuletzt sollten und müssen natürlich auch die Lehrer selbst gute Vorbilder sein. In einer wirklich gesunden Schule sind eben alle, vom Schüler über den Lehrer bis hin zum Hausmeister und – wenn es besonders gut läuft – auch noch den Eltern bewegter und gesünder als in anderen Schulen.*

*Dr. Lothar Klaes*

*WIAD, Bonn im Mai 2009*

Seit Beginn seiner Forschungstätigkeit in den 1980er Jahren sind Gesundheitsförderung und Prävention ein Tätigkeitsschwerpunkt des WIAD. In zahlreichen nationalen und internationalen Projekten, die zum Teil in großen, vom WIAD koordinierten Forschungsverbänden umgesetzt wurden, hat das Institut auf diesem Gebiet eine besondere Expertise erworben. Mit drei neuen Vorhaben zu dieser Thematik, die beiden folgenden sowie Health Promotion for Young Prisoners in Kapitel 3, die alle im Herbst 2009 begonnen haben, wird die Bedeutung dieses Forschungsfeldes unterstrichen.

### ***Fit durch die Schule***

Im Auftrag der AOK Rheinland/Hamburg und des Ministeriums für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen evaluiert WIAD deren Initiative *Fit durch die Schule*. Der Landessportbund Nordrhein-Westfalen und der Deutsche Olympische Sportbund unterstützen diese Initiative partnerschaftlich. Sie richtet sich an alle weiterführenden Schulen in den Regierungsbezirken Düsseldorf und Köln. Ziel von *Fit durch die Schule* ist es, von den Schulen entwickelte kreative und nachhaltige Bewegungsprojekte zu fördern, die in Schulen das Angebot im Bereich des außerunterrichtlichen Schulsports erweitern und Schülerinnen und Schüler motivieren, regelmäßig Sport zu treiben. Darüber hinaus soll durch Kooperationen zwischen Schulen und Sportvereinen der Zugang der Schülerinnen und Schüler zu den Sportangeboten des organisierten Sports erleichtert werden. *Fit durch die Schule* richtet sich an die Lebenswelt „Schule“ als Maßnahme nach dem Setting-Ansatz entsprechend der Vorgaben des § 20 SGB V (Leistungen zur Primärprävention), um den allgemeinen Gesundheitszustand der Schü-

lerinnen und Schüler zu verbessern und sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern.

Als Ergebnis der wissenschaftlichen Begleitung, die WIAD gemeinsam mit PD Dr. Theodor Stemper von der Universität Wuppertal durchführt, wird ein Handbuch erstellt, das Schulen, die außerunterrichtlich Schulsport anbieten wollen, als Hilfestellung zur erfolgreichen Umsetzung eines solchen Projekts dienen kann. Hierzu wird ermittelt, welche Projekte auf hohe Akzeptanz stoßen, erhoffte Effekte bei verschiedenen Zielgruppen wie Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte, Eltern, Kooperationspartner oder sonstige, erreichen, und welche Projekte sich als nachhaltig und transfergeeignet erweisen. Aktuell beteiligen sich 79 weiterführende Schulen an dieser zweijährigen Initiative, die Anfang 2010 auch auf Hamburg ausgedehnt wird.

### ***Bestandsaufnahme von Settingprojekten und -angeboten in Nordrhein-Westfalen und Einrichtung einer Plattform [www.settingprojekte-nrw.de](http://www.settingprojekte-nrw.de)***

Ein weiteres Projekt wurde im Oktober 2009 vom Strategiezentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen | Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegeben. WIAD führt eine qualifizierte Bestandsaufnahme von Settingprojekten im Bereich Gesundheitsförderung/Prävention in Nordrhein-Westfalen durch. Ausgehend von dem von der Weltgesundheitsorganisation in der Ottawa-Charta geprägten Gesundheitsbegriff wird der Settingansatz empfohlen, um insbesondere Zielgruppen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen zu erreichen. Er richtet sich auf Lebensräume, in denen Menschen große Teile ihrer Zeit verbringen, d.h. auf soziale Systeme, die einen starken Einfluss auf die Gesundheit ausüben und in denen zugleich die Bedingungen von Gesundheit gestaltet und beeinflusst werden können. Solche Settings sind beispielsweise Kommunen/Stadtteile, Kindertagesstätten, Schulen, Einrichtungen der Altenhilfe, Einrichtungen für Menschen mit Behinderung sowie Betriebe.

Ziel dieser Bestandsaufnahme ist es, einen umfassenden Überblick über sogenannte Settingprojekte und -angebote sowie generell über präventive und gesundheitsfördernde settingbezogene Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen zu geben. Gemeint sind damit solche Projekte, die in den vorgenannten Settings gesundheitsfördernde Strukturen schaffen und entsprechende Aktivitäten entfalten. Damit wird einer expliziten Forderung

zahlreicher Fachleute aus Politik, Praxis und Wissenschaft Rechnung getragen, wonach die Transparenz zu Gesundheitsförderung und Prävention dringend zu erhöhen ist.

Der Überblick über die Settingprojekte und -angebote soll – zum Teil bereits mit einer ersten Bestandsaufnahme, die Anfang 2010 auf Basis der bis dahin eingegangenen Daten vorgelegt wird, zum Teil mit darauf aufbauenden weitergehenden Analysen und Arbeiten – u.a. folgende Fragen beantworten helfen:

- In welchen Regionen und Bereichen existieren welche Settingprojekte und -angebote?
- Auf wessen Initiative sind die Projekte jeweils zustande gekommen?
- Welche sozialen Strukturen und Prozesse haben ein stabiles Engagement zur Folge?
- Wer sind die Träger und Partner dieser Settingprojekte und -angebote?
- Welche Ziele, Konzepte und Maßnahmen liegen den Projekten zugrunde?
- Welche Zielgruppen, Multiplikatoren und Mediatoren werden einbezogen und erreicht?
- Welche Qualitätssicherungsmaßnahmen und evaluativen Prozesse sind in die Projekte einbezogen?
- Welche Erfahrungen werden mit der Umsetzung gemacht?
- Welche fördernden bzw. hemmenden Faktoren können identifiziert werden?
- Welche strukturellen und individuellen Faktoren sowie Kommunikationsstrukturen tragen substantiell zum Gelingen der Projekte bei?
- Wie können Überzeugung, Motivation, Gemeinsamkeit oder Empathie als „Trägersubstanzen“ für ein Projekt bzw. Angebot geschaffen und erhalten werden?
- Welche Ergebnisse wurden bislang erzielt?
- In welche Kooperations- und Vernetzungsformen ist das Projekt eingebunden?
- Auf welchen Wegen wird eine breitere Öffentlichkeit einbezogen?

- Wie sind die Nachhaltigkeit bzw. Verstetigung des Projekts sowie die Transferierung zu beurteilen?

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme werden in einem ersten Schritt in Projektsteckbriefen zusammengefasst und allen Interessierten über das Internetportal [www.settingprojekte-nrw.de](http://www.settingprojekte-nrw.de) zugänglich gemacht. In übersichtlicher und prägnanter Form kann sich so jeder über Projekte und Angebote in seinem Setting oder auch darüber hinaus informieren. Die Bereitstellung dieser Steckbriefe in einer Datenbank erlaubt zudem, mit Hilfe von Suchbegriffen umfassende und zugleich spezifische Antworten auf konkrete Fragen oder Problemstellungen der unterschiedlichen Nutzer in den Settings sowie generell in Praxis, Politik und Wissenschaft zu erhalten. In weiteren Schritten werden systematische Auswertungen des zu erwartenden umfangreichen Datenmaterials vorgenommen und regelmäßig veröffentlicht sowie für Veranstaltungen aufbereitet.

Etwa 25.000 Einrichtungen und (potentielle) Projektträger aus den genannten Settings wurden im Dezember 2009 auf dem Postweg oder über E-Mail-Verteiler direkt angeschrieben. Diese haben mit dem Anschreiben eine Projektinformation mit dem Hinweis auf die Internetplattform erhalten. Das Konzept erfüllt so die für eine Bestandsaufnahme notwendige Bedingung, dass in den einbezogenen Settings (fast) alle potentiellen Datengeber auch tatsächlich über das Vorhaben informiert und motiviert werden, ihre Projekte und Angebote dort zu melden und zu beschreiben.

Um den Wert einer solchen Datenbank sichtbar und die Fülle der Informationen für potentielle Interessenten nutzbar und verarbeitbar zu machen, ist vorgesehen, mit kontinuierlichen Aufbereitungen des Materials aktiv an die jeweils relevanten Öffentlichkeiten heranzutreten. Neben den Projektsteckbriefen können regelmäßig Forschungsberichte und Präsentationen mit projektübergreifenden Auswertungen erstellt und auf der Homepage veröffentlicht werden. Im Mittelpunkt stehen hier Analysen zur Bestandsaufnahme, d.h. beispielsweise zu Verteilungen und Erreichungsgraden etwa in verschiedenen Regionen oder Settings. Inhalte werden darüber hinaus u.a. Übersichten zu thematischen und methodischen Ansätzen sein, Zielgruppenanalysen sowie generell auch Fragen zur Nutzung und Optimierung solcher Plattformen. Diese Auswertungen sollen insbesondere den politischen und fachlichen Diskurs befruchten.

Mit ergänzenden spezifischen Aufbereitungen und Analysen des zu erwartenden sehr umfangreichen Informationsmaterials können wir auf der Grundlage dieser Bestandsaufnahme überdies auch aktiv an die verschiedenen Nutzerkreise aus Praxis, Wissenschaft und Politik herantreten, um u.a. Innovationen, Kooperationen und Vernetzungen zu fördern. Im Sinne einer Servicestelle möchten wir eine unübersichtliche Datenfülle für den jeweiligen Alltag und Diskurs verwertbar machen und Anregungen für die Übernahme oder Weiterentwicklung von erfolgversprechenden Konzepten geben. Wir möchten die vielfältigen Ansätze und Wege, die im Lande von vielen Einrichtungen und Trägern gewählt werden, für andere sichtbar machen. Und wir möchten schließlich die präventionspolitische Debatte im Lande beflügeln und die Verantwortlichen in allen Settings zu noch gesteigerter gesundheitsförderlicher Aktivität anregen und ermutigen.

Mit dieser Bestandsaufnahme kann schließlich auch das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure des Versorgungssystems und können Fragen der Koordination auf einer verbesserten Informationsbasis in den Blick genommen werden. Auch Fragen der Art, ob die verschiedenen Zielgruppen tatsächlich erreicht und ob Versorgungsdefizite behoben werden, können fundierter als bisher möglich beantwortet werden.

## 1.2 Versorgungsforschung

### **Wirkungen des Modellvorhabens *Pflegeausbildung in Bewegung***

Im Anschluss an das Modellvorhaben „Pflegeausbildung in Bewegung“ erhielten WIAD und das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) den Auftrag, mit der Untersuchung „Wirkungen des Modellvorhabens Pflegeausbildung in Bewegung“ die beruflichen Entwicklungen der Absolventinnen und Absolventen des Modellvorhabens sowie dessen Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit im Sinne der Nachhaltigkeit zu ermitteln. Dieser Auftrag wird mit folgenden Methoden realisiert:

- Befragung der Absolventinnen und Absolventen
- Befragung der Pflegedienst- bzw. Bereichs- und Stationsleitungen
- Fachgespräche mit den Projektverantwortlichen in den Modellschulen

Die erste Befragung in den verschiedenen Gruppen erfolgte etwa ein halbes Jahr nach Ausbildungsabschluss. Dieser wurde in den acht Modellprojekten in 2007 bzw. 2008 erreicht, weil in drei Modellprojekten noch halbjährige Aufbaumodule angeboten wurden. Deshalb wurde die erste Erhebungswelle auf zwei Zeitpunkte im Frühjahr und Ende 2008 aufgeteilt. 2010 erfolgen Wiederholungserhebungen mit nach den Ergebnissen der t<sub>0</sub>-Befragungen modifizierten Instrumenten.

Von den 241 erfolgreichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern gaben 208 ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Nacherhebung. Diese Zahl als Grundgesamtheit gesetzt, lag die Ausschöpfungsquote der t<sub>0</sub>-Erhebung mit n=63 bei – nicht ganz befriedigenden – 30%. Die Ausschöpfung zeigt allerdings in den relevanten Ausbildungs- und den demographischen Daten eine weitgehende Übereinstimmung mit der Gesamtheit der erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen, sodass keine größeren auswahlbedingten Verzerrungen bei der Befragung anzunehmen sind.

Insgesamt lässt sich aus den Befragungsergebnissen der ehemaligen Schülerinnen und Schüler eine positive erste Bilanz ziehen. Die aus Bewerbersicht rekonstruierte Interessenlage auf Arbeitgeberseite lässt sich dahingehend beschreiben, dass von Teilen des Arbeitsmarktes bereits ein neues, durch Integration geprägtes Qualifikationsprofil nachgefragt wird. Die Erfahrungen der Absolventinnen und Absolventen bei der Arbeitsplatzsuche und in der Berufseinstiegsphase belegen, dass die Chance groß ist, mit der integrierten Ausbildung rasch einen in den wesentlichen beruflichen Dimensionen befriedigenden Arbeitsplatz zu finden.

Ein teilweise wahrgenommener Kompetenzrückstand bei praktischen Fähigkeiten oder bei Fachwissen gegenüber „regulär“ ausgebildeten Kolleginnen und Kollegen wird weit mehr als ausgeglichen durch eine alle Altersgruppen übergreifende Pflegekompetenz und ein ausgeprägtes Potenzial zum Wissenstransfer. Dank dieses Kompetenzprofils können die genannten Rückstände leicht kompensiert werden, und die Befragten nehmen das Kompetenzprofil als eine gute Basis für ihre weitere berufliche Entwicklung wahr.

Die Erkenntnisse aus den Gesprächen mit den leitenden Pflegepersonen über deren Eindrücke bezüglich der Berufspraxis der ehemaligen Schülerinnen und Schüler der Modellprojekte korrespondieren mit deren Selbstwahrnehmung. Ihnen wird ein höheres

Maß an kommunikativen und sozialen Kompetenzen bescheinigt als Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die eine Regelausbildung durchlaufen haben. Das in einzelnen Bereichen niedrigere Niveau an fachlichen Kompetenzen im Vergleich zu nicht in Modellprojekten Ausgebildeten kann auch aus Sicht der leitenden Pflegepersonen durch entsprechende Trainings in der Einarbeitungsphase in kurzer Zeit ausgeglichen werden.

Soweit die Projektverantwortlichen in den Modellschulen die Berufseinstiegsphase ihrer ehemaligen Schüler übersehen konnten, beurteilten sie deren Kompetenzprofil und den Berufseinstig ebenso positiv wie die vorgenannten Gruppen. Darüber hinaus konstatierten die Befragten beachtliche fachlich-pädagogische Weiterentwicklungen bei den Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern, die sich u.a. in einer gewachsenen Sensibilität für die theoretische Ausbildung niederschläge. Bei den Lehrkräften wurden nachhaltige Veränderungen in der pädagogischen Arbeit, v.a. ein Einbezug der unterschiedlichen Perspektiven der verschiedenen pflegerischen Berufe in unterrichtliches Handeln festgestellt.

Mit der zweiten Welle der Erhebung in 2010 soll festgestellt werden, wie weit sich die Erfahrungen der Berufseinstiegsphase auch für die ersten eineinhalb bis zwei Berufsjahre bestätigen bzw. ob sich neue Aspekte für die Bewertung der integrierten Pflegeausbildung ergeben. Aus den ermittelten Berufserfahrungen sollen darüber hinaus Schlüsse auf notwendige Modifikationen der Ausbildung gezogen werden.

Um diesem Ziel gerecht werden zu können, wird der Fragebogen für die  $t_1$ -Erhebung bei den Absolventinnen und Absolventen teilweise dem für die erste Befragung entsprechen, aber auch zusätzliche Aspekte thematisieren, die erst aus größerer zeitlicher Distanz zur Ausbildung zu beurteilen sind. Da es sich in der ersten Erhebungswelle gezeigt hat, dass bestimmte Aspekte wie z.B. die Chance, das innovative Potenzial der integrierten Pflegeausbildung im Berufsalltag zur Geltung zu bringen, deutlich von der konkreten Arbeitsplatzsituation abhängen und solche Aspekte nur schwer mit geschlossenen Fragen erfasst werden können, wird das  $t_1$ -Instrument insgesamt noch stärker qualitativ ausgerichtet sein. Zum anderen bilden die Auswertungsergebnisse die Diskussionsbasis für Expertenrunden in Form von mehrstündigen Round-Table-Gesprächen der Absolventinnen und Absolventen.

Für die Erhebung in 2010 ist zu erwarten, dass die projektverantwortlichen Personen in den Schulen kaum noch über Informationen zur beruflichen Situation der ehemaligen Schüler und Schülerinnen verfügen. Deshalb ist geplant, anstatt Fachgespräche mit verantwortlichen Personen in den Schulen zu führen, acht Experteninterviews mit Praktikerinnen und Praktikern durchzuführen, die über längere Zeit mit einer Absolventin/einem Absolventen oder mehreren Absolventinnen und Absolventen arbeiten bzw. gearbeitet haben. Ein solches Studiendesign zum Projektende wird dem Untersuchungsgegenstand in hohem Maße gerecht und vermag zugleich auch die zu t1 in noch größerem Umfang zu erwartenden Response-Probleme zu kompensieren. Aus der Zusammenschau der Ergebnisse der Befragungen und der Expertengespräche werden sich sehr belastbare Ergebnisse zur Nachhaltigkeit einer integrierten Pflegeausbildung ableiten lassen.

### **Modellvorhaben Pflegeausbildung in Bewegung – Materialien und Szenarien zu *Finanzierungsstrukturen in der Pflegeausbildung***

Im Bund-Länder-Arbeitskreis „Altenpflegegesetz“ und im Beirat des Modellvorhabens „Pflegeausbildung in Bewegung“ ist im Jahr 2007 der Vorschlag des BMFSFJ unterstützt worden, aus dem Beirat heraus eine informelle Arbeitsgruppe einzusetzen, die sich mit den Konsequenzen befasst, welche aus einer Zusammenführung der Pflegeausbildungen für die Weiterentwicklung der Finanzierungsstrukturen resultieren. Hiernach wurde noch im Jahr 2007 eine solche Arbeitsgruppe gebildet, der neben den zuständigen Bundesministerien BMFSFJ und BMG vonseiten des Beirats des Modellvorhabens die acht Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Bundesländer angehörten.

Der Auftrag an das WIAD beinhaltete neben der Moderation dieser Arbeitsgruppe eine möglichst vollständige Bestandsaufnahme der Finanzierungsstrukturen in der Altenpflegeausbildung und in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegeausbildung und darauf aufbauend die Entwicklung möglicher Szenarien zu zukünftigen Finanzierungsstrukturen unter den Bedingungen einer integrierten bzw. generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung. Auf der Grundlage eines so bisher nicht verfügbaren Überblicks über die Finanzierungsstrukturen in den getrennten Pflegeausbildungen sollten Szenarien zu möglichen Finanzierungsstrukturen beschrieben werden, die auch bei der Zusammenführung zu einer Pflegeausbildung Bestand haben können.

Im Ergebnis wurden fünf Szenarien entwickelt, in denen unter den jeweils gesetzten Bedingungen die jeweiligen Finanzierungsströme und -anteile ausgewiesen werden. Hiernach werden die an der derzeitigen Finanzierung beteiligten Länder, Krankenversicherungen, Pflegeversicherungen, privaten Haushalte, Sozialhilfe und Sonstige (insbesondere Arbeitgeber und private Kranken- und Pflegeversicherungen) je nach den gesetzten Annahmen be- oder entlastet bzw. mit gleichbleibenden Finanzierungsanteilen bedacht.

Das von WIAD gemeinsam mit dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) über mehrere Jahre wissenschaftlich begleitete Modellvorhaben des BMFSFJ *Pflegeausbildung in Bewegung* wurde im Dezember 2008 mit einer großen Fachtagung abgeschlossen (s. den Jahresbericht 2008). Im Ergebnis sprach sich die wissenschaftliche Begleitung eindeutig für eine Zusammenführung der bislang getrennten drei Pflegeausbildungen aus. Dieses Ergebnis ist in knappen, aber deutlichen Worten in die Koalitionsvereinbarung der neuen Bundesregierung aufgenommen worden:

„Wir wollen ein Berufsbild in der Altenpflege attraktiver gestalten. Darüber hinaus wollen wir die Pflegeberufe in der Ausbildung durch ein neues Berufsgesetz grundlegend modernisieren und zusammenführen. Wir werden dafür sorgen, dass ausländische Hilfskräfte ebenso wie pflegende Angehörige oder deutsche Hilfskräfte auch notwendige pflegerische Alltagshilfen erbringen können.“

## **Evaluation der Disease-Management-Programme (DMP)**

Seit 2006 bildet WIAD zusammen mit infas und Prognos ein Konsortium, das im Auftrag des AOK-Bundesverbands (AOK-BV) und der Knappschaft die Disease-Management-Programme von 17 AOKen, 17 Kassen der Knappschaft sowie der (mittlerweile mit der Knappschaft fusionierten) Seekasse evaluiert. Es wurden bisher drei Verträge über insgesamt sechs DMPs abgeschlossen. Von Beginn an waren dies die DMPs Diabetes Mellitus Typ II (DM II) und Brustkrebs (BK), im Jahr 2008 kamen zunächst das DMP koronare Herzkrankheit (KHK) und später das DMP Diabetes Mellitus Typ I (DM I) hinzu. Beide Verträge befinden sich mittlerweile nach Reakkreditierung in der Phase II. Im

Jahr 2009 folgten schließlich die DMPs Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenkrankheiten (COPD).

Die DMPs zielen auf die flächendeckende Verbesserung der medizinischen Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten ab. Die Behandlung wird über den gesamten Verlauf einer (chronischen) Krankheit und über die Grenzen der einzelnen Leistungserbringer hinweg koordiniert sowie auf der Grundlage medizinischer Evidenz optimiert. Für die Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme werden entsprechend der veröffentlichten Kriterien des Bundesversicherungsamtes (BVA) die medizinischen Inhalte aus den Dokumentationen der Ärzte untersucht. Darüber hinaus werden anhand von Stichproben die Ausgaben aus den Routinedaten der Krankenkassen und die Veränderungen der subjektiven Lebensqualität der Patientinnen und Patienten analysiert. Für die den Programmen zugrunde liegenden Indikationen werden erstmalig in großem Umfang medizinische Daten patientenbezogen erhoben und mit weiteren Daten verknüpft. Allein in die Programme der AOK haben sich mittlerweile mehr als 2,6 Millionen Versicherte eingeschrieben.

WIAD erfüllt als Mitglied des Evaluationskonsortiums die wichtige Aufgabe der medizinischen Beratung, entwickelt Textpassagen der zu veröffentlichenden Berichte sowie auf den Berichten basierende zusammenfassende Darstellungen der wichtigsten Ergebnisse. Weiterhin führt WIAD in Zusammenarbeit mit infas und prognos statistische Sonderauswertungen durch, die unter anderem im Rahmen von Fachtagungen vorgestellt werden.

Vor dem Hintergrund der Diskussion um Gender-Auswertungen in der gesetzlichen Evaluation der Disease-Management-Programme wurden 2009 für die Indikation der KHK erstmals statistische Sonderauswertungen vorgenommen. Basierend auf einem Vorschlag vom Oktober 2008 wurde hierfür von den Konsortialpartnern im April 2009 ein verbindliches Angebot gestellt. Inhalte der Sonderauswertungen waren Strukturvariablen, medizinische und auch ökonomische Variablen. Neben einer geschlechtsspezifischen Auswertung der Ergebnisse stand hierbei die Frage im Vordergrund, wie sich die medizinischen Werte nach Teilnahmedauer im Programm entwickeln. In die Verlaufsbeurteilung konnten 170.000 von den insgesamt 630.000 Fällen in der Evaluation einbezogen werden.

Die Ergebnisse der Sonderauswertung wurden Ende Juni 2009 auf der AOK Fachtagung „Versorgung chronisch Kranker – nationale und internationale Perspektiven“ in Berlin vorgestellt. Diese zeigen, dass sich im Verlauf der Teilnahme die medizinischen Werte der Patientinnen und Patienten deutlich verbessert haben. Bei kontinuierlicher Teilnahme am DMP verringerte sich in der Längsschnittuntersuchung innerhalb von zweieinhalb Jahren der Anteil der Patienten und Patientinnen, die infolge ihrer KHK an Angina Pectoris litten, um rund 20%. Ebenso erhielten die Teilnehmer/innen des Programms eine leitliniengerechtere Medikation. Der Anteil an Patientinnen und Patienten, die Betablocker verschrieben bekamen, erhöhte sich um ca. 2% für die Männer, bei den Frauen um immerhin 3%. Weiter sank die Anzahl der notwendigen Eingriffe an den Herzkranzgefäßen (Bypass und Ballonerweiterung) deutlich von 9,4% auf 4,7% bei den Männern, bei den Frauen war ein Absinken von 5,7 auf 2,9% festzustellen.

Im Weiteren wurden 2009 in großem Umfang Zusammenfassungen der wichtigsten Ergebnisse der Abschlussberichte der DMPs erstellt. Während in den Abschlussberichten die Daten sämtlicher in die Evaluation einzubeziehender Variablen tabellarisch dargestellt sind, fokussiert die Zusammenfassung der Ergebnisse in den so genannten Executive Summaries auf Aspekte mit hoher Bedeutung. Im Februar wurden zunächst 16 Executive Summaries der Indikation koronare Herzkrankheit, erstellt. Im Sommer folgten die DMP Diabetes Mellitus Typ I, Diabetes Mellitus Typ II und Brustkrebs mit jeweils 23, bzw. für die Indikation Brustkrebs 15 zu erstellenden Summaries. Die zusammenfassende Darstellung der wichtigsten Ergebnisse betrachtet zum einen die Verhältnisse zwischen den Ausgangswerten der unterschiedlichen Beitrittsjahre und beschreibt zum anderen Entwicklungen und Verläufe innerhalb der Kohorten. Das WIAD entwirft für die Summaries aller DMPs die Textpassagen für die medizinischen Variablen.

Durch die Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung haben sich die Rahmenbedingungen der Evaluation der DMPs geändert. Da durch die Vorgaben des BVA die Evaluationsberichte in der Vergangenheit sehr umfangreich und dadurch fast unlesbar gerieten, fand im Dezember 2008 ein erstes Gespräch beim AOK-BV in Berlin statt, in dem Vorschläge für die künftige Evaluation und Berichterstattung der DMP diskutiert wurden. 2009 haben auf dieser Grundlage der AOK-Bundesverband, die Knappschaft und das Evaluationskonsortium aus infas, Prognos und WIAD ein Konzept zur Neuausrichtung der gesetzlichen Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f,

Abs. 4 SGBV erstellt. Um den zum Teil neuen Anforderungen gerecht zu werden, soll die gesetzliche Evaluation der Disease-Management-Programme in zwei Komponenten vorgenommen werden. Zum einen soll ein deskriptiver Grundbericht pro Kasse, Antragsregion und DMP erstellt werden, welcher die bisherigen Evaluationsberichte ersetzt. Dieser soll durch eine Konzentration auf das Wesentliche besser lesbar werden und für einzelne medizinische Parameter differenzierte Analysen vornehmen. Die Grundberichte enthalten sowohl Strukturdaten in Kohortendarstellung als auch Verlaufsanalysen für die Gesamtheit der Teilnehmer/innen und für bestimmte Risikogruppen. Zum anderen werden in Zusatzberichten multivariate Analysen erfolgen, um die Qualität der Auswertungsergebnisse zu erhöhen und eine sinnhafte Interpretation zu ermöglichen.

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt zum Jahresende 2009 betraf die Erstellung der Textpassagen der für das neue DMP Asthma bronchiale und COPD zu generierenden automatisierten Berichte sowie deren Abstimmung mit dem Auftraggeber.

### **Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte in der Versorgung älterer Menschen**

Aufgrund der demographischen Entwicklung in Deutschland ist von einem wachsenden Anteil vor allem älterer Menschen auszugehen, die einer kontinuierlichen medizinischen und pflegerischen Versorgung und Betreuung bedürfen. Da aber auch in den nächsten Jahren überproportional viele (Haus-)Ärzte in den Ruhestand treten werden, ist – zumindest in dünn besiedelten Gebieten mit einem hohen Anteil alter Menschen – mit Versorgungsengpässen in der medizinischen Versorgung zu rechnen.

Um dem zu begegnen, wurde auf dem 110. deutschen Ärztetag beschlossen, Medizinische Fachangestellte (MFA) stärker in die medizinische Versorgung einbeziehen. Um sie hierfür zu qualifizieren wurde von der BÄK das Curriculum „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ entwickelt. Daneben existieren weitere Fortbildungskonzepte, z.B. „VERAH – Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“. Die Weiterbildung „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ besteht aus einem theoretischen Teil, nach dessen Abschluss sich eine Praxisphase mit Hausbesuchen anschließt. Am Ende steht ein Col-

loquium, nach dessen Bestehen die Teilnehmerinnen das Fortbildungszertifikat erhalten.

Ende Oktober 2008 erhielt das WIAD von der BÄK, den Auftrag, in enger Kooperation mit der Landesärztekammer Schleswig-Holstein bzw. dem Edmund-Christiani-Seminar die Fortbildung und deren Effekte in der ärztlichen Praxis sowie die Akzeptanz bei den Patientinnen und Patienten zu evaluieren. Kern des Evaluationskonzepts ist die Prüfung vier zentraler Hypothesen:

- Die Durchführung an sie delegierter komplexer Betreuungsaufgaben durch Arzthelferinnen/MFA wird von den betreuten Patienten in hohem Maße akzeptiert.
- Die Durchführung erfordert die Absolvierung spezifischer Qualifizierungsmaßnahmen.
- Arzthelferinnen/MFA nehmen dadurch eine wichtige Position im Betreuungsnetzwerk für ältere Mitbürger/innen ein.
- Die neue Tätigkeit wirkt sich positiv auf die Zufriedenheit aller Beteiligten, die Betreuungsqualität und die Praxisorganisation aus.

Das Evaluationsdesign sieht schriftliche Befragungen der Arzthelferinnen/MFA, der Praxisinhaber und der Patienten vor. Die Befragungen erfolgen mindestens drei Monate, nachdem die Teilnehmerinnen ihr Weiterbildungszertifikat erlangt haben. Durch diesen Zeitrahmen wird gewährleistet, dass die Informanten eine hinreichende Erfahrungsgrundlage für ihre Einschätzungen und Bewertungen haben. Zum Befragungszeitpunkt erhalten die Arzthelferinnen/MFA und der Praxisinhaber den jeweiligen Fragebogen zum Ausfüllen. Die Rekrutierung der Patienten erfolgt durch die MFA, die ca. zehn, maximal 15 Patienten ansprechen, für die sie delegierte Leistungen in der Praxis bzw. bei Hausbesuchen erbracht haben.

Der Fragebogen für die Arzthelferin/MFA enthält u.a. Fragen zur Art und Ausübung der „neuen Tätigkeit“, für die sie durch die Fortbildung qualifiziert wurden (Zahl der einschlägig betroffenen Patienten, Patientenspektrum nach Alter und Lebenssituation, die für diese Tätigkeit relevanten Diagnosen, Art der Beratungs- und sonstigen Leistungen in der Praxis und bei Haus- bzw. Heimbefuchen etc). Fragen zur Fortbildung beziehen

sich u.a. auf Vollständigkeit, Zielgruppenausrichtung und Novitätsgrad der Inhalte der theoretischen Teile der Fortbildung, die Angemessenheit des Praxiskonzepts (Patientenbesuche etc.), auf den Gewinn an Fach- und Sozialkompetenz sowie an Handlungssicherheit sowie Job-Enrichment. Weitere Fragenblöcke betreffen die Konsequenzen, die sich aus Sicht der Arzthelferin/MFA aus ihrer neuen Tätigkeit für die Arztpraxis, in der sie tätig ist, ergeben, ihre Einschätzung der Akzeptanz bei den Patienten und ihren Angehörigen, eine eventuelle Kooperation mit anderen Leistungserbringern und auch eine mögliche Verzahnung von Gesundheitssystem und Altenhilfe durch die neue Tätigkeit. Durch den Umfang und die hohe Zahl offener Fragen ist der MFA-Fragebogen die wichtigste Quelle für die Deskription der neuen Versorgungsvariante.

Der Arzt-Fragebogen enthält u.a. Fragen zur Praxisstruktur und zum Patientenkollektiv sowie nach Änderungen des Leistungsspektrums der Praxis seit Abschluss der Fortbildung der Mitarbeiterin. Mit Fragen, die sich auf die Praxisorganisation beziehen, wird erfasst, welche Konsequenzen sich aus der Delegation ärztlicher Tätigkeiten für Arbeitsteilung bzw. Zuständigkeiten, Arbeitsorganisation, Arbeitszeiten und Vertretungsregelung für die Mitarbeiterinnen ergeben, welche Art von Aufgaben an die fortgebildete Mitarbeiterin delegiert wird etc. Einige Fragen thematisieren die Kommunikation zwischen Arzt und Arzthelferin/MFA bei der Delegation der Tätigkeit, den Handlungsspielraum der Arzthelferin/MFA bei Hausbesuchen sowie die Entlastung des Praxisinhabers durch die Delegation, die Auswirkungen auf das Praxisteam und auf die eigene Berufszufriedenheit u.a.m. Es soll eingeschätzt werden, ob die Leistungsdelegation sich auf den medizinischen Outcome, z.B. durch Compliance-Verbesserung, und auf die Patientenbindung sowie die Inanspruchnahme von Leistungen auswirkt. Das Fortbildungsangebot ist hinsichtlich des Kompetenzgewinns der Mitarbeiterin, Vollständigkeit der Lerninhalte und des Preis-Leistungs-Verhältnisses zu beurteilen.

Der Fragebogen für die Patienten gliedert sich im Wesentlichen in zwei Blöcke. Der erste Block thematisiert das Erleben der veränderten Versorgungssituation bezüglich der Delegation von Leistungen an die Arzthelferin/MFA. Erfasst werden u.a. Häufigkeit und Art der Leistungserbringung durch die Arzthelferin/MFA in der Praxis und bei Hausbesuchen, die Zufriedenheit mit der Delegation sowie der Einbezug von Angehörigen und Dritten. Verschiedene Aspekte der Zuwendung und Aufklärung sollen vergleichend – bei Leistungserbringung durch den Arzt und durch die Arzthelferin/MFA – bewertet werden. Mit dem zweiten Block werden die intervenierenden Variablen inkl. der demogra-

phischen Daten erfasst. Abgesehen von letzteren bilden diese wiederum zwei Gruppen: Eine bezieht sich auf das Arzt-Patient-Verhältnis: die Bewertung des Hausarztes und seiner Praxis, die Zufriedenheit mit dem Verhältnis zum Hausarzt und das Arztbild im Sinne eines paternalistischen bzw. Shared-Decision-Konzepts. Die zweite Gruppe erstreckt sich auf Gesundheitsaspekte: die Selbstwirksamkeitserwartung bzgl. der Gesundheit, das Gesundheitsbewusstsein, den subjektiven Gesundheitszustand, evtl. durch gesundheitliche Beschwerden oder Behinderung verursachte Einschränkungen in der Alltagsbewältigung, das Vorliegen chronischer Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit sowie die Häufigkeit von Arztkontakten.

Die Erhebungsinstrumente, insbesondere die Fragebögen für Arzthelferinnen/MFA und Ärzte, sind so konzipiert, dass bei je spezifischen Schwerpunkten und Perspektiven viele Korrespondenzen gegeben sind. So wird sichergestellt, dass mit diesem multiperspektivischen Design ein weitgehend unverzerrtes Bild der mit der Delegation einhergehenden neuen Arbeitsteilung entsteht und die Akzeptanz- sowie Outcome-Bewertungen auf einer soliden Basis stehen.

Aus der Skizze des Evaluationsdesigns dürfte deutlich geworden sein, dass an die Teilnehmer an der Evaluation, insbesondere die Arzthelferinnen/MFA, hohe Anforderungen gestellt werden. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen erfolgt in Kooperation von Ausbildungsinstituten, die intensiv mit Printmedien und im Internet werben, und WIAD. Ein wissenschaftlicher Mitarbeiter des WIAD besucht die Auftaktveranstaltungen der Kurse, um dort die Wichtigkeit der Evaluation darzustellen und um die Teilnahme daran zu werben. Derzeit sind drei Institute Kooperationspartner des WIAD bei der Projektdurchführung:

- die Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim
- die Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
- das Bildungswerk für Gesundheitsberufe (BIG)

Während in Hessen und in Westfalen-Lippe die Weiterbildungsangebote nachgefragt werden, erscheinen in anderen Bereichen, etwa in Niedersachsen, die Ärzte zögerlich, wodurch vom BIG geplante Kurse, die in die Evaluation einbezogen werden sollten, nicht belegt wurden. Ärzte, die beworben wurden, konnten den Nutzen nicht sehen oder

wiesen auf die Konkurrenz mehrerer Weiterbildungsangebote hin, was ein Abwarten, welches Angebot sich durchsetzt, nahelege.

Nach dem derzeitigen Stand ergibt sich folgende Evaluationsteilnahme: Bislang haben sieben Teilnehmerinnen eines Kurses der Fortbildungsakademie in Westfalen-Lippe die Fragebögen erhalten. Nach den Erfahrungswerten beim Projektpartner in Schleswig-Holstein Anfang ist mit dem Rücklauf der Ende Oktober versandten Fragebögen Anfang 2010 zu rechnen. Von einem Kurs der Carl-Oelemann-Schule, dessen Teilnehmerinnen im September 2009 ihr Fortbildungszertifikat erhielten, haben 16 eine verbindliche Teilnahmeerklärung abgegeben. Sie werden Ende März 2010 die Fragebögen erhalten. Vier Teilnehmerinnen eines Kurses der Fortbildungsakademie in Westfalen-Lippe, der im Juni 2009 stattfand, und die ihr Zertifikat voraussichtlich Anfang 2010 erhalten, nehmen an der Evaluation teil. Somit ist derzeit eine Teilnahme von 27 Arzthelferinnen/MFA gesichert.

Im Januar 2010 wird der Kooperationspartner BIG mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eine Fortbildungsmaßnahme realisieren. Im März 2010 wird auch an der Carl-Oelemann-Schule ein weiterer Kurs stattfinden. Beide Fortbildungsmaßnahmen mit erwarteten ca. 30 Teilnehmerinnen werden noch einbezogen, wobei für diese Teilnehmerinnen die Praxisphase zwischen Zertifizierung und Befragung auf etwa drei Monate reduziert wird.

Insgesamt können somit voraussichtlich zwischen 50 und 60 Teilnehmerinnen rekrutiert werden, wobei die Zahl der teilnehmenden Arzthelferinnen/MFA geringfügig höher ist als die der Praxen, weil in einigen wenigen Fällen zwei Arzthelferinnen/MFA einer Praxis an der Evaluation teilnehmen. Da beim Edmund-Christiani-Seminar in Schleswig-Holstein über 40 Praxen mit 48 Arzthelferinnen/MFA einbezogen sind, wird die ursprünglich anvisierte Zahl von insgesamt 80 Evaluationsteilnehmer/innen deutlich überschritten. Wegen der genannten Verzögerungen wird das Forschungs- und Entwicklungsergebnis einschließlich des Endberichtes und seiner Kurzfassung ein Quartal später als geplant, aber voraussichtlich zum Jahresende 2010 erstellt werden können.

## Studien zu zukünftigen Qualifikationserfordernissen für berufliche Tätigkeiten auf mittlerer Qualifikationsebene im Bereich Public Private Health

Die zentrale empirische Frage der im Januar 2010 im Auftrag des BMBF begonnenen Untersuchung ist, wie sich die Qualifikationserfordernisse bzw. die erforderlichen neuen Qualifikationen bei mittleren Funktionen im Gesundheitswesen entwickeln werden. Das Konsortium von infas und WIAD wird die zu erwartenden Trends im Versorgungssystem und die damit verbundenen Tätigkeitsveränderungen und Qualifikationsanforderungen mittels eines Methodenmixes von qualitativen und quantifizierenden Erhebungen erfassen. Im Mittelpunkt der Untersuchungen steht die Aufgabe, zum einen bereits vorliegende Befunde, zum anderen das Wissen und die Erwartungen von einschlägigen Experten abzurufen und zu Szenarien zu verdichten. Dies wird in einem vierstufigen Verfahren umgesetzt.

In einem ersten Arbeitsschritt werden einschlägige Forschungsergebnisse, Veröffentlichungen, sog. graue Literatur, Positionspapiere u.a.m. gesichtet und analytisch geordnet (Sekundäranalyse). In einem zweiten Schritt sind leitfadengestützte Experteninterviews mit Vertretern unterschiedlicher Handlungsfelder und Positionen geplant. Es soll die Expertise sowohl aus operativen Anwendungsbereichen als auch aus Planung, Forschung und Technikentwicklung berücksichtigt werden. Um die Befunde empirisch auf eine breite Basis zu stellen, sieht das vorgeschlagene Untersuchungsdesign als dritten Schritt eine schriftliche Expertenbefragung vor. Berücksichtigt werden Vertreter aller relevanten Institutionen und Organisationen, die in einem zweistufigen Verfahren nach den Prinzipien von Delphi-Befragungen um die Abgabe ihrer Expertenurteile gebeten werden. Die Delphi-Technik eignet sich in besonderer Weise für das geplante Vorhaben, da eine qualitative Strukturanalyse (erste Befragungsrunde) auf eine breite quantitative Basis (zweite Befragungsrunde) gestellt wird. Als vierter Schritt ist die Durchführung eines Expertenworkshops vorgesehen. Dieser dient der Bewertung der Befunde und der Absicherung von Handlungsempfehlungen. Mögliche Konsequenzen und Szenarien werden in dieser Expertenrunde kritisch beleuchtet und eingeordnet. Die über alle Arbeitsschritte gewonnenen Befunde fließen in den FreQueNz-Forschungsverbund und in die Politikberatung ein.

Um die neuen Qualifikationen bzw. Qualifikationsmuster zu identifizieren, wird der Forschungsgegenstand folgendermaßen operationalisiert: Neue Formen der Versorgung,

die aus der multidisziplinären Zusammenarbeit und der Zusammenarbeit von ärztlichem und nicht ärztlichem Personal bzw. aus neuartigen Institutionen sowie aus kooperativen Finanzierungsformen (öffentlich/privat) resultieren, und die Digitalisierung der Arbeitswelt (technische Innovationen) üben – jede für sich und in ihrer Verschränkung sowie flankiert von weiteren Wandlungsfaktoren – Innovationsdruck auf den Bereich der Qualifikation aus. Im Rahmen der Untersuchung ist dabei die mittlere Qualifikationsebene<sup>2</sup> in den Blick zu nehmen. Da neue berufsspezifische Kernkompetenzen, d.h. Kompetenzen, die typischerweise die einer einzigen Berufsgruppe sind, und neue Poolkompetenzen, d.h. Kompetenzen, die mehreren Berufsgruppen eigen sind, erforderlich werden, ergeben sich neue, den Kompetenzen entsprechende Qualifikationserfordernisse.

### 1.3 Internationale Gesundheitsforschung

#### Mobilität von Mitarbeitern des Gesundheitswesens (MoHProf)

Seit November 2008 leitet das WIAD ein weltweit agierendes Forschungsprojekt zur Mobilität von Mitarbeitern des Gesundheitswesens, das durch das 7. Forschungsrahmenprogramm der Europäischen Kommission gefördert wird.

Weltweite Mobilität von Mitarbeitern des Gesundheitswesens ist ein wachsendes Phänomen, das erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme der Herkunfts-, Aufnahme- und Transitländer hat. Die Mitgliedsländer der Europäischen Union sind zunehmend durch die Auswirkungen von Wanderungsbewegungen sowohl innerhalb der Mitgliedsländer (z.B. Stadt-Land, Ost-West) als auch zwischen den Ländern betroffen. Angesichts der steigenden Mobilitätsraten ist es dringend erforderlich, auf europäischer Ebene Strategien zu entwickeln, wie langfristig mit deren Ursachen und Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme der Länder umzugehen ist. Problematisch ist jedoch, dass differenzierte und zuverlässige Daten und Informationen als Grundlage für eine solche Strategieentwicklung kaum oder nur sehr lückenhaft vorhanden sind. Das Projekt MoHProf wird dazu beitragen, diese Informationsbasis zu verbessern, und somit eine wesentliche Grundlage für europaweite Richtlinien zur Ressourcenplanung im Gesundheitswesen schaffen.

---

<sup>2</sup> Fachkräfte mit Abschlüssen in einem der bundeseinheitlich staatlich anerkannten Ausbildungsberufe (nach BBiG/HwO), in einem der bundeseinheitlich geregelten nicht ärztlichen Heilberufe [nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG] oder in einem der länder-rechtlich geregelten schulischen Ausbildungsgänge auch Absolventen mit Weiterbildungsaabschlüssen.

Ziel des Projektes ist es, aktuelle Trends der Mobilität von Gesundheitspersonal innerhalb der Europäischen Union, aus Drittländern in die Union sowie umgekehrt genauer zu analysieren. Dabei wird mit vergleichbaren methodischen Ansätzen sowohl in Entsendeländern als auch Aufnahmeländern innerhalb und außerhalb der Europäischen Union geforscht, der Schwerpunkt liegt jedoch auf EU-Mitgliedsstaaten. Vergleichende Studien werden in einer ausgewählten Gruppe von Ländern durchgeführt, um die Auswirkungen verschiedener Arten von Mobilität auf die jeweiligen Gesundheitssysteme sowie Push- und Pull-Faktoren zu erforschen. Hierbei arbeiten die beteiligten Forschungsinstitute eng mit internationalen und weltweit aktiven professionellen Organisationen zusammen, die global vernetzt sind und über Hintergrunddaten und -informationen verfügen (z.B. die World Medical Association).

Eine schwerpunktmäßig qualitative Vorgehensweise wird vergleichbare, spezifizierte und qualifizierte Daten und Informationen zum Ausmaß von Mobilität generell sowie spezifischer Subgruppen analysieren und sich ebenfalls mit Wanderungsmotiven, den sozialen Kontexten sowie Pull- und Push-Faktoren befassen. Ein zentraler Aspekt der Vorgehens ist es, dass eng mit Interessenverbänden, Berufs- und Standesorganisationen sowie Vertretern nationaler Gesundheitssysteme zusammengearbeitet wird. Generelles Ziel des Projektes ist es, evidenzbasierte Empfehlungen für Politik und Entscheidungsträger zu entwickeln.

WIAD ist Koordinator und Hauptverantwortlicher für das Projekt. Des Weiteren sind folgende Forschungsinstitute und internationale Organisatoren beteiligt:

- International Organization for Migration (IOM), Mission with Regional Functions, Kenia
- Medical University of Varna (MUV), Bulgarien
- Centre of Migration Research of the Warsaw University (CMR), Polen
- Institute of Health Policy and Development Studies of the University of the Philippines
- Public Health Institute (PHI), USA
- International Hospital Federation (IHF), Frankreich

- International Organization for Migration (IOM) Brussels, Belgien
- International Council of Nurses (ICN), Schweiz
- World Medical Association (WMA), Frankreich
- European Medical Association (EMA), Belgien
- Global Health Workforce Alliance (GHWA), Schweiz

Im Berichtszeitraum wurde das konkrete methodische Vorgehen mit den beteiligten Forschungsorganisationen und der Projektsteuerungsgruppe abgestimmt und das Training für alle beteiligten Forscher, die an der Datenerhebung in den 25 ausgewählten Ländern beteiligt sind, durchgeführt. Ende 2009 sind alle nationalen Forschungsberichte beim WIAD eingegangen und werden momentan ausgewertet und zusammengefasst. Für das kommende Jahr sind weitere Daten- und Informationserhebungen auf Mikro-Ebene vorgesehen, die ebenfalls zu vergleichbaren Ergebnissen führen sollen. Des Weiteren ist ein Policy Round Table in Brüssel geplant, auf dem die ersten Ergebnisse des Projekts präsentiert und mit Politikern und Entscheidungsträgern diskutiert werden sollen. Weitere Informationen finden sich unter [www.mohprof.eu](http://www.mohprof.eu).

### **Training Criminal Justice Professionals in Harm Reduction Services for Vulnerable Groups (TCJP)**

Seit Ende 2007 koordiniert das WIAD das internationale Projekt „Training Criminal Justice Professionals in Harm Reduction Services for Vulnerable Groups“ (TCJP), welches von der Generaldirektion Gesundheit (DG SANCO) der Europäischen Kommission gefördert wird. Dieses Projekt wird gemeinsam mit der Birmingham City University durchgeführt und Ende 2010 abgeschlossen. Unter der Beteiligung von fünf europäischen Mitgliedsländern (Bulgarien, Deutschland, Lettland, Rumänien und Vereinigtes Königreich) hat das Projekt zum Ziel, Trainingsprogramme für Justizvollzugsbedienstete zu entwickeln und in den jeweiligen Mitgliedsländern umzusetzen. Im Rahmen des Trainings sollen Mitarbeiter des Justizvollzugs im Umgang mit problematischen Drogengerauchern geschult werden und mit verschiedenen Aspekten der Schadensminderung (wie z.B. Substitutionsbehandlung, Spritzentausch, Beratung und Testung, Hepatitisimpfungen, Kondomvergabe, sicheres Tätowieren etc.) vertraut gemacht und zudem sensibilisiert werden für einen vorurteilsfreien Umgang mit Drogengerauchern. Die In-

tion ist es, dazu beizutragen, die Übertragung von Infektionserkrankungen im Vollzug zu verringern und Sicherheit und Gesundheit sowohl der Inhaftierten als auch der Bediensteten zu fördern.

Im ersten Projektjahr 2008 wurden europäische Expertisen zum Thema zusammengestellt und analysiert. Von den beteiligten Partnern wurden Literaturanalysen durchgeführt und übergreifend ausgewertet, gefolgt von einer qualitativen Forschungsphase in allen beteiligten Partnerländern. Im Rahmen der Forschungsphase wurde eine Reihe von qualitativen Interviews mit Mitarbeitern des Justizsystems auf verschiedenen Ebenen geführt. Des Weiteren wurden Fokusgruppeninterviews mit inhaftierten Drogengerauchern aus dem normalen Vollzug sowie spezifischen Behandlungssettings, wie z.B. drogenfreien Abteilungen, durchgeführt. Als nächster Schritt erfolgte von Dezember 2008 bis Januar 2009 eine quantitative Erhebung in den Ausbildungsinstituten für Mitarbeiter des Justizvollzugs der Projektländer um festzuhalten, welche Aus- und Fortbildungskonzepte zur Schadensminderung in den Mitgliedsländern angewandt werden, und den spezifischen Bedarf zu ermitteln und darauf aufbauend die Fortbildungskonzepte zu entwickeln.

Anfang 2009 wurden die Ergebnisse der Forschungsphase zusammengetragen und die weiteren Arbeitsschritte für die Erstellung des Trainingshandbuchs definiert. Basierend auf den Forschungsergebnissen wurde bis Ende des Jahres in Zusammenarbeit mit allen Partnern eine erste Version des Trainingshandbuchs erstellt. Hierbei wurde ein modularer Ansatz für das Training gewählt mit einem Hauptmodul, welches generelle Informationen zum Thema Drogen und Schadensminimierung beinhaltet und somit das Kernstück des Trainings darstellt, sowie Zusatzmodulen, die detaillierte Informationen und Übungen zu weiteren Themen beinhalten (u.a. Drogengebrauch und psychische Gesundheit, Ursachen und Auswirkungen von Drogenkonsum, junge Gefangene und Drogengebrauch, spezifische Bedürfnisse von Frauen, Sexualität, Peer Education, Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen).

Diese erste Version des Trainingsmanuals wird Anfang 2010 in den drei osteuropäischen Ländern Bulgarien, Rumänien und Lettland im Feld getestet. Die Ergebnisse der Feldphase werden anschließend in die endgültige Version integriert.

Bereits jetzt gibt es ein großes Interesse an dem Trainingskonzept von Mitgliedsländern, die nicht an dem Projekt beteiligt sind. So hat z.B. das Justizministerium in Estland Interesse an der Durchführung des Trainings bekundet. Auch das UN Büro zu Drogen und Kriminalität (UNODC) ist sehr daran interessiert, das Trainingskonzept weiterzuentwickeln und in möglichst vielen Ländern zu implementieren. Zum Abschluss des Projekts wird das Trainingsprogramm auf einer für Ende 2010 geplanten Konferenz, die voraussichtlich in Riga stattfinden wird, einem breiten Fachpublikum präsentiert.

### **Throughcare services for prisoners with problematic drug use**

Seit Ende 2008 bearbeitet das WIAD gemeinsam mit der Birmingham City University ein im Rahmen des spezifischen Programms "Drogenprävention und -information" von der Europäischen Kommission, Generaldirektion Justiz, Freiheit und Sicherheit, gefördertes Projekt zur Behandlungskontinuität von Drogengebrauchern. Neben Deutschland und Großbritannien sind Organisationen aus Bulgarien, Rumänien, Italien und Estland an dem Projekt beteiligt.

Das Projekt steht in direkter Verbindung mit dem aktuellen EU-Drogenaktionsplan und befasst sich inhaltlich mit der Förderung der Versorgungs- und Behandlungskontinuität bzw. dem Schnittstellenmanagement für junge Drogengebraucher, die aus der Haft entlassen werden. Hintergrund für dieses Projekt ist die Tatsache, dass ehemalige Gefangene – und hier vor allem solche mit problematischem Drogenkonsum – oft Schwierigkeiten haben, sich nach Haftentlassung in der Gemeinschaft zurechtzufinden. Viele haben finanzielle Schwierigkeiten, Familienkonflikte, Probleme bei der Wohnungs- und Arbeitssuche und erhebliche gesundheitliche Probleme. Diese Umstände sind nicht förderlich für ein drogenfreies Leben und führen ohne Unterstützung oft dazu, dass alte Gewohnheiten wieder aufgenommen werden und es zu Rückfällen hinsichtlich des Drogenkonsums und der damit verbundenen Beschaffungskriminalität kommt. Ein effektives Schnittstellenmanagement kann ehemalige Gefangene und ihre Familien dabei unterstützen, die Suchtproblematik therapeutisch anzugehen, sich in der Gesellschaft wieder einzufinden, finanzielle Probleme zu lösen, die Beziehungen zu Freunden und der Familie zu fördern sowie Arbeitsmöglichkeiten zu finden bzw. Ausbildungsmöglichkeiten wahrzunehmen.

Ein effektives Schnittstellenmanagement setzt enge Kooperationen zwischen Gefängnissen sowie Non Governmental Organisations (NGOs) und öffentlichen Einrichtungen außerhalb der Gefängnisse voraus. Die positive Auswirkung eines solchen Schnittstellenmanagements ist in einer Reihe vorhergehender Studien nachgewiesen worden. Dennoch gibt es erhebliche Lücken, Mängel und Probleme hinsichtlich des Managements von jungen drogengebrauchenden Gefangenen vor der Haftentlassung und unmittelbar danach. Es gibt erheblichen Forschungsbedarf hinsichtlich der Frage, welche Schnittstellenmanagementansätze in Europa vorhanden sind, wie sie praktiziert werden und welche Ansätze effektiv sind und somit als Beispiel guter Praxis hervorgehoben werden können. Hauptanliegen des Projektes ist es, in Europa vorhandene Ansätze der Entlassungsvorbereitung sowie Nachsorge für Drogengebraucher beim Übergang vom Gefängnis in die Gemeinschaft zu analysieren und insbesondere die spezifischen Bedürfnisse von besonders gefährdeten Gruppen wie jungen Gefangenen, Frauen und Migranten zu identifizieren.

Folgende Ziele sollen erreicht werden:

- Beschreibung der wichtigsten Ansätze des Schnittstellenmanagements, die in den Mitgliedsländern momentan vorhanden sind;
- Identifizierung der wichtigsten Aspekte eines effektiven und erfolgreichen Entlassungsvorbereitungs- bzw. Wiedereingliederungskonzeptes und Herausstellung von vielversprechenden praktischen Ansätzen;
- Darstellung der Verbreitung von vorhandenen Konzepten in den einzelnen EU-Mitgliedsstaaten;
- Identifizierung und Beschreibung der wichtigsten Wiedereingliederungskonzepte;
- Aufbereitung von Informationen, die dazu beitragen, effektives Schnittstellenmanagement zu planen und auf nationaler und internationaler Ebene zu implementieren;
- Identifizierung der wichtigsten Herausforderungen wie z.B. zielgruppenspezifische Interventionen, Bedarfsanalysen, Kontakthalten zu entlassenen Gefangenen, Implementation von Monitoringsystemen, Informationsaustausch zwischen Organisationen etc.;

- Aufbau eines standardisierten, systematischen und objektiven Evaluationsinstruments, das die verschiedenen Serviceanbieter befähigt, individuelle Behandlungsverläufe nachzuverfolgen, woraufhin diese in die Lage versetzt würden, aggregierte Ergebnisse zu analysieren;
- Austausch von Informationen und Beispielen guter Praxis im multidisziplinären Netzwerk durch Konferenzen und Seminare.

Im Berichtszeitraum wurden in allen beteiligten Mitgliedsländern Literaturanalysen durchgeführt, Best-Practice-Ansätze dargestellt und auf einer gemeinsamen Sitzung in Sibiu (Rumänien) präsentiert und diskutiert. Auf der Sitzung wurden auch die Instrumente und Methoden der folgenden Datenerhebung (hauptsächlich qualitative Methoden wie Focus Gruppen und qualitative Interviews) diskutiert und festgelegt. Anfang 2010 werden die Interviews mit Gefangenen sowie Organisationen durchgeführt, die mit der Betreuung von ehemaligen Gefangenen befasst sind.

### **Toolkit for HIV Situation and Needs Assessment in Prison Settings**

WIAD hatte Ende 2008 vom United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC Headquarter Wien) den Auftrag erhalten, einen praktischen Leitfaden zur Analyse der HIV- und Hepatitisproblematik im Justizvollzug zu entwickeln. Hintergrund hierfür ist, dass in vielen Ländern der Welt die HIV- und AIDS-Prävalenzen in den Justizvollzugsanstalten sehr viel höher sind als in der Allgemeinbevölkerung. Viele Gefangene kommen bereits infiziert in die Haftanstalten, und aufgrund fehlender oder lückenhafter Präventionsangebote ist die Gefahr einer Ansteckung mit HIV, Hepatitis, und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sowohl für Gefangene als auch Bedienstete relativ hoch. Da das Praxishandbuch weltweit einsetzbar sein wird, berücksichtigt es die unterschiedlichsten Rahmenbedingungen des Justizvollzugs in den verschiedenen Regionen der Welt.

In die Entwicklung des Handbuchs ist die über viele Jahre hinweg im Institut (u.a. im ENDIPP Netzwerk) erworbene Expertise auf diesem Gebiet eingeflossen, und ein Teil der in dem Handbuch eingesetzten Instrumente, wie z.B. Fragebögen zur Risikoeinschätzung, basiert auf Vorarbeiten des WIAD. Anfang 2009 wurde gemeinsam mit einem international renommierten US-amerikanischen Experten für Gesundheit im Strafvollzug der erste Entwurf des Praxishandbuchs erstellt. Dieser Entwurf wurde Anfang

März dem Auftraggeber vorgelegt und Mitte März einem Expertengremium, das aus UNODC-Mitarbeitern, Wissenschaftlern und Praktikern aus Europa, den Vereinigten Staaten, Afrika und Asien bestand, vorgestellt und in einem zweitägigen Workshop im UNODC Headquarter in Wien ausführlich diskutiert. Daraufhin wurde das Instrument überarbeitet und in einer zweiten Feedbackschleife einer weiteren Gruppe von Experten zugesandt, deren Kommentare ebenfalls berücksichtigt wurden.

Diese Version 3 wurde anschließend im südlichen Afrika erprobt, und die Analyse der Feldtestergebnisse werden in die endgültige Fassung mit einfließen. Das Praxishandbuch wird Anfang 2010 in alle UN-Sprachen übersetzt und kann dann weltweit eingesetzt werden.

Das Handbuch ist so aufgebaut, dass es nationale Behörden bzw. für Gesundheit und Justizvollzug verantwortliche Einrichtungen anleitet, schrittweise eine Bedarfsanalyse hinsichtlich HIV und anderen Infektionserkrankungen im Justizvollzug durchzuführen um darauf aufbauend effektive Interventionen zu implementieren, die auf die jeweilige nationale Situation hinsichtlich Prävalenz, Risikoverhalten, Ressourcen u.a.m. zugeschnitten sind. Des Weiteren beinhaltet das Handbuch wissenschaftlich-fachliche Anleitungen und Instrumente, welche die Wissenschaftler bei der Durchführung der jeweiligen Analyseschritte unterstützen. Die Intention des Praxishandbuchs ist es, das Infektionsrisiko für Gefangene und Bedienstete zu reduzieren und somit auch einen Betrag zur Risikominderung in der Gesamtbevölkerung zu leisten, da Gefangene aus der Gesellschaft kommen und auch in diese wieder entlassen werden.

### **Gesundheitsförderung bei jungen Gefangenen in Europa**

Seit Dezember 2009 koordiniert WIAD für eine Laufzeit von drei Jahren ein Projekt zur Gesundheitsförderung bei jungen Gefangenen in Europa (HPYP: Health Promotion for Young Prisoners). Dieses Projekt wird wie auch das TCJP-Projekt von der Generaldirektion Gesundheit (DG SANCO) der Europäischen Kommission gefördert. An dem Projekt sind sieben EU Mitgliedsstaaten beteiligt (Bulgarien, Tschechische Republik, England, Estland, Lettland, Rumänien und Deutschland). Ein multidisziplinäres Netzwerk von verschiedenen Berufsgruppen, die sowohl innerhalb als auch außerhalb der Gefängnismauern tätig sind, wirkt an dem Projekt mit.

Gesundheitliche Probleme sind unter Gefangenen weit verbreitet und werden durch steigende Gefangenenpopulationen noch verschärft. Insbesondere junge Gefangene haben spezifische Bedürfnisse, die sich von denen älterer Gefangener unterscheiden, und sie sind verglichen mit ihren Altersgenossen, die in Freiheit leben, deutlich benachteiligt. Die Haftanstalten müssen mit gesundheitsfördernden Maßnahmen reagieren, um die gesundheitlichen Benachteiligungen junger Gefangener aufzugreifen und den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation nachzukommen, die besagen, dass die Zeit der Inhaftierung auch zur Prävention und Gesundheitsförderung genutzt werden muss.

Hauptziel des Vorhabens ist es, die Gesundheitsförderung für junge Gefangene zu verbessern und einen Leitfaden zur Gesundheitsförderung von jungen Menschen im Gefängnis zu entwickeln und in den am Projekt beteiligten Mitgliedsländern umzusetzen. Insbesondere soll ein „Health Promotion Toolkit“ entwickelt werden, das die Themenbereiche Infektionserkrankungen (u.a. HIV, Hepatitiden und Tuberkulose), sexuelle Gesundheit, Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen sowie psychische Gesundheit aufgreifen wird. Ein besonderer Schwerpunkt ist der Tatsache gewidmet, dass viele junge Inhaftierte erst in Haft mit dem Drogenkonsum beginnen, der in allen Gefängnissen in Europa weit verbreitet ist. Zielgruppen dieses Projekts sind junge Menschen im Alter bis zu 24 Jahren in U-Haft oder Strafhaft, wobei auf ausgesprochen vulnerable Gruppen wie Frauen, Migranten und Migrantinnen und ethnische Minderheiten ein besonderes Augenmerk gelegt wird.

In einem ersten Schritt soll eine ausführliche Analyse von Richtlinien, Strategien, Programmen und Leitfäden in den jeweiligen Partnerländern durchgeführt werden, um eine Bestandsaufnahme existierender Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für junge Gefangene zu ermöglichen. Im Rahmen einer anschließenden Forschungsphase soll eine Bedarfsanalyse junger Gefangener im Hinblick auf Gesundheitsförderung unternommen werden sowie eine Bedarfsanalyse von Mitarbeitern im Gefängnis, um eine angemessene Bereitstellung von Gesundheitsprävention sicherzustellen. Des Weiteren werden Fokusgruppen mit jungen Gefangenen und qualitative Experteninterviews durchgeführt. Die Leitlinie soll daran anschließend in fünf der Partnerländer getestet, evaluiert und anschließend europaweit implementiert werden.

## 2. WIAD-Projekte 2009 und Folgejahre

Forschungsfeld/Projekt	Auftraggeber	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>(1) Bewegungs- und Gesundheitsförderung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Schulen in Bewegung</li> <li>Schulen in Bewegung</li> <li>Fit sein macht Schule</li> <li>Fit durch die Schule</li> <li>Bestandsaufnahme Settingprojekte NRW</li> </ul>	AOK Rheinland/Hamburg AOK Westfalen-Lippe AOK AOK Rheinland/Hamburg Strategiezentrum NRW	<ul style="list-style-type: none"> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●</li> <li></li> <li>●</li> <li></li> <li></li> </ul>			
<b>(2) Versorgungsforschung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Weiterentwicklung der Pflegeberufe</li> <li>Finanzierungsstrukturen in der Pflegeausbildung</li> <li>DMP-Evaluation (Diabetes Typ 2 und Brustkrebs, Phase I und II)</li> <li>DMP-Evaluation (KHK und Diabetes Typ 1, Phase I und II)</li> <li>DMP-Evaluation (Asthma und COPD)</li> <li>Neue Tätigkeitsprofile von Medizinischen Fachangestellten</li> <li>Qualifikationserfordernisse bei beruflichen Tätigkeiten auf mittlerer Qualifikationsebene</li> </ul>	BMFSFJ BMFSFJ AOK BV/Knappschaft AOK BV/Knappschaft AOK BV/Knappschaft BÄK BMBF	<ul style="list-style-type: none"> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●</li> <li></li> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> <li></li> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> <li></li> <li>●</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> <li></li> <li></li> <li>●</li> <li>●</li> <li></li> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> <li></li> <li></li> <li>●</li> <li></li> <li></li> <li>●</li> </ul> (bis 2016)	
<b>(3) Internationale Gesundheitsforschung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mobility of Health Professionals</li> <li>Training Criminal Justice Professionals</li> <li>Throughcare Services for Prisoners</li> <li>Guidelines on HIV Assessments in Prison</li> <li>Health Promotion for Young Prisoners</li> </ul>	EU EU EU UNODC EU	<ul style="list-style-type: none"> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●</li> <li>●</li> <li>●</li> <li></li> <li>●</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●</li> <li></li> <li>●</li> <li></li> <li>●</li> </ul>			