

## Jahresbericht 2010

vorgelegt zur  
Mitgliederversammlung 2010 des WIAD  
am 21. Januar 2011

***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)

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
<b>1. Berichte aus den Forschungsschwerpunkten</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Bewegungs- und Gesundheitsförderung</b>	<b>1</b>
• Überblick	1
• <i>Schulen in Bewegung und Fit sein macht Schule</i>	2
• <i>Fit durch die Schule</i>	3
• <i>AOK PLUS Gesundheits-Check</i>	4
• <i>Bestandsaufnahme von Settingprojekten und -angeboten in Nordrhein-Westfalen und Einrichtung einer Plattform</i>	4
<b>1.2 Versorgungsforschung</b>	<b>6</b>
• Wirkungen des Modellvorhabens <i>Pflegeausbildung in Bewegung</i>	6
• Evaluation der Disease-Management-Programme (DMP)	9
• Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte in der Versorgung älterer Menschen	10
• Studien zu zukünftigen Qualifikationserfordernissen für berufliche Tätigkeiten auf mittlerer Qualifikationsebene im Bereich Public Private Health	13
• Priorisierung der gesundheitlichen und zugleich versorgungsrelevanten Themenfelder in Nordrhein-Westfalen	14
<b>1.3 Internationale Gesundheitsforschung</b>	<b>16</b>
• Mobilität von Mitarbeitern des Gesundheitswesens (MoHProf)	16
• Training Criminal Justice Professionals in Harm Reduction Services for Vulnerable Groups (TCJP)	18
• Throughcare services for prisoners with problematic drug use	19
• Gesundheitsförderung bei jungen Gefangenen in Europa	22
• STRONG: Aufbau von Kompetenzen hinsichtlich weiblicher Gefangener mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen	23
<b>2. WIAD-Projekte 2010 und Folgejahre im Überblick</b>	<b>25</b>

# 1. Berichte aus den Forschungsschwerpunkten

Im Berichtszeitraum wurden bzw. werden 18 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:

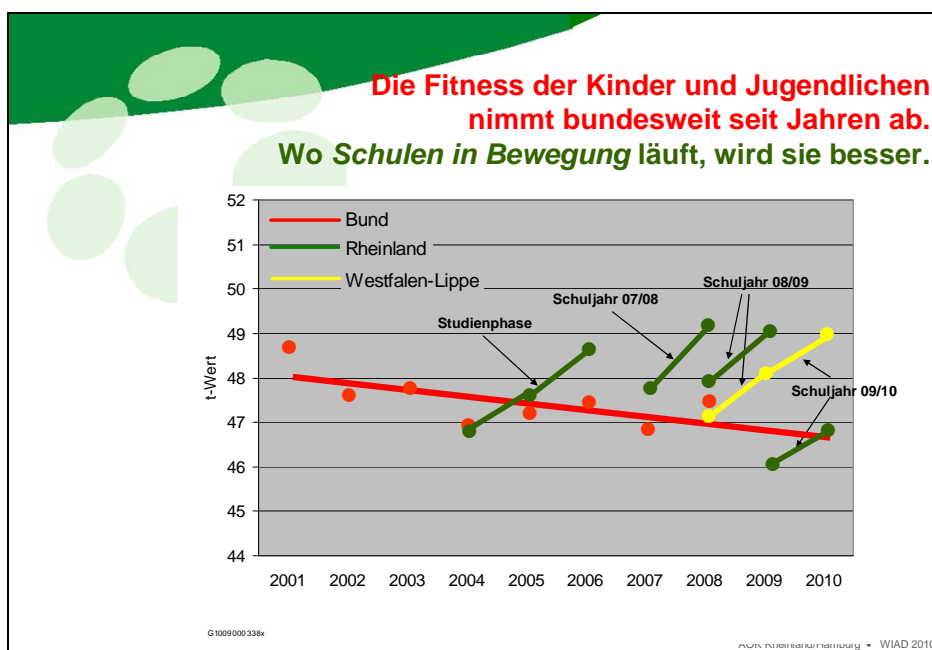
- *Schulen in Bewegung*, ein Bewegungs-Check-Up und Interventionsangebot für weiterführende Schulen in Nordrhein-Westfalen und Hamburg ([www.schuleninbewegung.de](http://www.schuleninbewegung.de)) (AOK Rheinland/Hamburg und AOK Westfalen-Lippe [seit Oktober 2010: AOK NORDWEST])
- *Fit sein macht Schule*, 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)
- *AOK PLUS Gesundheits-Check* in Sachsen und Thüringen ([http://bewegungsstatus.de/AOK\\_PLUS/SCRIPT/INDEX.PHP](http://bewegungsstatus.de/AOK_PLUS/SCRIPT/INDEX.PHP)) (AOK PLUS)
- *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 unverändert sehr unbefriedigender Resonanz, auch in Hamburg angeboten. Auch im Berichtsjahr konnte dargelegt werden, dass – wie 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.

Seit 2001 liegen uns Fitnessdaten vor, die einen Rückgang der Gesamtfitness (gemessen als Mittelwert aus sieben Testübungen zu den fünf Fähigkeitsbereichen Koordination, Beweglichkeit, Kraft, Schnelligkeit, Ausdauer) im Bundesgebiet belegen (s. Übersicht 1). Die durchgezogene rote Linie ist als Regressionsgerade berechnet; sie zeigt den bundesweiten Trend auf der Grundlage von etwa 182.000 Fitnessmessungen (nur Ersttests) in den Jahren 2001 bis 2008.

### Übersicht 1:



Für *Schulen in Bewegung* kann für alle Schuljahre, in denen es seit 2004 in Nordrhein-Westfalen angeboten wird, eine positive Entwicklung belegt werden. Die Ausgangswerte für das Rheinland liegen 2004 noch im Bundesdurchschnitt, 2007 und 2008 liegen sie darüber, 2009 wieder darunter. Westfalen-Lippe startet 2008 ebenfalls im Bundesdurchschnitt und zeigt seither unter den Studienteilnehmern entgegen dem Bundes-trend eine vergleichbar positive Entwicklung wie das Rheinland. Dank der Intervention durch *Schulen in Bewegung* hat sich die Fitness am Ende der einzelnen Beobach-tungszeiträume jeweils signifikant verbessert. *Schulen in Bewegung* ist in allen Schul-formen erfolgreich, insbesondere auch in Haupt- und Förderschulen, erreicht alle Al-tersgruppen der 10- bis 18-Jährigen und spricht sportliche ebenso wie eher unsportliche Jungen und Mädchen an.

### **Fit durch die Schule**

Im Auftrag der AOK Rheinland/Hamburg und des Ministeriums für Schule und Weiter-bildung 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 weiter-führenden Schulen in den Regierungsbezirken Düsseldorf und Köln. Ziel von *Fit durch die Schule* ist es, von den Schulen entwickelte kreative und nachhaltige Bewegungspro-jekte 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 Gesundheits-chancen zu vermindern.

Als Ergebnis der wissenschaftlichen Begleitung, die WIAD gemeinsam mit Professor Dr. Theodor Stemper von der Universität Wuppertal durchführt, wird ein Handbuch erstellt, das Schulen, die außerunterrichtlich Schulsport anbieten wollen, als Hilfestellung zur er-folgreichen Umsetzung eines solchen Projekts dienen kann. Hierzu wird ermittelt, wel-che Projekte auf hohe Akzeptanz stoßen, in welchem Umfang erhoffte Effekte bei ver-

schiedenen Zielgruppen wie Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften, Eltern, Kooperationspartnern oder sonstigen eintreten und welche Projekte sich als nachhaltig und transfergeeignet erweisen. Von Beginn an beteiligen sich 79 weiterführende Schulen an dieser zweijährigen Initiative, die Anfang 2010 auch auf Hamburg ausgedehnt wurde. Mittlerweile sind im Rheinland noch 60 weitere Schulen hinzu gekommen.

Das Vorhaben läuft ausgesprochen erfolgreich. Sehr kreativ und größtenteils auch sehr engagiert in der Umsetzung sind die einzelnen Schulprojekte bei den Schülerinnen und Schülern äußerst beliebt und entfalten bereits nach einem Jahr deutliche Wirkung. Bei der Mehrzahl werden positive Signale gesetzt: Sie haben mehr Spaß am (Schul-)Sport, sind engagierter auch in Freizeit und Verein und zeigen generell mehr Neugierde und Bewegungsfreude. Von der Implementation her sind jene Projekte im Vorteil, die bei Konzeption und Umsetzung einen möglichst breiten Rückhalt, insbesondere auch von der Schulleitung, haben.

### **AOK PLUS Gesundheits-Check**

Der AOK PLUS Gesundheits-Check basiert auf dem Bewegungs-Check-Up der Aktion *Fit sein macht Schule*. Er wird im Rahmen von gesundheitsfördernden Aktivitäten mit Fokus auf den Grundschulbereich von der AOK PLUS, der Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen, eingesetzt. In einer Sportstunde/Doppelstunde wird der körperliche Fitnesszustand im Altersbereich der 3. und 4. Klasse ermittelt und über ein vom WIAD erstelltes Online-Portal erfasst. Die Auswertungen und Empfehlungen des WIAD werden von der AOK PLUS den Schülerinnen und Schülern sowie deren Eltern vermittelt. Im Vordergrund stehen dabei die Verbesserung der Gesundheitskompetenz und gesundheitsbewusstere Verhaltensweisen der Kinder und Eltern.

### **Bestandsaufnahme von Settingprojekten und -angeboten in Nordrhein-Westfalen und Einrichtung einer Plattform**

Ein weiteres Projekt wurde im Oktober 2009 vom Strategiezentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen | Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegeben und im Frühjahr 2010 mit einer ersten Bestandsaufnahme (vorläufig) abgeschlossen. Ziel dieser Bestandsaufnahme ist es, einen umfassenden Überblick über sogenannte Settingprojekte und -angebote sowie generell über präventive und gesundheitsfördernde

de 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.

Bis heute haben die Einrichtungen und Träger in Nordrhein-Westfalen 501 Projekte gemeldet. Von diesen derzeit in der Datenbank enthaltenen Projekten beziehen

- 58% das Setting „Schule“,
- 15% das Setting „Kindertagesstätte“,
- 11% das Setting „Stadtteil/Ort“,
- 5% das Setting „Einrichtung für ältere Menschen“,
- 4% das Setting „Einrichtung für Menschen mit Behinderung“ sowie
- 18% sonstige Settings wie „Krankenhaus“, „Hochschule“, „Betrieb“ u.a.m.

ein. Die Projekte sind größtenteils auf mehrere Ziele gleichzeitig ausgerichtet. Es dominieren Zielsetzungen, die sich mit Gesundheitsförderung und Prävention in Bezug auf körperliche Krankheiten (81% der Projekte), psychische Krankheiten (60%), soziale Aspekte von Gesundheit und Krankheit (59%) sowie Fragen von Gesundheit und Umwelt (46%) auseinandersetzen. Letztere spielen auf Einrichtungsebene, also konkret vor Ort, eine deutlich größere Rolle als aus Trägersicht. Innerhalb dieser Zielbereiche konnten sehr differenzierte Angaben anhand sehr umfassender Listen von jeweiligen Subaspekten gemacht werden.

Über alle Settings hinweg wird für mehr als 80% der Projekte angegeben, dass sie ihre Zielgruppen überwiegend oder sehr weitgehend erreichen. Ausnahme bildet nur das Setting „Einrichtung für Menschen mit Behinderung“, wo diese Angaben „nur“ für zwei Drittel der Projekte gemacht werden. In weiteren 9% der Projekte insgesamt werden die Zielgruppen zumindest teilweise erreicht. Nimmt man beispielhaft das Setting „Schule“, aus dem bisher die meisten Projektmeldungen vorliegen, zeigt sich weiterhin, dass angestrebte Verhaltensänderungen und Strukturveränderungen von etwa einem Drittel überwiegend bzw. sehr weitgehend und von etwa 40% zumindest teilweise erreicht werden.

Für etwa die Hälfte der gemeldeten Projekte wurden konkrete Zahlenangaben zu den erreichten Zielpersonen gemacht. Rechnet man die hieraus ermittelten Durchschnitts-

werte hoch, dann lässt sich sagen, dass von den derzeit gemeldeten Projekten aktuell etwa 150.000 Personen erreicht werden und seit jeweiligem Projektbeginn insgesamt etwa 900.000 Personen. Diese Zahlen sind mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren, da entsprechende Angaben nur von etwa der Hälfte der Projekte gemacht wurden und die Zahlenwerte zwischen den Projekten zum Teil erheblich streuen. Lässt man zwei Extremfälle als Ausreißer bei dieser Berechnung unberücksichtigt, ändern sich die beiden Zahlen in ca. 120.000 bzw. 700.000 erreichte Zielpersonen.

## 1.2 Versorgungsforschung

### Wirkungen des Modellvorhabens *Pflegeausbildung in Bewegung*

Die von WIAD gemeinsam mit dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) durchgeführte wissenschaftliche Begleitung des 2008 abgeschlossenen Bundesmodellvorhabens *Pflegeausbildung in Bewegung* sah keine Erhebungen vor, die über die Ausbildungsphase hinausgingen. Aussagen darüber, wie sich die Absolventinnen und Absolventen der integrierten Ausbildung mit generalistischer Ausrichtung konkret im Berufsalltag bewähren, waren somit nicht möglich. Daher wurde die wissenschaftliche Begleitung vom BMFSFJ beauftragt, Nachbefragungen für einen Zweijahreszeitraum nach dem Ende des Bundesmodellvorhabens durchzuführen. Grundsätzlich sollen mit dieser Anschlussstudie die Wirksamkeit und die Nachhaltigkeit der Ergebnisse aus dem Abschlussbericht des Modellvorhabens untersucht werden. Insbesondere steht die Frage im Mittelpunkt, ob die modellhaft ausgebildeten Pflegefachkräfte vor dem Hintergrund der sich ändernden Bedingungen im Gesundheitswesen den bisher in Einzelberufen qualifizierten Pflegefachkräften nicht nur ebenbürtig, sondern mittel- bis langfristig überlegen sind.

Die Absolventinnen und Absolventen der Modellausbildung wurden in zwei Wellen 2008 und 2010 schriftlich zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen nachbefragt. Zudem wurden Leitungskräfte aus den Einrichtungen, in denen die Absolventinnen und Absolventen arbeiten, ebenfalls zu zwei Zeitpunkten telefonisch befragt. Letztlich wurden Fachgespräche mit Verantwortlichen aus den am Modellvorhaben beteiligten Schulen als auch mit Arbeitskolleginnen und -kollegen über die beruflichen Entwicklungen der im Modellvorhaben ausgebildeten Pflegekräfte durchgeführt.

Diese Anschlussstudie stellt mit ihrem aufwendigen, triangulativen Methodendesign eine bislang einmalige Daten- und Erkenntnisgrundlage zur Wirkungsbeurteilung von Modellausbildungen in der Pflege dar, die insgesamt belastungsfähige Ergebnisse hervorgebracht hat. In keinem anderen Projekt, in dem in der Vergangenheit die Zusammenführung der Pflegeausbildungen untersucht worden ist, wurden vergleichbare Anstrengungen unternommen, um die Bewährung und die Nachhaltigkeit einer Modellausbildung in der Pflege zu belegen. Zusammen mit dem Bundesmodellvorhaben selbst ist so eine über mehr als sechs Jahre laufende Erprobung und Evaluation innovativer Modelle zur Generalisierung der beruflichen Qualifikation in der Pflege von der Planung der Ausbildung bis zur normalen Berufstätigkeit der Absolventinnen und Absolventen entstanden.

Im Abschlussbericht zum Modellvorhaben *Pflegeausbildung in Bewegung* aus dem Jahr 2008 wurde auf der Grundlage der damaligen Evaluationsergebnisse konstatiert, dass sich die integrierte Ausbildung für die beteiligten Pflegeberufe als erfolgreich erwiesen hat. Die Integration wurde insbesondere im Hinblick auf die beruflichen Qualifikationen der Absolventinnen und Absolventen und vor allem bezüglich ihrer Chancen am Arbeitsmarkt weit überwiegend positiv bewertet. Das gemeinsame Lernen von Schülerinnen und Schülern aus allen Pflegeberufen führte zu einem damals bereits nachgewiesenen Zuwachs in wichtigen Kompetenzbereichen. Daraus wurde geschlossen, dass die Absolventinnen und Absolventen einer neuen integrierten Pflegeausbildung umfassender und adäquater auf die gesellschaftlichen und beruflichen Veränderungen und Herausforderungen vorbereitet sein müssten.

Diese Feststellungen und Annahmen aus dem Modellvorhaben sind durch die Ergebnisse der vorliegenden Wirkungsstudie nicht nur eindrucksvoll und detailliert bestätigt worden, sie sind in einzelnen Punkten auch übertroffen worden. Der Kompetenzvorsprung der Absolventinnen und Absolventen imponiert vor allem durch die personalen, sozialen und methodischen Kompetenzen, die zugleich benötigt werden, um die sich verändernden Herausforderungen im Gesundheitswesen zu meistern. Damit konnten sie sich sehr gut und schnell im Arbeitsmarktgeschehen behaupten. Die wenigen Kompetenzrückstände, die sich auf das spezielle Fachwissen und entsprechende Fachmethoden beziehen, werden indes zügig zumeist noch in der Berufseinstiegsphase aufgeholt. Es dominieren nach kurzer Zeit der Berufstätigkeit die Kompetenzen und Fähigkeiten, auf verschiedene Gruppen von Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen

in unterschiedlichen Settings der Pflege adäquat einzugehen. Dies ist zugleich eine wichtige Grundlage für die Stärkung des beruflichen Selbstbewusstseins und der Sicherheit, auch in multiprofessionellen Teams erfolgreich kooperieren zu können.

Mit diesem Erkenntnishintergrund kann sich auch in den Einrichtungen des Gesundheitswesens ein neues Bewusstsein etablieren, das nicht mehr darauf setzt, spezialisierte Pflegefachkräfte möglichst schnell nach der Ausbildung in bestimmten Tätigkeitsfeldern einzusetzen. Es geht vielmehr darum, dass generalisiert qualifizierte Pflegefachkräfte nach kurzer intensiver Einarbeitungszeit in unterschiedlichen Bereichen bzw. in komplexen Pflegesituationen kompetent arbeiten können. Dazu kommt, dass sie aufgrund ihrer breiteren Qualifikation und höheren Flexibilität auch kurzfristiger auf sich ändernde Bedingungen reagieren und in anderen Versorgungsbereichen eingesetzt werden können.

Das Reformmodell einer integrierten Pflegeausbildung mit generalistischer Ausrichtung hat sich damit auf ganzer Linie bewährt. Die vollständige Zusammenführung der theoretischen Ausbildung funktioniert und bringt umfassend qualifizierte und erfolgreich einsetzbare Pflegefachkräfte hervor. Hier sind zukünftig lediglich Anpassungen bei der Gewichtung einzelner Themen etwa bezüglich der Versorgung von Menschen bestimmter Altersgruppen oder in besonderen Pflegesituationen vorzunehmen. Auch der Vorschlag der wissenschaftlichen Begleitung zur Entwicklung der praktischen Ausbildung wird durch die Ergebnisse der Anschlussstudie weitgehend bestätigt. Die Hinweise zur Modifikation beziehen sich hier vor allen Dingen auf die Anzahl und Dauer der Wahlpflicht-Praktika.

Die Diskussion um eine Reform der Pflegeausbildungen ist auf der Bundesebene und in den Ländern inzwischen in vollem Gange. Mit den Ergebnissen des Bundesmodellvorhabens *Pflegeausbildung in Bewegung* sind dazu bereits in der Vergangenheit bedeutende Impulse und Erkenntnisse gegeben worden. Mit der jetzt vorliegenden Wirkungsstudie werden die Grundannahmen und Ergebnisse der Erprobung eindrucksvoll bestätigt: Die Zusammenführung der Pflegeberufe ist möglich und erscheint nun auch notwendig, denn mit ihr können Pflegefachkräfte hervorragend für die Zukunft qualifiziert werden.

## 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). Ab 2011 wird die Evaluation aller sechs DMPs auf eine neue, einheitliche Vertragsbasis gestellt. Hierin werden die bisher gesammelten Erfahrungen und Routinen innerhalb des Konsortiums berücksichtigt.

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 2,7 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.

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

Vor dem Hintergrund absehbarer Engpässe in der medizinischen Versorgung aufgrund der demographischen Entwicklung, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung, wird seit geraumer Zeit in Wissenschaft und Politik eine Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten auf nicht ärztliches Personal diskutiert. Als Konsequenz aus dieser Diskussion wurde auf dem 110. Deutschen Ärztetag beschlossen, Medizinische Fachangestellte (MFA) stärker in die medizinische Versorgung einzubeziehen und eine zusätzliche Qualifikationsstufe "Gesundheitsberatung" zu entwickeln. Für die entsprechenden Qualifizierungen der MFA wurde ein Curriculum für den Gegenstandsbereich der ambulanten Versorgung älterer Menschen entwickelt, das in den Landesärztekammern umzusetzen ist.

Im Oktober 2008 erteilte die Bundesärztekammer (BÄK) dem Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) den Auftrag, ein Modellprojekt „Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte in der Versorgung älterer Menschen“ durchzuführen. Die Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄK S-H) führte ein ebenfalls von der Bundesärztekammer gefördertes gleichgerichtetes Projekt (HELVER) durch. Beide Projekte hatten das Ziel, die Umsetzung des genannten Curriculums in verschiedenen Versorgungsregionen zu evaluieren. Dabei sollten die Angemessenheit des Curriculums eruiert und Konsequenzen für die das Konzept umsetzenden Praxen, sowohl für die MFA als auch für die Praxisinhaber, ermittelt werden. Weitere Untersuchungsschwerpunkte waren die Akzeptanz bei den Patienten und die Konsequenzen der Aufgabendelegation für das Arzt-Patient-Verhältnis und den medizinischen Outcome. Auch auf die Einbindung in die Versorgungsstruktur wurde ein Augenmerk gelegt.

Aufgrund der gleichartigen Konzeption beider Projekte beschlossen das WIAD und die ÄK S-H, ihre Projekte in enger Kooperation mit einer gemeinsamen Evaluation durchzuführen. Der Zeitraum für die Durchführung einschließlich der Evaluation war Oktober 2008 bis Dezember 2010. Fortbildungen durchführende Kooperationspartner im WIAD-Projekt waren die Carl-Oelemann-Schule der Ärztekammer Hessen in Bad Nauheim und die Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen Lippe. Im HELVER-Projekt wurden die Fortbildungen vom Edmund-Christiani-Seminar der ÄK S-H durchgeführt.

Die Evaluation war multiperspektivisch angelegt, d.h., dass die Perspektiven der beteiligten MFA und der Ärzte – es handelt sich ganz überwiegend um die Inhaber der jewei-

ligen Praxis – sowie der Patienten die Basis für die Evaluation bildeten. Insgesamt konnten die Fragebögen von 65 MFA, 63 Ärzten und 669 Patienten ausgewertet werden. Flankiert wurden diese zentralen Evaluationsbausteine von umsetzungsbegleitenden Maßnahmen und Expertengesprächen. Ein methodisch sehr relevantes Ergebnis der Evaluation ist die hohe Übereinstimmung der Einschätzung aller drei Befragten-Gruppen. Dies ist eine Bestätigung, dass das eingesetzte Evaluationskonzept angemessen war und dass die gewonnenen Ergebnisse eine reale Veränderung im Versorgungsgeschehen belegen.

Für alle Beteiligten haben sich deutliche und durchweg positive Effekte durch die Realisierung des Konzepts ergeben. Das Fortbildungskonzept hat sich insgesamt bewährt und wurde sowohl von den MFA als auch von deren Arbeitgebern akzeptiert und überwiegend positiv beurteilt. In den Dimensionen Fachkompetenz, Sozialkompetenz bzw. Handlungssicherheit, deren Ausprägungen auf die Inhalte bzw. Intentionen des Curriculums bezogen untersucht wurden, haben die MFA ihr professionelles Niveau und in der Folge ihre Position als Team-Mitglied der Arztpraxis erhöhen können, sodass sie in der Lage sind, effektiver und effizienter einen Konnex zwischen Arzt und Patient herzustellen. Ganz überwiegend haben die MFA hierdurch eine (wenn auch nicht monetäre) Aufwertung ihres Berufs erlebt und auch persönlichen Gewinn realisieren können.

Für die beteiligten Praxen haben sich durch die Umsetzung des Konzepts keine nennenswerten organisatorischen oder sonstigen Probleme ergeben. Vielmehr ist die Zufriedenheit im Team wie auch die Berufszufriedenheit des Praxisinhabers insgesamt deutlich angestiegen. Im Schnitt haben die MFA ihre Hausbesuchstätigkeit ausgeweitet. Damit verbunden hat sich das Leistungsspektrum eines Teils der Praxen verändert, u.a. insofern technische Leistungen bedarfsspezifisch vor Ort erbracht werden. Dass bei der Delegation von Leistungen an die MFA kein Feld der Unsicherheit entsteht, wurde in den Einschätzungen beider Gruppen deutlich. Hierzu dürften auch die festgestellte hohe Kommunikationsdichte bzgl. der Fallbesprechungen bei der Leistungsdelegation sowie die recht häufige Telekommunikation zwischen Arzt und MFA bei der Durchführung der Hausbesuche beitragen.

Eventuelle Befürchtungen einer Verschlechterung der Arzt-Patient-Beziehung werden durch die Ergebnisse der Studie widerlegt. Ganz im Gegenteil zeichnet sich für die befragten Ärzte eine Verstärkung der Bindung des Patienten an sie bzw. die Praxis ab, die aus der von den Patienten empfundenen verstärkten Zuwendung der MFA an sie resultiert. Auch für eine mögliche Zunahme der Leistungsbeanspruchung liefert die Untersu-

chung keinen Beleg. Die vertiefte Kenntnis der Lebenssituation des Patienten, welche die MFA bei den Hausbesuchen gewinnen, bietet die Chance, die Therapie in Hinblick auf die individuelle Situation des Patienten zu optimieren.

Die Patientengruppen, die aus Sicht der Ärzte am ehesten für die an MFA delegierten Leistungen in Frage kommen, sind Patienten mit einer Demenzerkrankung, ernährungsbedingten Erkrankungen, Apoplex, koronarer Herzkrankheit/Hypertonus, peripherer Gefäßerkrankung, Krebserkrankungen, chronischen Gelenkerkrankungen und chronischen Atemwegserkrankungen. Aus den Studienergebnissen lässt sich gut begründet ableiten, dass durch die Hausbesuche der MFA eine Compliance-Verbesserung resultiert. Dies bezieht sich v.a. auf die Medikamenteneinnahme, die Anwendung von Therapien, die Flüssigkeitsaufnahme und die Sturz- und Unfallvermeidung. Außerdem weisen die Ergebnisse auf eine Erhöhung der Selbständigkeit in der Lebensführung und eine günstige Beeinflussung möglicher Komplikationen der Erkrankung als Folge des MFA-Einsatzes hin.

In einem bemerkenswert hohen Maße zeigten sich die Patienten mit dem Leistungserhalt durch die MFA zufrieden. Wenn die Patienten den Leistungserhalt durch Arzt und MFA bewertend miteinander vergleichen, liegen die insgesamt hohen Werte nicht weit auseinander. Tendenziell wird die Leistungserbringung durch die MFA als intensiver eingeschätzt, wenn es um Leistungen geht, die stark mit Zuwendung verbunden sind wie Zeit haben oder auf Sorgen und Befürchtungen eingehen. Die primär ärztlichen Leistungen wie Aufklärung über die Krankheit erbringt in der Patientensicht erwartungsgemäß der Arzt intensiver, wobei die entsprechenden Werte für die MFA gleichwohl sehr hoch sind.

Die Ergebnisse der Evaluation laufen auf eine eindeutige Empfehlung hinaus, das Modell in der Breite der hausärztlichen Versorgung älterer Menschen umzusetzen und die der Umsetzung entgegenstehenden rechtlichen Hemmnisse zu beseitigen. Diese Hemmnisse bestehen in erster Linie in der unzureichenden Vergütung der Hausbesuche, darüber hinaus im Nebeneinander diverser Konzepte zur Delegation, das zu einer Verunsicherung der potenziellen Nachfrager führt. Die weitgehende Implementierung in der hausärztlichen Versorgung wäre die Basis für die Ausweitung des Konzepts auf Teile der fachärztlichen Versorgung und die Ausrichtung auf sektorenübergreifende Versorgung.

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

Die zentrale Fragestellung 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.

Inhaltlich werden die Experten in der zweiten Delphi-Runde Auskunft geben zu qualifikationsrelevanten Entwicklungen im Gesundheitswesen, dies unter anderem am Bei-

spiel von Szenarien. Diese beschreiben derzeit zu beobachtende und in näherer Zukunft relevante Entwicklungen, mit denen zentrale Strömungen und Tendenzen der nächsten Jahre abgedeckt werden. Solche Szenarien sind etwa:

- Neue Dienste und Dienstleistungen zur Betreuung und Versorgung älterer und hochbetagter Menschen im häuslichen Bereich und im Wohnumfeld (z.B. Quartiers-Portal, Quartiersmanagement, Pflegestützpunkt, Ambulantisierung)
- Neue Aufgaben für die Fachkräfte in der ambulanten und stationären Versorgung (z.B. Delegation, arztentlastende Dienste, neue Aufgabenteilung)
- Intensivierung von Gesundheitsförderung und Prävention in allen Tätigkeitsfeldern des Gesundheitswesens
- Neue Angebote im Bereich Wellness und Fitness sowie ergänzende Gesundheitsdienstleistungen (z.B. Gesundheitstourismus, Gesundheitshotels, Patientenhotels)
- Telemonitoring, technologische Entwicklung und Assistenzsysteme als Triebfedern neuer Angebotsstrukturen und Qualifikationserfordernisse (z.B. eHealth, eGK, Telemedizin, Telepflege, AAL, Smart House)
- Zunehmende Vernetzung und steigender Bedarf an Prozesssteuerung in allen Bereichen des Gesundheitswesens (z.B. integrierte Versorgung, Care Management, Case Management)

### **Priorisierung der gesundheitlichen und zugleich versorgungsrelevanten Themenfelder in Nordrhein-Westfalen**

Im September 2010 erhielt das WIAD vom nordrhein-westfälischen Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) und vom Strategiezentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen den Auftrag, eine umfassende Beschreibung der gesundheitlichen Lage und Versorgungssituation der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens vorzunehmen und auf dieser Grundlage Prognosen für die verschiedenen Bereiche von Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung bis zum Jahr 2025 zu entwickeln. Im Ergebnis werden – unter Einsatz eines im Zuge der Analyse zu entwickelnden Bewertungsin-

struments – Prioritäten für Themenfelder formuliert, denen sich die Versorgungsforschung in Nordrhein-Westfalen in den nächsten Jahren widmen muss. Leitfragen sind:

- Welche gesundheitlichen Entwicklungen stellen in Zukunft besondere Herausforderungen an die Versorgung?
- Ist das Versorgungssystem darauf vorbereitet?
- Wie kann die künftige Versorgung diesen Herausforderungen gerecht werden, und welcher Handlungs- bzw. Anpassungsbedarf ergibt sich hierbei?
- Bestehen Erkenntnisdefizite, die mit Versorgungsforschung behoben werden können?

Die Beantwortung dieser Fragen setzt eine systematische, über bisherige Ansätze hinausgehende Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Lage und Versorgungssituation voraus. Darauf aufbauend wird unter Berücksichtigung der demographischen und strukturellen Entwicklungen sowie weiterer absehbarer Trends eine Projektion in die Zukunft vorgenommen. Dieser Blick in die Zukunft wird sich auf Trendforschreibungen, Prognosen und die Analyse von Szenarien stützen. Unter Bezug auf das zu entwickelnde Bewertungsraster werden der Politik und Wissenschaft Kriterien für eine Prioritätensetzung zur Verfügung gestellt, auf deren Grundlage notwendige Schwerpunkte für zukünftige Programme und Forschungsvorhaben formuliert werden können.

Da der Wert solcher auf die Zukunft bezogenen Aussagen ganz maßgeblich von der Qualität der für die Analysen verfügbaren Daten abhängt, werden die für das Vorhaben zentralen Fragen der Datenqualität ausführlich thematisiert. Vor dem Hintergrund der identifizierten Herausforderungen wird auch danach gefragt, ob in Bezug auf die Vollständigkeit und Qualität der verfügbaren versorgungs- und forschungsrelevanten Daten oder in Bezug auf die Leistungsfähigkeit und Qualität der Versorgung medizinrechtlicher Änderungsbedarf besteht.

WIAD und Prognos führen die Untersuchung gemeinsam mit der für die medizinrechtlichen Fragen zuständigen Anwaltssozietät Busse & Miessen, Bonn, durch. Die Ergebnisse werden im Sommer 2011 auf einer Einladungskonferenz vorgestellt.

## 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 trägt dazu bei, diese Informationsbasis zu verbessern, und somit eine wesentliche Grundlage für europaweite Richtlinien zur Ressourcenplanung im Gesundheitswesen schaffen.

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 Push- und Pull-Faktoren befassen.

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, South Africa
- 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

Nachdem die in 25 Ländern (aus Europa, Nordamerika, Afrika, Asien und Australien) aktiven nationalen Forscher im Jahr 2009 Informationen und Daten auf Makro-Ebene zusammengestellt hatten, die durch qualitative Interviews mit Interessenvertretern auf nationaler Ebene ergänzt wurden, fand Ende April 2010 in Brüssel eine Sitzung des Projektsteuerungs-Komitees statt. Hier wurden die ersten Ergebnisse präsentiert, diskutiert und das weitere Vorgehen für die anschließende Forschungsphase auf Mikro-Ebene (d.h. qualitative Datenerhebung auf der Ebene von Personalverantwortlichen sowie Interviews mit Migranten und Migrantinnen aus dem Gesundheitssektor) festgelegt.

Im Anschluss an die Sitzung der Projektpartner fand ein Policy-Round-Table statt, an dem Vertreter verschiedener Generaldirektionen der Europäischen Kommission, nationaler und überregionaler Berufs- und Interessenverbände, der Weltgesundheitsorganisation und nationaler Gesundheitsbehörden teilnahmen. Ziel des Round-Table-Gesprächs war es zum einen, die Ergebnisse der ersten Forschungsphase zu präsentieren und mit den Teilnehmern zu diskutieren und zum anderen darauf aufbauend die Prioritäten für die zweite Forschungsphase auf Mikro-Ebene festzulegen. Die Ergebnisse dieser Diskussion sind auf der MoHProf-Website [www.mohprof.eu](http://www.mohprof.eu) veröffentlicht.

In der zweiten Jahreshälfte 2010 wurde in allen Partnerländern die Datenerhebung auf Mikro-Ebene durchgeführt, und die jeweiligen Länderberichte werden Anfang 2011 fertig gestellt. Diese bilden dann die Grundlage für die Schlussfolgerungen und Politikempfehlungen, die bis Ende 2011 formuliert werden.

### **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 wurde 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) hatte das Projekt zum Ziel, Fortbildungsprogramme für Justizvollzugsbedienstete zu entwickeln und in den jeweiligen Mitgliedsländern umzusetzen. Ziel der Fortbildung ist es, Mitarbeiter des Justizvollzugs im Umgang mit problematischen Drogengebranchern zu schulen und mit verschiedenen Aspekten der Schadensminderung (wie z.B. Substitutionsbehandlung, Sprizentausch, Beratung und Testung, Hepatitisimpfungen, Kondomvergabe, sicheres Tätowieren etc.) vertraut zu machen und sie zudem zu sensibilisieren für einen vorurteilsfreien Umgang mit Drogengebranchern. Die Intention war es, dazu beizutragen, die Übertragung von Infektionserkrankungen im Vollzug zu verringern und Sicherheit und Gesundheit sowohl der Inhaftierten als auch der Bediensteten zu fördern.

Die Entwicklung des Fortbildungshandbuchs basiert auf den in allen Partnerländern durchgeführten Literaturanalysen, qualitativen Interviews mit inhaftierten Drogengebrauchern, mit Serviceanbietern nichtstaatlicher Organisationen, die im Haftbereich aktiv sind, und mit Mitarbeitern des Justizvollzugs sowie außerdem auf quantitativen Erhebungen in den Ausbildungsinstituten für Justizvollzugsbedienstete.

Aufbauend auf den Forschungsergebnissen haben alle Projektpartner gemeinsam und in enger Abstimmung miteinander zur Entwicklung des Fortbildungsprogramms beigetragen. 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 Fortbildungsmanuals wurde Anfang 2010 in den drei osteuropäischen Ländern Bulgarien, Rumänien und Lettland im Feld getestet, und die Ergebnisse der Feldphase wurden anschließend in die endgültige Version integriert.

Die englische Version des Fortbildungsprogramms wurden im November 2010 im Rahmen einer Projektpräsentation, die in der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht in Lissabon stattfand, dem Fachpublikum präsentiert. Das Handbuch sowie eine Serie von Powerpoint-Präsentationen und alle dazugehörigen Materialien sind auf der Projektseite [www.tcjp.eu](http://www.tcjp.eu) in folgenden Sprachversionen abrufbar: Englisch, Deutsch, Lettisch, Bulgarisch, Rumänisch und Russisch.

### **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" 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 nichtstaatlichen Organisationen 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 wurde die Forschungsphase in allen Mitgliedsländern abgeschlossen. Diese Ergebnisse werden im Januar 2011 auf einer Projektsitzung in Schottland präsentiert und diskutiert, und die Eckpunkte für das darauf aufbauende Praxishandbuch zum Übergangsmanagement sowie ein Evaluationsinstrument werden festgelegt. Im Oktober 2011 wird in Italien die Abschlusskonferenz dieses Projekts stattfinden, die gemeinsam mit dem Netzwerk der Weltgesundheitsorganisation „Gesundheit im Gefängnis“ durchgeführt wird und somit ein breites Fachpublikum erreichen wird.

## 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), das von der Generaldirektion Gesundheit (DG SANCO) der Europäischen Kommission gefördert wird. An dem Projekt sind sieben EU Mitgliedsstaaten beteiligt (Bulgarien, Tschechische Republik, England, Estland, Lettland, Rumänien und Deutschland).

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.

Im Juni 2010 fand das Kick-off-Meeting für dieses Projekt in den Räumen der Europäischen Kommission in Luxemburg statt. Daran anschließend wurde in allen Projektländern eine ausführliche Analyse von Richtlinien, Strategien, Programmen und Leitfäden durchgeführt und eine Bestandsaufnahme existierender Maßnahmen zur Gesundheits-

förderung für junge Gefangene vorgenommen. Die Ergebnisse dieser ersten Schritte wurden auf einem Projektmeeting in Lissabon im Oktober 2010 präsentiert und mit den Partner diskutiert. Darauf aufbauend wurden die Methoden und Instrumente für die nächste Forschungsphase, die in der ersten Jahreshälfte 2011 stattfinden wird, festgelegt. Hier soll eine Bedarfsanalyse jüngerer Gefangener im Hinblick auf Gesundheitsförderung durchgeführt werden, um eine angemessene Bereitstellung von Gesundheitspräventionsansätzen sicherzustellen.

### **STRONG: Aufbau von Kompetenzen hinsichtlich weiblicher Gefangener mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen**

Im Berichtsjahr hat WIAD erstmalig einen Projektantrag bei der Generaldirektion Justiz im Rahmen des DAPHNE III-Programms gestellt (Prävention und Bekämpfung von Gewalt gegen Kinder, junge Menschen und Frauen, Schutz von Opfern und Risikogruppen). Der Antrag wurde im Oktober 2010 bewilligt, die Vertragsverhandlungen sind abgeschlossen, so dass im März 2011 die Arbeiten an dem Projekt beginnen können.

Hintergrund für den Antrag war die Tatsache, dass inhaftierte Frauen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit Erfahrungen von körperlicher und sexueller Gewalt haben. Verschiedene britische Studien legen nahe, dass 70% der weiblichen Gefangenenpopulation schwere körperliche Gewalt in der Kindheit erlebt haben und ca. 60% sexuellen Missbrauch in verschiedenen Ausprägungen. Zudem wurden ca. drei Viertel aller weiblichen Gefangenen im Erwachsenenalter Opfer körperlicher Gewalt durch einen Intimpartner.

Gewalt- und Missbrauchserfahrungen und die daraus resultierenden Traumatisierungen stehen meist in direktem Zusammenhang mit der kriminellen Entwicklung dieser Frauen. Die Gewalterfahrungen führen zu sozialer Marginalisierung, und es sind enge Zusammenhänge zwischen Viktimisierung und Suchterkrankungen beobachtbar, wobei der Drogenkonsum als Selbstmedikation des Traumas angesehen werden kann. Das Projekt STRONG greift diese Problemlagen auf und hat zum Ziel, einen Praxisleitfaden zum Umgang mit durch Gewalt- und Missbrauchserfahrungen traumatisierten Frauen im Justizvollzug in Europa zu entwickeln und zu testen. Des Weiteren soll ein Fortbildungskonzept für Vollzugsbedienstete entwickelt werden, um diese für die spezifischen Probleme und Bedürfnisse dieser Frauen zu sensibilisieren.

WIAD ist Hauptpartner und Koordinator von STRONG. Das Projekt hat eine Laufzeit von zwei Jahren und wird in Kooperation mit Partnern aus dem Vereinigten Königreich, Finnland, Litauen und Polen durchgeführt.

## 2. WIAD-Projekte 2010 und Folgejahre

<b>Forschungsfeld/Projekt</b>	<b>Auftraggeber</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<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 / Check Up in Bayern</li> <li>• Fit durch die Schule</li> <li>• AOK Gesundheitscheck</li> <li>• Bestandsaufnahme Settingprojekte NRW</li> </ul>	AOK Rheinland/Hamburg AOK NORDWEST AOK AOK Rheinland/Hamburg AOK PLUS Strategiezentrum NRW	●	●	●	●		
<b>(2) Versorgungsforschung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterentwicklung der Pflegeberufe</li> <li>• DMP-Evaluation (Diabetes Typ 2 und Brustkrebs)</li> <li>• DMP-Evaluation (KHK und Diabetes Typ 1)</li> <li>• DMP-Evaluation (Asthma und COPD)</li> <li>• Neue Tätigkeitsprofile von Medizinischen Fachangestellten</li> <li>• Qualifikationserfordernisse bei beruflichen Tätigkeiten auf mittlerer Qualifikationsebene</li> <li>• Priorisierung gesundheitlicher Themenfelder in NRW</li> </ul>	BMFSFJ AOK BV/Knappschaft AOK BV/Knappschaft AOK BV/Knappschaft BÄK BMBF MGEPA/Strategiezentrum NRW	●	●	●	●	●	●
<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>• Health Promotion for Young Prisoners</li> <li>• Capacity Building on Female Prisoners</li> </ul>	EU EU EU EU EU	●	●				