

# JAHRESBERICHT 2011

Gesundheits- und  
Bewegungsförderung



Versorgungsforschung



Internationale  
Gesundheitsforschung



vorgelegt zur  
Mitgliederversammlung 2011 des WIAD  
am 27. Januar 2012

***Kontakt:***

**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>
• Schulen in Bewegung	1
• Fit durch die Schule	8
• Weitere Aktivitäten	12
<b>1.2 Versorgungsforschung</b>	<b>12</b>
• Gesundheitliche Lage und Versorgung in Nordrhein-Westfalen	12
• Zukünftige Qualifikationserfordernisse bei Gesundheitsfachberufen	14
• Evaluation der Disease-Management-Programme (DMP)	19
• Kinder- und Jugendpsychiatrie Nordrhein-Westfalen	21
<b>1.3 Internationale Gesundheitsforschung</b>	<b>22</b>
• Mobility of Health Professionals (MoHProf)	22
• Throughcare services for prisoners with problematic drug use	25
• Health Promotion for Young Prisoners	27
• STRONG: Capacity Building on Female Prisoners	28
<b>2. WIAD-Projekte 2011 und Folgejahre im Überblick</b>	<b>31</b>

## 1. Berichte aus den Forschungsschwerpunkten

### 1.1 Bewegungs- und Gesundheitsförderung

#### *Schulen in Bewegung*

Wie in den Vorjahren kann auch für 2011 von einer erfolgreichen Fortführung von *Schulen in Bewegung* gesprochen werden. Seit 2004 bieten die AOK Rheinland/Hamburg und das WIAD das Konzept für einen bewegungsfreudigeren und motivierenderen Sportunterricht allen weiterführenden Schulen im Rheinland und in Hamburg an. Im Rheinland beteiligen sich derzeit 21% und in Hamburg 7% aller weiterführenden Schulen an diesem Angebot. Seit 2010 betreut WIAD auch die angebotseigene Homepage [www.schuleninbewegung.de](http://www.schuleninbewegung.de). Die Seite wurde neu gestaltet und entschlackt und wird fortlaufend um Ergebnisse, Angebote und attraktive Links ergänzt.

Ein Kernstück ist eine Arbeitsmappe für den Sportunterricht mit zahlreichen praktischen Anregungen für eine attraktivere und bewegungsfördernde Ausrichtung. 2012 wird die Mappe um ein Kapitel „Lernen in Bewegung“ ergänzt, das von WIAD 2011 konzipiert wurde. Hierzu wurden Materialien für Lehrkräfte, Eltern sowie Schülerinnen und Schüler entwickelt. Konzept und Materialien zu *Lernen in Bewegung* gehen von folgenden Überlegungen aus, die ein Auszug aus einem Vortrag von Marion Grimm (WIAD) sind (Bilder und Literatur bei der Verfasserin; zu ausgewählten Quellen s. S. 8):

*Entwicklung des Menschen in der Evolution (Phylogenese):* Bevor es Bücher gab, in denen das Wissen gesammelt wurde, wurde das Wissen mündlich und durch Demonstration weitergegeben. Besonders für handwerkliche Fertigkeiten gilt das noch heute. In abstrakteren Gebieten des Wissens hatten in der griechischen Antike nicht nur der Dialog, wie bei Platon, sondern auch das Bewegen beim Lehren und Lernen große Bedeutung, wie es nicht nur Sokrates in den Zeiten der antiken philosophischen Schulen umsetzt. Im Mittelalter sind die Klöster die Zentren der Bildung. Das Wandeln im Kreuzgang zur Repetition und Verinnerlichung des Gelernten ist bei den Mönchen zentral.

*Entwicklung des menschlichen Individuums (Ontogenese):* Bereits in der fötalen Phase im Mutterleib nimmt der Mensch über Bewegung und Berührung Informationen aus der Umwelt auf. Säugling und Kleinkind werden die Welt durch das Anfassen und in den Mund stecken und später durch Krabbeln, Rennen und (Er-)klettern erfahren. Heutiger Unterricht findet in Klassenräumen statt, in denen diszipliniertes Sitzen gefordert ist und der Klassenraum darüber hinaus häufig wenig Bewegungsraum zur Verfügung stellt.

*Das heißt, beide Entwicklungslinien führen in der Bildung des Menschen im Schulsystem meistens zu einer Stilllegung des Körpers.*

*Nur über den Körper gelangen Informationen aus der Umwelt in das verarbeitende Gehirn, in den Geist und in die Psyche. Erkenntnis ist ausschließlich über die Wahrnehmung, die Aufnahme von Informationen über den Körper, möglich. Jede vom Geist oder der Psyche angeregte Interaktion mit der Außenwelt ist wiederum nur über eine Handlung des Körpers möglich. Dieses enge Wechselspiel zwischen Körper und Geist wird in der Psychologie als "Embodiment" (Tschacher 2010) bezeichnet. Die Wahrnehmung erfolgt über verschiedene Sinnsysteme, die sich in körperferne und körpernahe Sinne unterscheiden lassen.*

*Zu den körperfernen Sinnen gehören das visuelle und das auditive System und der Geruchssinn. Im schulischen Alltag und im späteren Lebensverlauf werden besonders das Sehen und das Hören angesprochen und mit vielen Informationen versorgt. In der fötalen Phase, als Säugling und als Kleinkind sind die körpernahen Sinne des Fühlens (taktils System), der Raumlage (Propriozeption) und des Gleichgewichtes (Vestibulärapparat), der Spannung von Muskeln und Sehnen (Kinästhetik) und der Geschmackssinn die zentralen Sinnsysteme zur Aufnahme von Informationen. Die sensomotorische Erfahrung ist Grundlage jeglicher Erkenntnis und somit jeden Lernprozesses.*

*Eine Reduktion der Kanäle, über die dem Körper und damit Gehirn und Geist Informationen vermittelt werden, auf das Sehen und Hören mindert die Erkenntnisdimensionen. Dadurch stehen weniger Möglichkeiten zur Verfügung, Erinnerung mit verschiedenen Sinneswahrnehmungen zu verknüpfen wodurch die Gedächtnisleistung merklich erhöht werden könnte. Wenn gegenwärtig von Informationsflut die Rede ist, dann handelt es sich vor allem um Informationen, die ausschließlich über die körperfernen Sinne des Sehens und des Gehörs aufgenommen werden können.*

*Lernen findet gegenwärtig meistens in sitzender Position statt, und die Vermittlung von Unterrichtsinhalten spricht vor allem die körperfernen Sinne des Sehens und Hörens an, sei es in Frontalunterrichtssituationen oder in der Arbeit am Bildschirm. Häufig wird auch die Freizeit mit Spielen am Bildschirm verbracht.*

*Erst das Erfassen der Welt mit dem gesamten Körper – mit allen Sinnen – ermöglicht ein Lernen auf höherem Abstraktionsniveau. Die Kenntnis der Gesetzmäßigkeiten und Zusammenhänge der gegenständlichen Welt ist Voraussetzung für das Begreifen abstrakter Konzepte. Die metaphorischen Begriffe begreifen und erfassen zeigen, dass dem Lernen von abstrakten Inhalten die Erkenntnis über die gegenständliche Welt der*

*Objekte zugrunde liegt. Kognitive Kompetenzen entwickeln sich auf der Basis von praktischem und sensomotorischem Handeln.*

*Die Erfahrungen zeigen also, dass sich Bewegung offensichtlich positiv auf das Lernen auswirkt oder sogar als notwendige Grundlage für jeglichen Lernprozess anzusehen ist. Wie genau ist dieser positive Effekt von körperlicher Aktivität auf die Gedächtnis- und Lernleistung zu erklären?*

*Die vorhandene Intelligenz kann durch Bewegung und körperliche Aktivität nicht gesteigert werden. Selten sind schlechtere Lernleistungen oder das schlechte Abschneiden bei der Bewältigung von schulischen Aufgaben oder Tests jedoch mangelnder Intelligenz geschuldet. Grund ist in den meisten Fällen ein weniger erfolgreicher Lernprozess. Das heißt, dass nahezu alle Kinder und Jugendlichen ein großes, nicht ausgeschöpftes Potential haben, das durch vermehrte Integration von Bewegung in den Schulalltag und in den Unterricht freigesetzt werden kann.*

*In psychologisch-kognitiven Experimenten und Studien kann gezeigt werden, dass durch körperliche Aktivität ganz bestimmte kognitive Fähigkeiten gesteigert werden, die das Lernen erleichtern und somit den Erkenntnis- und Handlungsrahmen erweitern, z.B. kreatives Denken (Tuckman/Hinckle 1986), mathematische und sprachliche Kompetenzen (Tomporowski 2008).*

*In wissenschaftlichen Studien lässt sich nachweisen, dass besonders die sogenannten exekutiven Funktionen durch Bewegung angesprochen werden (Davis et al. 2007). Was sind exekutive Funktionen? Es handelt sich um mehrere unterschiedliche elementare mentale Prozesse, die einen großen Teil des menschlichen Verhaltens und Handelns unter Berücksichtigung der umgebenden Umwelt steuern. Diese grundlegenden mentalen Prozesse sind alle relevant für das Lernen.*

*Aufmerksamkeitssteuerung, Fähigkeit zur Fokussierung, vorausschauende Handlungsplanung, Fehlererkennung und –korrektur, Problemlösungsstrategien, flexibles Verhalten in neuen Situationen, abstrakte Denkprozesse, Entscheidungsfindung, Organisation von Lernprozessen. All diese Funktionen werden durch Bewegung verbessert und schaffen somit unabhängig von den zu lernenden Fakten und Inhalten eine solide Basis für erfolgreiches und fortwährendes Lernen.*

*Bewegung und die Entwicklung einer guten sensomotorischen Wahrnehmung bewirken im Gehirn eine Intensivierung vieler physiologischer Prozesse, die für das Lernen, eine gute Gedächtnisleistung und weitere eben genannte Funktionen der Verhaltens- und*

*Handlungssteuerung des Menschen zuständig sind. „Das motorische Areal hat in der neurogenetischen Entwicklung eine Schlüsselfunktion und ist bleibend in alle Regekreise zur Handlungssteuerung eingebunden“ (Gasse 2005). Bewegung steigert die Durchblutung und die Nährstoffversorgung, wie zum Beispiel Sauerstoff im Gehirn, wodurch alle mentalen Prozesse profitieren (Herholz et al. 1987). Außerdem wird das Wachstum von Blutgefäßen im Gehirn befördert, so dass auch dauerhaft eine bessere Versorgung gewährleistet ist. Der gesamte Stoffwechsel im Gehirn wird verändert mit der Folge, dass die Produktion von Nervenwachstumsfaktoren ansteigt. Man spricht in der Hirnforschung von sogenannten neurotrophen Faktoren (BDNF= brain derived neurotrophic factor) (Hollmann 2003).*

*Der Anstieg der Nervenwachstumsfaktoren führt im Gehirn zu dem Wachstum von Nervenzellen. Besonders angeregt wird das Nervenwachstum im Hippocampus, eine Hirnregion, die Emotionen und Gedächtnisleistungen steuert. Diese Hirnregion dient der Gedächtniskonsolidierung, führt Informationen verschiedener Systeme zusammen und überführt Informationen vom Kurzzeit- ins Langzeitgedächtnis. Besonders die räumliche Lernleistung und das Erinnern von Fakten und Ereignissen wird durch das verstärkte Nervenwachstum im Hippocampus verbessert.*

*Der Hippocampus ist also kein Informationsspeicher, sondern erinnerungsgenerierend. Das heißt, dass der Hippocampus von zentraler Bedeutung für jede Verbesserung der Merkfähigkeit und Erinnerungsleistung ist. Diese Hirnregion wiederum profitiert besonders von körperlicher Aktivität, die auf diese Weise positiven Einfluss auf die Gedächtnisleistung hat.*

*Das Zusammenführen von Informationen verschiedener sensorischer Systeme im Hippocampus zeichnet diese Hirnregion als Knotenpunkt für die Verarbeitung der über die Sinne aufgenommenen Informationen aus. Werden mehrere Sinne gleichzeitig stimuliert, führt das zu einer höheren Plastizität des Gehirns. Das heißt, die Reiz- und Übertragungsverbindungen zwischen den Nerven werden durch körperliche Aktivität intensiviert (Gasse/Dobbelstein 2005). Nachgewiesenermaßen wird die Merkfähigkeit verbessert, je mehr Sinne an dem Lernprozess beteiligt sind. Die geistige Flexibilität und Leistungsfähigkeit wird gesteigert. Werden selbst Handlungen vollzogen, wie selbst sagen oder das An-die-Tafel-Gehen oder beim Nachstellen von Lerninhalten, wie geometrischen Formen, grammatischen Konstruktionen oder Personen eines gelesenen Textes, ist das Lernergebnis am besten.*

*Bewegung und körperliche Aktivität gleichen die Konzentrationen der Neurotransmitter Serotonin und Dopamin aus. Serotonin und Dopamin stimulieren und steuern im Gegenspielerprinzip die Bildung neuer Hirnnervenzellen und synaptischer Verbindungen. Beide Botenstoffe spielen eine entscheidende Rolle für die Funktionstüchtigkeit des Arbeitsgedächtnisses. Die Neurotransmitter Serotonin und Dopamin sind für eine gesunde emotionale und kognitive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen von großer Bedeutung (vgl. Hüther/Rüther 2000). Ein ausgeglichener Serotoninspiegel führt zu einem emotionalen Gleichgewicht. Ein zu niedriger Dopaminspiegel kann zu Antriebslosigkeit und Lethargie führen. Umgekehrt führt die Ausschüttung von Dopamin bei Bewegung zu positiven Stimmungen bis hin zu Glücksgefühlen und kann zu einer besseren Klarheit des Denken führen (Spitzer 2006).*

*Das Gehirn reift ausgehend vom Kleinhirn bis zum vorderen Bereich, dem präfrontalen Cortex. Während der Pubertät erfährt der präfrontale Cortex einschneidende Veränderungen (Giedd et al. 1999). Nach der ersten Welle von Nervenwachstum im frühesten und frühen Kindesalter findet eine Phase enormen neuronalen Wachstums kurz vor dem Einsetzen der Pubertät, also im Alter von ungefähr 11 Jahren bei den Mädchen und 12 Jahren bei den Jungen statt. In der Pubertätsphase werden dann wiederum viele redundante Nervenverbindungen gekappt und andere werden zusätzlich mit weißer Substanz (Myelin) umgeben, um sie zu stabilisieren und zu stärken (Giedd et al. 2009). Bestimmte, für den jeweiligen Menschen relevante Nervenverbindungen werden intensiviert. Was Jugendliche tun oder unterlassen beeinflusst Struktur und Funktion ihres Gehirns und seiner neuronalen Verschaltungen. In dieser Lebensphase findet somit eine intensive Prägung von Interessen und Handlungsmustern mit Auswirkungen auf das gesamte restliche Leben statt. Englisch sagt man: „Use it or loose it!“ Benutze es oder verliere es.*

*Neben den Erkenntnissen aus psychologischen Studien oder hirnpfysiologischen Untersuchungen ist aus der pädagogischen Erfahrung bereits seit langem bekannt, dass selbst körperlich ansonsten aktive Kinder häufig nur einen begrenzten Zeitraum stillsitzen und konzentriert arbeiten können. Der vielfach propagierte disziplinierte und unbewegte Unterricht läuft der Zielsetzung eines erfolgreichen Lernens vollkommen zuwider. Die Mobilität des Körpers schafft geistige Mobilität und Flexibilität.*

*Das bereits von Pestalozzi im 19. Jahrhundert entwickelte Konzept des ganzheitlichen Lernens mit Hirn, Herz und Hand zeitigt über das gesamte Leben großen Erfolg. Die Reformpädagogik und die Erlebnispädagogik sind pädagogische Konzepte, die gleich-*

*ermaßen die Notwendigkeit des Erlebens und des eigenen Handelns in den Mittelpunkt eines jeden Lernprozesses stellen. Dabei führt das selbständige und entdeckende Lernen zu einem deutlich besseren Lernergebnis.*

*Durch Leistungs- und Zeitdruck, Überforderung und mangelnde Erholung wird zusätzlich Stress erzeugt, der nachweislich zu Konzentrationsmängeln führt und das Nervenzustand hemmt. Bewegung schützt vor den negativen Folgen von Stress. Körperliche Aktivität fördert das Lernen nur dann, wenn die Bewegungen freiwillig und mit Freude ausgeführt werden (z.B. Kubesch 2005). Informationen, die mit Freude aufgenommen werden, werden besser gelernt und bleiben besser im Gedächtnis der Kinder und Jugendlichen haften. Das Ziel des freiwilligen und stressfreien und dadurch effektiven Lernens kann durch Bewegung besser erreicht werden als mit unbewegten Methoden. Es ist nicht zu befürchten, dass mehr Bewegungsangebote zu chaotischem oder unkontrollierbarem Schulunterricht führt. Im Gegenteil sind die Kinder und Jugendlichen prinzipiell ausgeglichener und konzentrierter.*

*In der Schule bestehen viele Möglichkeiten, Bewegung zu integrieren. Bewegung und Sport können das gesamte Schulleben prägen und im Schulprogramm einen Platz finden. Dazu ist eine Einbeziehung aller am Lernen in der Schule beteiligten Personen hilfreich. Schulträger, Schulaufsicht, besonders jedoch die Schulleitung, Kollegen, Eltern und Schüler und Schülerinnen können gemeinsam das Lernen in Bewegung bringen.*

*Bereits die Gestaltung des Schulhofes kann viele Bewegungsanreize bieten. Ausschließlich ein asphaltierter Platz bietet den Kindern und Jugendlichen wenig Möglichkeit, die Pausen mit körperlicher Aktivität auszufüllen. Können sich die Schüler und Schülerinnen in den Pausen „austoben“, sind sie im anschließenden Unterricht ausgeglichener, konzentrierter und lernfähiger. Geräte zum Klettern, Hangeln, Balancieren können zur Verfügung gestellt werden. Basketballkörbe, Fußball- oder Handballtore motivieren zu Ballspielen. Ohne zusätzliche Geräte oder ohne bzw. mit wenig Material lassen sich einfache und unaufwendige Pausenspiele im Sportunterricht beibringen, so dass sie den Schülern und Schülerinnen auf dem Pausenhof zur Verfügung stehen.*

*Der Sportunterricht gilt nach wie vor als zentraler Bereich der Gesundheits- und Bewegungsförderung, der den Zugang zu neuen Sportarten und Bewegungsformen ermöglicht und Bewegungskompetenzen vermittelt. Dass dieses Fach mindestens ebenso wichtig ist, wie alle anderen Fächer, zeigen viele Forschungsergebnisse, nach denen die körperliche Aktivität im Sportunterricht alle anderen in der Schule geforderten kognitiven Lernprozesse erleichtert. Zusätzlich lassen sich im Fachunterricht Bewegungs-*

*und Entspannungselemente nutzen, wodurch das Lernen von Inhalten und die Konzentrationsfähigkeit verbessert werden.*

*Für jeden Fachunterricht gibt es mittlerweile viele spezifische und konkrete Konzepte, die körperliche Aktivität in das Lernen der Inhalte einbinden. Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten, Bewegung in jeglichen Unterricht zu integrieren: Erstens besteht die Möglichkeit, Bewegungs- oder Entspannungspausen systematisch in den Unterricht einzubauen. Durch diese lassen sich beispielsweise Lerninhalte strukturieren und Themen voneinander abgrenzen. Lässt die Konzentrationsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen nach, kann eine kurze Bewegungseinheit erneut die Aufmerksamkeit und die Fokussierung auf den Unterrichtsgegenstand verschaffen. Zweitens kann Bewegung der Vermittlung des Unterrichtsstoffs dienen. Bewegungen können in jeder Weise an die zu lernenden Inhalte gekoppelt werden. Beispielsweise das System Total Physical Response, das den Spracherwerb erleichtert („If you are happy and you know it, clap your hand...“), das körperliche Darstellen geometrischer Figuren durch Schüler und Schülerinnen, das Abgehen von Strecken und Winkeln oder das Nachspielen von Charakteren einer Geschichte. Für alle Unterrichtsformen haben sich mittlerweile Konzepte entwickelt, wie die Inhalte aktiv gelernt werden können. Dass eine Weiterentwicklung von den traditionellen Formen des Schulunterrichtes zu neuen, bewegten Formen des Schulunterrichtes möglich ist, zeigen die verschiedenen Sitzpositionen, die Kinder und Jugendliche während des Lernens einnehmen und die im Schulunterricht ermöglicht werden können.*

*Grundlage für erfolgreiches Lernen sind Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeitssteuerung. Die Fähigkeit zur Fokussierung auf Lerninhalte hängt davon ab, inwieweit sich der Mensch bereits mit anderen Gedanken und Emotionen auseinandersetzt. Probanden, die sich über längere Zeit in einer gekrümmten Sitzhaltung aufhalten, brechen frustrierende kognitive Aufgaben früher ab, als die Kontrollpersonen in aufrechter Haltung (Riskind/Gotay 1982). Das heißt jedoch im Umkehrschluss, dass körperlich aktive Kinder und Jugendliche aufgrund einer geringeren Frustrationsanfälligkeit wesentlich leistungsfähiger und erfolgreicher im Lernprozess und in der Bewältigung von kognitiven Aufgaben sind.*

*Oppolzer (2006) weist darauf hin, dass auch das „Lümmeln“ auf dem Tisch, das mit den Händen oder dem Bleistift spielen oder ähnliche spontane Bewegungen der Kinder im Unterricht dem weiteren Erhalt oder der Wiedergewinnung der Konzentration dienen. Passivität verursacht auf Dauer eine Reduzierung von Aufmerksamkeit und Konzentra-*

tion, die die Kinder über die unwillkürlichen Bewegungen wiederzuerlangen suchen. Teilweise handelt es sich um in einer bestimmten Frequenz wiederkehrende Bewegungen, die nach Buytendijk (1933) dem Spannungsabbau dienen.

Bewegung wird durch die Möglichkeit zur Emotions- und Affektsteuerung ein Kernbestandteil der menschlichen Selbstmanagementkompetenz (vgl. Storch 2010). Auf diese Weise wird Bewegungskompetenz zur Bildungsdimension (Klafki 2005). Leistungsfähiges und erfolgreiches Lernen wird erst auf der Basis dieser grundlegenden Kompetenzen zur Steuerung von Emotionen, Affekten, Aufmerksamkeit und Konzentration möglich.

### **Ausgewählte Literatur**

Davis CL, Tomporowski PD, Boyle CA, Waller JL, Miller PH, Naglieri JA, Gregoski M (2007) Effects of Aerobic Exercise on Overweight Children's Cognitive Functioning. In: *Research Quarterly for Exercise & Sport*, Dec 78(5): 510-519.

Gasse M, Döbelstein P (2003) Lernen braucht Bewegung. Die Bedeutung der Motorik für Verarbeiten, Speichern, Erinnern. In: *Forum Schule 10* : 20-24.

Giedd J, Francois MD, Lalonde M, Celano MJ, Samantha BS, White L, Gregory BS, Wallace L, Lee NR, Lenroot RK (2009) Anatomical Brain Magnetic Resonance Imaging of Typically Developing Children and Adolescents. In: *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry* 48(5): 465-470.

Hollmann W, Strüder HK, Tagarakis CVM (2003) Aktivität fördert Gehirngesundheit und -leistungsfähigkeit. In: *Nervenheilkunde* 9.

Hüther G, Storch M, Cantieni B, Tschacher W (2010) *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen.*

Oppolzer U (2004) *Bewegte Schüler lernen leichter.* Verlag Modernes Lernen.

Schumacher R (2006) Wie viel Gehirnforschung verträgt die Pädagogik? Über die Grenzen der Neurodidaktik. In: Caspary R (Hrsg.) *Lernen und Gehirn. Der Weg zu einer neuen Pädagogik.*

Spitzer M (2009) *Lernen: Gehirnforschung und die Schule des Lebens.* Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg, Berlin.

Zimmer R (2005) Die Bedeutung von Bewegung für Lernprozesse: Bewegung - der Motor des Lernens. [http://www.pluspunkt-online.de/pp\\_02\\_05/pp\\_02\\_05\\_bewegung.html](http://www.pluspunkt-online.de/pp_02_05/pp_02_05_bewegung.html).

### **Fit durch die Schule**

Beginnend mit dem Schuljahr 2009/10 haben die AOK Rheinland/Hamburg und das Ministerium für Schule und Weiterbildung Nordrhein-Westfalen allen ca. 1.600 weiterführenden Schulen in Nordrhein-Westfalen das Angebot *Fit durch die Schule* unterbreitet. Seither haben in jedem Schuljahr neue Schulen von dem Angebot Gebrauch gemacht. Die Umsetzung in den 75 Schulen, die zum Angebotsstart eingestiegen sind und die über zwei Schuljahre hinweg teilgenommen haben, wurde von WIAD gemeinsam mit

Prof. Dr. Theodor Stemper von der Universität Wuppertal und Uta Lindemann von der Universität Bielefeld wissenschaftlich begleitet.

Zentrales Ergebnis der wissenschaftlichen Begleitung ist eine praxisgerechte Handreichung, in der die gemachten Erfahrungen und die erzielten Ergebnisse so aufbereitet sind, dass andere Schulen dies unmittelbar nutzen können. Ein weiteres Resultat dieser Begleitung ist eine wissenschaftliche Auswertung der Ergebnisse. Zwei Zwischenberichte vom Mai und Dezember 2010 sowie die im Folgenden verkürzt wiedergegebene abschließende Analyse fassen diese Befunde zusammen. Auch diese Berichte sind knapp, informativ und praxisorientiert gehalten. Interessierte Lehrkräfte und Verantwortliche aus Sportvereinen und von weiteren Kooperationspartnern können sich hier zu vertiefenden Aspekten und zu den Bedingungen für eine erfolgversprechende Umsetzung von Maßnahmen eingehend informieren.

Gemessen an den Erwartungen, welche die Beteiligten an das Projekt hatten, kann von einer Erfolgsgeschichte gesprochen werden, in der differenzierte und kritische Urteile indes auch nicht ausgespart wurden. 86% der Ansprechpartner in den Schulen geben an, dass ihre Erwartungen an das Projekt erfüllt wurden. Das mit 77% bereits zur Studiemitte sehr gute Ergebnis wird nochmals übertroffen. Ein gutes Drittel kommt sogar zu dem Urteil, dass dies uneingeschränkt der Fall ist. Am positivsten äußern sich Lehrkräfte aus Förderschulen; die relativ kritischste Sicht wird aus Hauptschulen berichtet. Ausschlaggebend hierfür waren in erster Linie Probleme mit Kooperationspartnern, die trotz großen Interesses seitens der Schulen sowie der Schülerinnen und Schüler gemachte Zusagen etwa zur Bereitstellung von Personal nicht eingehalten haben. Von solchen vereinzelten Problemen abgesehen aber wurden die Erwartungen weit überwiegend erfüllt.

Das hohe Maß, in dem die verschiedenen Erwartungen an das Projekt beiderseitig erfüllt wurden, findet auch in der Zufriedenheit mit dem jeweiligen Partner seinen Niederschlag. Gibt es aus Sicht der Ansprechpartner in den Schulen noch vereinzelt (begrenzt auf Gymnasien und Hauptschulen) Bekundungen von Unzufriedenheit, weil Erwartungen nicht erfüllt wurden, geben die Sportvereine ausnahmslos an, dass sie mit der Zusammenarbeit sehr (78%) oder eher zufrieden sind (22%). Dieser Befund belegt eindrucksvoll, dass ein Angebot, wie *Fit durch die Schule* es unterbreitet, nicht nur für die Schulen eine überaus wichtige Ergänzung darstellt, sondern dass dies auch für die Sportvereine gilt.

Danach gefragt, was ihnen die Teilnahme am Projekt gebracht habe, antworteten eindrucksvolle 47% der Schülerinnen und Schüler, dass ihnen Schule so insgesamt mehr Spaß mache, 44% haben mehr Spaß an Bewegung und Sport bekommen, 37% haben jetzt mehr Spaß am Schulsport, bei 35% hat sich sogar die Fitness verbessert und 26% treiben jetzt auch außerhalb der Schule mehr Sport als zuvor. Demgegenüber wurde aber nur eine kleine Minderheit (10%) durch das Projekt angeregt, in einem Sportverein zu gehen, und 6% konnten offenkundig ihre Eltern anregen, jetzt mehr Sport zu treiben. Auch wenn solche Wirkungen bei der eigentlichen Zielgruppe, den Schülerinnen und Schülern, z.T. noch ausbaufähig erscheinen, muss doch konstatiert werden, dass die jeweilige Einzelmaßnahme, als die ein solches Projekt ja betrachtet werden muss, bei einer insgesamt großen Zahl an Schülern vielfältige und nachhaltige Wirkungen erzeugt hat.

Die von den Schulen und Vereinen konzipierten und umgesetzten Maßnahmen haben weit überwiegend (95%) die Förderung von Sport und Bewegung zum Ziel, gesundheits- und sportförderliche Aspekte stehen somit gleichrangig nebeneinander. Auch sind aus Sicht der Ansprechpartner die Maßnahmen überwiegend (61%) für alle Schülerinnen und Schüler geeignet. Nur auf einzelne Jahrgänge, Klassen bzw. Kurse oder einzelne Schülerinnen und Schüler ausgerichtete Maßnahmen bilden die Minderheit. Letzteres ist etwa dort der Fall, wo konkrete Förderbedarfe mit den Maßnahmen in den Blick genommen werden. Die Kooperationspartner teilen diese Auffassung im Wesentlichen, wenn sie auch mit 45% die Eignung einer Maßnahme für alle Schülerinnen und Schüler verhaltener einschätzen. Aus ihrer Sicht ist die Eignung nicht selten auch auf bestimmte Zielgruppen (38%) oder auf einzelne Jahrgänge (34%) beschränkt. Hier mag die spezifische Vereinsperspektive einer (altersbezogenen) Mitgliedergewinnung eine Rolle spielen.

Die wichtigsten Garanten für einen Maßnahmenerfolg sind aus Sicht der Schulen und Vereine bei der Projektentwicklung:

- dass sie einander kompetente, engagierte und kooperative Gesprächspartner sind,
- dass die Unterstützung durch Schulleitung und Kollegenschaft gegeben ist und die Schule insgesamt sich als verlässlicher Partner erweist,
- dass die Finanzierung gesichert ist und
- dass die Schülerinnen und Schüler erreicht werden.

In der Durchführungsphase werden von den Schulen als förderliche Faktoren für den Maßnahmenerfolg genannt, dass sich die Konzeption als realistisch und realisierbar erweist und ggf. weiterentwickelt wird, dass die Maßnahme bei Schülerinnen und Schülern großen Anklang findet, dass das Angebot qualitativ hochwertig und kompetent umgesetzt wird und dass eine gute Zusammenarbeit mit dem Kooperationspartner und ggf. auch anderen Schulen gelingt. Die Kooperationspartner aus den Vereinen akzentuieren als förderliche Aspekte insbesondere die engagierte und kompetente Begleitung durch die Sportlehrkräfte und „begeisterte Schüler“, die Erfolgs- und Spaßerlebnisse haben. Auch eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit wird als förderlich genannt.

In nahezu allen Schulen wird das Projekt auch nach Auslaufen der Förderung durch die AOK Rheinland/Hamburg fortgeführt. Nur in je zwei Haupt- und Realschulen sowie in einem Gymnasium ist dies nicht der Fall. Während das Projekt mehrheitlich (58%) in gleicher Art und Weise weitergeführt wird, geben immerhin 42% der Schulen an, dass sie Änderungen vornehmen. Die meisten Modifikationen sind finanziell bedingt und beziehen sich etwa auf eine stärkere finanzielle Beteiligung der Schülerinnen und Schüler, auf eine Umwidmung des Projekts zum freiwilligen Nachmittagsangebot, auf eine Reduzierung des Stundenvolumens oder auf den vermehrten Einsatz ehrenamtlicher Helfer.

Durchaus nicht selbstverständlich ist, dass 80% der Verantwortlichen in den Schulen die Auffassung vertreten, dass es sinnvoll ist, den Erfolg der Maßnahme zu messen. Dies zeugt von einem gesunden Selbstbewusstsein und der Überzeugung, ein Angebot zu unterbreiten, das von einer sachlichen Legitimation nur profitieren kann. Als Gründe für eine Evaluation werden hervorgehoben, dass es damit gelingen kann, Bewegung und Sport besser in der Schule zu verankern, dass Bewegungsdefizite bei den Schülerinnen und Schüler früh erkannt und behoben werden können oder dass Kritiker solcher Angebote eher überzeugt werden können.

Das Angebot *Fit durch die Schule* hat sich in vielfacher Hinsicht bewährt. Aus Sicht der Schulen und Sportvereine kann nahezu uneingeschränkt von einer Win-Win-Situation gesprochen werden. Weit überwiegend sind die abschließenden Bewertungen so positiv, dass nicht nur von einem erfolgreichen Projektverlauf, sondern auch von einer in den meisten Schulen bereits entschiedenen Fortführung des Angebots gesprochen werden kann. Bezieht man die ebenfalls weit überwiegend positiven Bewertungen durch die Schülerinnen und Schüler in die Betrachtung mit ein, ergibt sich eine Win-Win-Win-

Situation, die eine möglichst flächendeckende Umsetzung solcher Konzepte außerunterrichtlichen Sports in Schulen geradezu herausfordert.

Das große Interesse und die hohe Beteiligung von Schulen an dem Angebot *Fit durch die Schule* auch über die zu Beginn einbezogenen Schulen hinaus, auf deren Erfahrungen die hiermit diskutierten Ergebnisse beruhen, ist Beleg für die Attraktivität und Notwendigkeit solcher Angebote, die erfolgreiche Kooperationen herstellen und allen Beteiligten Spaß, Gewinn und Ertrag versprechen.

### **Weitere Aktivitäten**

Die im Jahr 2000 von der AOK, dem (damaligen) Deutschen Sportbund und dem WIAD ins Leben gerufene Aktion *Fit sein macht Schule* wird nach wie vor von vielen Schulen bundesweit in Anspruch genommen. Das für Schulen kostenlose Angebot besteht darin, den Bewegungsstatus einschließlich der körperlichen Fitness ihrer Schülerinnen und Schüler klassenweise zu erfassen. WIAD wertet die Daten aus und koppelt sie über die regionalen AOKen an die beteiligten Lehrkräfte zurück. Außer im Rheinland, wo dieser Bewegungs-Check-Up im Rahmen des Angebots *Schulen in Bewegung* durchgeführt wird, liegt der Schwerpunkt derzeit in Bayern. Aber auch in Rheinland-Pfalz, Westfalen und Hessen sind aktuell Schulen beteiligt.

Bis 2011 wurde von der AOK Plus ein Gesundheits-Check für Kinder der 3. und 4. Klasse angeboten, der auf dem von WIAD konzipierten Bewegungs-Check-Up basiert. Das Angebot war auf Sachsen und Thüringen begrenzt.

## **1.2 Versorgungsforschung**

### **Gesundheitliche Lage und Versorgung in Nordrhein-Westfalen**

Im Dezember 2011 wurde das Gutachten zur „Gesundheitlichen Lage und Versorgung in Nordrhein-Westfalen – Bestandsaufnahme, Prognosen, Prioritäten für die Versorgungsforschung“ vorgelegt. Gemeinsam mit Prognos und der für medizinrechtliche Fragen zuständigen Anwaltssozietät Busse & Miessen hat WIAD dieses etwa 900-seitige Gutachten erarbeitet.

Der Auftrag für dieses Gutachten wurde vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, des sich in vielen Bereichen bereits abzeichnenden Fachkräftemangels und zahlreicher weiterer die gesundheitliche Lage und Versorgung prägender Entwicklun-

gen formuliert. Aufgabenstellung war, die gesundheitliche Lage der nordrhein-westfälischen Bevölkerung und die Versorgungssituation dezidiert zu beschreiben. Als Grundlage diente die verfügbare Datenlage, d.h., es wurden keine Primärerhebungen durchgeführt. Allerdings ist die vorhandene Datenbasis in einem Umfang gesichtet und ausgewertet worden, der über herkömmliche Darstellungen im Rahmen einer solchen Berichterstattung weit hinausgeht.

Die Ergebnisse einer so fundierten Bestandsaufnahme von gesundheitlicher Lage und Versorgung in Nordrhein-Westfalen bilden die Grundlage für die Status-Quo- und Trendprognosen bis zum Jahr 2025. Hier wird unter verschiedenen Annahmen aufgezeigt, welche Entwicklungen sich ergäben, wenn sich die aus den Daten der jüngeren Vergangenheit ablesbaren Entwicklungen fortsetzen würden. Der Grad an Unerwünschtheit bzw. Problematik solcher prognostizierten Verläufe ist ein Maß für den Handlungsbedarf, dem sich die Akteure im Gesundheitswesen bereits heute zu stellen haben.

Sowohl in der Bestandsaufnahme als auch im Prognose teil dieses Gutachtens wurden im Kontext der jeweiligen Sachverhalte vom Gutachterteam Herausforderungen identifiziert, die auf diesen Handlungsbedarf hinweisen. Diese insgesamt mehr als 200 Herausforderungen finden sich am Ende der jeweiligen Unterkapitel. Sie geben den jeweils betroffenen Akteuren Hinweise auf zu lösende Probleme bezüglich der gesundheitlichen Entwicklung in der Bevölkerung bzw. in einzelnen Bevölkerungsgruppen sowie auf versorgungsstrukturelle Problemlagen. Auch Einschränkungen bzw. Mängel, die in der jeweils verfügbaren Datenbasis begründet liegen, werden hier thematisiert.

Diese Herausforderungen bilden bereits für sich genommen einen Fundus für weitere Diskussionen. Sie vermögen jedoch in dieser Form noch nicht, der Versorgungsforschung und Gesundheitspolitik Richtung zu geben. Daher wurden in einem weiteren Analyseschritt die Herausforderungen zusammengefasst und danach sortiert, ob ihnen eher ein Erkenntnisdefizit zugrunde liegt, das von der Versorgungsforschung behoben werden könnte, oder ob sie eher auf ein Regelungs- bzw. Umsetzungsdefizit hinweisen, deren sich das politisch-administrative System, die Selbstverwaltung oder weitere Akteure anzunehmen hätten. Um dies zu beurteilen, wurden Expertinnen und Experten aus der Versorgungsforschung und aus dem Medizinrecht hinzugezogen.

Die drei Module dieses Gutachtens, Bestandsaufnahme, Prognose und Priorisierung, liefern einen Erkenntnisfundus, wie er in dieser Form und in diesem Umfang bisher nicht verfügbar war. Alle Betroffenen und alle beteiligten Akteure können sich hiermit

auseinandersetzen und ihre Forderungen und Handlungsabsichten auf dieser Grundlage überprüfen. Zur Unterstützung und Anregung eines solchen Prozesses hat das Gutachterteam Empfehlungen an die Versorgungsforschung, Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung destilliert. Diese bilden gewissermaßen einen Extrakt der umfassenden Ergebnisse dieses Gutachtens, befreien aber nicht unbedingt von der Lektüre der sie begründenden Ergebniskapitel.

### **Zukünftige Qualifikationserfordernisse bei Gesundheitsfachberufen**

Im Auftrag des BMBF wurde von WIAD und infas untersucht, welche zusätzlichen Fähigkeiten und Kompetenzen die Beschäftigten der mittleren Qualifikationsebene (Aus- und Fortbildungsberufe) künftig benötigen, um den Anforderungen einer hochwertigen Gesundheitsversorgung auch in Zukunft gerecht zu werden. Demographischer Wandel sowie technologische Entwicklungen sind zentrale Triebfedern für die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen, Angeboten und Abläufen. Dies hat unmittelbaren Einfluss auf die beruflichen Tätigkeiten. In einem mehrstufigen Delphi-Prozess haben sich etwa 300 Expertinnen und Experten dezidiert dazu geäußert, auf welchen Gebieten sie Entwicklungen voraussehen, aus denen veränderte oder zusätzliche Qualifikationserfordernisse erwachsen für Gesundheitsberufe als auch für Berufe, die derzeit noch wenig mit dem Gesundheitswesen assoziiert werden.

Um die sehr komplexen Fragestellungen mit Hilfe von Expertenurteilen bearbeiten zu können, wurden sechs Szenarien entwickelt, die heute bereits initiierte Prozesse und zentrale Entwicklungsströmungen im Gesundheitswesen abbilden. Sie werden die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung auch in den nächsten Jahren in hohem Maße prägen. Diese Veränderungen werden neue oder an die Entwicklung angepasste Qualifikationen erfordern, die im Folgenden exemplarisch vorgestellt werden.

Szenario 1: „Betreuung und Versorgung älterer und hochbetagter Menschen im häuslichen Wohnumfeld“. Momentan werden etwa 70 Prozent der über 65-jährigen pflegebedürftigen Personen in Deutschland ambulant versorgt. Die befragten Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass sich der aktuell beobachtbare „Sog ins Heim“ umkehren wird zugunsten ambulanter Strukturen. Mehr als zwei Drittel erwarten einen flächendeckenden Ausbau von Pflegestützpunkten, eine Verbesserung der Beratungsleistungen der Pflegekassen und die Weiterentwicklung von Formen des Betreuten Wohnens (z.B. Demenzwohngemeinschaften) im Zeitraum von etwa zehn Jahren.

Die damit verbundenen Anforderungen sind zwar nicht neu; nach Einschätzung der Befragten ist aber für viele Beschäftigte eine zusätzliche Qualifizierung erforderlich. So wird ein steigender Bedarf an Fachkräften erwartet, die über spezielle Kenntnisse in den Bereichen aktivierende Pflege, ambulante Rehabilitation, Intensivpflegebedarf und Schmerzversorgung verfügen. Eigenständige Koordinationsleistungen sowie die Beratung und Anleitung von Angehörigen Älterer, insbesondere Demenzkranker, wird als unverzichtbare Aufgabe der pflegerischen und nicht ärztlichen Gesundheitsberufe gesehen.

Szenario 2: „Neue Aufgaben für die Fachkräfte in der ambulanten und stationären Versorgung (z.B. Delegation, arztentlastende Dienste, neue Aufgabenteilung)“. Gefördert durch neue Technologien in Diagnostik und Therapie und getrieben durch den Kostendruck im Gesundheitssystem, durch die wachsende Zahl von älteren Patienten mit chronischen Erkrankungen sowie durch die zunehmende Unterversorgung im ländlichen Raum werden sich künftig neue Aufgaben für die Fachkräfte im stationären und ambulanten Bereich ergeben. Acht von zehn Expertinnen und Experten erwarten mittelfristig größere Handlungsräume bzw. Bereiche für medizinische und pflegerische Fachkräfte. Wegen einer Verkürzung der Liegezeiten wird außerdem ein Teil der klinischen Pflegeleistungen und Nachversorgung in den ambulanten Bereich verlagert werden. Die Delegation ärztlicher Leistungen an Pflegefachkräfte erfordert eine Erweiterung der Fachkompetenzen von medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften. Qualifizierungsbedarf wird u.a. im engeren Kontext von Diagnostik und Therapie (EKG, Wundkontrolle, Injektionen), bei der Fußkontrolle bei Diabetespatienten, bei der Sturzprophylaxe und der Anleitung bzw. Überwachung der häuslichen Pflege gesehen.

Szenario 3: „Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in allen Tätigkeitsfeldern des Gesundheitswesens“. Potenziale zur Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität sowie zur Vermeidung von Krankheit und ihrer Chronifizierung werden bislang nicht hinreichend ausgeschöpft. Gesundheitsförderliche Struktur- und Verhaltensänderungen in allen Lebensbereichen werden von den befragten Fachleuten für erforderlich gehalten. Wegen der bisher wenig erfolgreichen Bemühungen werden die Realisierungschancen allerdings sehr zurückhaltend eingeschätzt. Die größte Wahrscheinlichkeit hat ein Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention im Bildungswesen (Kindertagesstätten, Schulen). Ein zweites Entwicklungsfeld bildet die breitere Partizipation der Betroffenen und die präventive Beratung von Familien bestimmter Zielgruppen.. Skeptischer werden dagegen die Ausbaumöglichkeiten in der Altenhilfe oder in sozialen Brennpunkten gesehen.

Kompetenzen für die Gesundheitsförderung und Prävention sind Querschnittsqualifikationen für viele Gesundheitsberufe. Bisher mangelt es jedoch an praktischen Implementationen, an denen sich die Fachkräfte orientieren können. So muss insbesondere die Kompetenz stärker vermittelt werden, Maßnahmen auf spezifische Bedarfslagen zuzuschneiden und Verhaltensänderungen auf der Basis individueller Risikoprofile zu kommunizieren.

Szenario 4: „Steigende Nachfrage nach gesundheitserhaltenden Dienstleistungen (z.B. Medical Wellness, Gesundheitstourismus)“. Maßnahmen im Bereich Medical Wellness zielen darauf, individuelle körperliche und geistige Ressourcen zu stärken, um den Organismus zu stärken und die Lebensqualität zu verbessern. Zu den Dienstleistungen gehören Angebote zur ortsnahen Heilbehandlung, Bewegungsförderung, Rückenstärkung und Stressbewältigung ebenso wie Ernährungsprogramme und Anwendungen im Kur- bzw. Wellnesstourismus. Die Angebote gehen über die medizinische Regelversorgung hinaus und werden privat finanziert. Die Nachfrage steigt voraussichtlich bereits in den kommenden fünf Jahren an.

Es werden zwei Anforderungsprofile deutlich. Die medizinisch-therapeutischen Fachkräfte benötigen Grundwissen in gesundheitsförderlichen Fragen von Ernährung, Bewegung und Lebensstil sowie Kompetenzen in der Qualitätssicherung. Die zweite Gruppe bilden Hotel- und Verwaltungsfachkräfte, die mit der Unterbringung und Versorgung von Gästen befasst sind. Von ihnen werden Grundkenntnisse der Medical Wellness-Angebote erwartet, sowie Marketingkompetenzen.

Szenario 5: „Telemonitoring und Assistenzsysteme als Triebfedern neuer Angebotsstrukturen und Qualifikationserfordernisse (z.B. eHealth, Telemedizin, Telepflege, AAL, Smart House)“. Die Weiterentwicklung der Informationstechnologie wird die medizinische und pflegerische Versorgung in den nächsten Jahren nachhaltig verändern. Die Arzt-Patient-Kommunikation, Diagnostik, Therapie und Pflege werden wesentlich stärker als heute über Telefon oder Internet stattfinden. So werden u.a. Vitaldaten (z.B. Gewicht, Blutdruck, Herzfrequenz, Blutzucker) von Patienten direkt an entsprechende Stellen übermittelt. Bei Bedarf werden im Gegenzug Anweisungen zur Therapie an Patienten und Fachkräfte gegeben.

Neue bzw. veränderte Anforderungen sind damit für die medizinisch-technischen Fachkräfte verbunden, die die eingehenden Daten entgegennehmen, vorbefunden und ärztliche Anweisungen weitergeben. Betroffen sind auch ambulant tätige Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte, die ambulante Leistungen erbringen und die Assistenz-

systeme bei ihrer Klientel bedienen. Eine dritte Gruppe schließlich bilden Technikerinnen und Techniker, die telemedizinische Systeme verkaufen, installieren, kundenspezifisch konfigurieren und warten.

Szenario 6: „Zunehmende Vernetzung und steigender Bedarf bei der Versorgung chronischer Erkrankungen(z.B. integrierte und sektorenübergreifende Versorgung)“. Der Anteil der chronisch kranken Patienten an der Bevölkerung wird in den kommenden Jahrzehnten erheblich ansteigen. Zukünftig ist deshalb eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Versorgungsbereiche (Allgemein- und Fachmedizin, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen) notwendig, um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu dämpfen. Durch Prozessmanagement müssen Diagnose-, Therapie-, Pflege-, Vorsorge- und weitere Versorgungsleistungen der beteiligten Leistungserbringer mehr als heute miteinander verknüpft werden.

Die Notwendigkeit einer engeren Vernetzung stellen die befragten Personen nicht in Frage, auch wenn sie sich über die konkrete Organisationsform noch nicht einig sind. Auf jeden Fall reichen die heute verfügbaren Qualifikationsprofile ihres Ermessens für diese Aufgaben nicht aus. Qualifizierungsbedarf besteht sowohl bei der Methodenkompetenz der koordinierenden Fachkräfte, beim Datenaustausch, der interdisziplinären Kommunikation als auch der Patientenberatung. Darüber hinaus benötigen Fachkräfte zusätzliche medizinische Kompetenzen, Kompetenzen zur Organisation von Versorgungsprozessen, um die Behandlungsverläufe in einem integrierten Versorgungsmodell effektiv zu koordinieren. Betriebswirtschaftliche Kompetenzen sind dabei von Nutzen.

Szenarienübergreifende Querschnittqualifikationen: Künftig werden verstärkt übergreifende Anforderungen bzw. Qualifikationselemente erforderlich sein, die in vielen Tätigkeitsbereichen bei Querschnittaufgaben verstärkt zum Einsatz kommen. Dazu zählen interdisziplinäre Kommunikation und Teamorientierung, zielgruppengerechte Kommunikation und Interaktion (vor allem mit alten, demenzkranken oder behinderten Menschen), Gesundheitsförderung und Prävention als durchgängiges Prinzip in verschiedenen Sektoren und Funktionen, Versorgungsmanagement, Koordination und Vernetzung, Qualitätsmanagement, elektronische Dokumentation und Evaluation sowie der Umgang mit Multimorbidität.

Die Untersuchung lässt keine völlig neuen Berufsbilder im deutschen Gesundheitssystem und seinen angrenzenden Bereichen erwarten. Zwar betonen die Experten, dass die veränderten Anforderungsprofile zusätzliche Qualifikationen erfordern. Sie gehen

aber davon aus, dass Qualifikationsanpassungen bei bestehenden Berufsbildern durch Fort- und Weiterbildungen der Beschäftigten der mittleren Qualifikationsebene ausgefüllt werden können.

**Szenarienübergreifende Qualifikationserfordernisse im Vergleich der sechs Szenarien**

Tätigkeitsbereiche und Anforderungen mit relativ hohem zusätzlichem Qualifizierungsbedarf	Szenario					
	1	2	3	4	5	6
1. Interdisziplinäre Kommunikation, Teamorientierung, Multiprofessionalität	●	●	●	●	●	●
2. Zielgruppengerechte Kommunikation und Interaktion (insbes. mit alten Menschen, über Settings definierten Zielgruppen, Demenzkranken, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderung)	●	●	●	●	●	●
3. Auf Adressatenbedürfnisse und Settingbezüge zugeschnittene Gesundheitsförderung und Prävention	●	●	●	●	●	●
4. Versorgungs- und Gesundheitsmanagement (gemeinde- bzw. quartierbezogen)	●	●	○	○	●	●
5. Koordination und Vernetzung verschiedener Leistungserbringer	●	●	○	○	●	●
6. Qualitätsmanagement	●	●	●	○	○	●
7. Umgang mit Multimorbidität	●	●	○	○	●	●
8. Elektronische Dokumentation und Evaluation	○	●	○	○	●	●
9. Patientenedukation und -beratung	●	●	●		○	●
10. Schnittstellenmanagement	●	●			●	●
11. Kenntnisse der medizinischen Behandlungskette und der sektorübergreifenden Ablauforganisation	●	●			○	●
12. Anleitung von pflegenden Angehörigen	●	●	○		○	
13. Fundierte Settingkenntnisse	●		●			●
14. Palliativbetreuung, Sterbebegleitung	●	○				●
15. Leitlinienorientiertes Handeln	○	●				●
16. Fachübergreifende Assessments	●	●				
17. Medikamentenmanagement	●	●				
18. Social Marketing			●	●		
19. Datensicherheit und Datenschutz					●	●

● = hoher bis sehr hoher Qualifikationsbedarf      ○ = mittlerer bis hoher Qualifikationsbedarf

## 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 und 17 Kassen der Knappschaft evaluiert. Bislang wurden DMP zu sechs Indikationen eingeführt: 2003 starteten zunächst die DMP Diabetes Mellitus Typ II (DM II) und Brustkrebs (BK). Im Jahr 2008 kamen das DMP koronare Herzkrankheit (KHK) und das DMP Diabetes Mellitus Typ I (DM I) hinzu. Im Jahr 2009 folgten schließlich die DMP Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD). Unter Berücksichtigung der in den zurückliegenden Jahren gesammelten Erfahrungen und Routinen innerhalb des Konsortiums wurde die Evaluation aller sechs DMP 2011 auf eine neue, einheitliche Vertragsbasis gestellt.

Die DMP 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 Ärztinnen und 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 ca. drei Millionen Versicherte eingeschrieben. Insgesamt nehmen in Deutschland ca. 6,5 Millionen gesetzlich Versicherte an den DMP teil.

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.

Im Jahr 2011 wurden zu den Indikationen KHK, DM I und DM II insgesamt 100 Zusammenfassungen der wichtigsten Ergebnisse der Abschlussberichte der DMP erstellt. Während in den Abschlussberichten die Daten sämtlicher in die Evaluation einzubezie-

hender Variablen tabellarisch dargestellt sind, fokussiert die Zusammenfassung der Ergebnisse in den sogenannten Executive Summaries auf Aspekte mit hoher Bedeutung. Im Februar 2011 wurden zunächst 34 Executive Summaries zum DMP KHK verfasst. Im Sommer folgten die DMP DM I und DM II mit je 32 bzw. 34 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 DMP sowie für die Abschlussberichte die Textpassagen für die medizinischen Variablen.

Im Frühjahr 2011 erschien im Versorgungsreport 2011 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), der chronische Erkrankungen als Schwerpunkt hatte, ein vom Konsortium gemeinsam verfasster Artikel über die Ergebnisse der Bundesauswertungen, die in den Jahren 2008 und 2009 jeweils für den AOK-Bundesverband vorgenommen worden waren. Diese Ergebnisse zeigen, dass die DMP einen positiven Beitrag zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten leisten.

Durch die Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung haben sich die Rahmenbedingungen der Evaluation der DMP 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 wurde schließlich ein erstes Konzept zur Neuausrichtung der gesetzlichen Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme nach §137f Abs. 4 SGBV erstellt. Um den Anforderungen gerecht zu werden, sollte die gesetzliche Evaluation der DMP in zwei Komponenten vorgenommen werden. Zum einen sollte ein deskriptiver Grundbericht pro Kasse, Antragsregion und DMP erstellt werden, welcher die bisherigen Evaluationsberichte ersetzt. Dieser sollte durch eine Konzentration auf das Wesentliche besser lesbar werden und für einzelne medizinische Parameter differenzierte Analysen vornehmen. Die Grundberichte sollten sowohl Strukturdaten in Kohortendarstellung als auch Verlaufsanalysen für die Gesamtheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie für bestimmte Risikogruppen enthalten. Zum anderen sollten in Zusatzberichten multivariate Analysen erfolgen, um die Qualität der Auswertungsergebnisse zu erhöhen und eine sinnhafte Interpretation zu ermöglichen. In der ersten Jahreshälfte 2011 wurde das Konzept in intensiven Diskussionen mit den Auftraggebern zunächst weiter verfeinert. Mit Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes ist die Zuständigkeit für die DMP jedoch an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übergegangen, sodass

die Überlegungen zur Neuausrichtung der Evaluation zunächst ruhen, bis der G-BA neue Vorgaben bekannt gibt.

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt zum Jahresende 2011 betraf Auffälligkeiten in den Evaluationsergebnissen, die zeitgleich mit der Einführung der elektronischen Dokumentation ab dem zweiten Halbjahr 2008 aufgetreten waren. Das Evaluationskonsortium ist in ersten empirischen Untersuchungen mehreren möglichen Ursachen sowie der Frage, wie mit den Auffälligkeiten am besten zu verfahren sei, nachgegangen. Für das Jahr 2012 ist eine eingehendere Untersuchung vorgesehen.

### **Kinder- und Jugendpsychiatrie Nordrhein-Westfalen**

Die 19. Landesgesundheitskonferenz in Nordrhein-Westfalen vom 9.12.2010 hat sich dafür ausgesprochen, Prävalenzen und Inzidenzen psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sowie die vorhandenen Versorgungs- und Präventionsstrukturen bzw. Versorgungskapazitäten systematisch in einem Versorgungsforschungsgutachten zu erfassen. Die Ergebnisse des Gutachtens sollen als Grundlage für die Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen mit einem besonderen Fokus auf den Hilfestrukturen dienen. Neben den gesundheitlichen sollen auch die sozialen Hilfebereiche in die Analyse einbezogen werden. Leitthemen des beschriebenen Gutachtens werden sein:

- Identifikation und Beschreibung des Ist-Zustandes im Umfeld von kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen sowie des kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsgeschehens einschließlich des Zusammenwirkens der Akteure in gesundheitlichen und sozialen Hilfebereichen
- Zusammenfassende Bewertung von Erklärungsansätzen der beschriebenen Zunahme kinder- und jugendpsychiatrischer Problemstellungen anhand systematischer Auswertungen der Studienlage sowie Auswertung in Bezug auf Handlungsmöglichkeiten und Präventionsansätze
- Erstellung einer Prognose zur Entwicklung der zukünftigen Versorgungsbedarfe und daraus abzuleitender Veränderungsbedarfe der Versorgungsstrukturen mit dem Zielhorizont 2025

Aus diesen Ergebnissen werden Handlungsempfehlungen für die Landesgesundheitspolitik mit dem Ziel einer Optimierung der Versorgungs- und Hilfestrukturen abgeleitet werden. Die Analyse dieser Themenfelder setzt eine systematische Bestandsaufnahme

des kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsgeschehens sowie der Angebote der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen und der das medizinische Hilfesystem ergänzenden psychosozialen und pädagogischen Angebote voraus. Da der Wert solcher Aussagen maßgeblich von der Qualität der für die Analysen verfügbaren Daten abhängt, werden Fragen der Datenqualität ausführlich thematisiert werden. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Fragestellung wird auch danach gefragt werden, ob in Bezug auf die Leistungsfähigkeit und Qualität der Versorgung sowie den Schutz personenbezogener Daten rechtlicher Änderungsbedarf besteht.

Das WIAD und die Prognos AG führen die Untersuchung gemeinsam mit der Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie (KBAP) und dem Medizinisches Versorgungszentrum für Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrie (MVZ Psyche), die die kinder- und jugendpsychiatrische Expertise vertreten, sowie der für medizinrechtliche Fragen zuständigen Anwaltssozietät Busse & Miesen, Bonn, durch. Auftraggeber ist das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA). Das Ergebnis des im Dezember 2011 erteilten Auftrags wird im Juni 2013 vorliegen.

### 1.3 Internationale Gesundheitsforschung

#### **Mobility of Health Professionals (MoHProf)**

Seit November 2008 leitet das WIAD ein weltweites Forschungsprojekt zur Mobilität von Gesundheitspersonal, insbesondere ärztlichem und Pflegepersonal, das durch das 7. Forschungsrahmenprogramm der Europäischen Kommission gefördert wird. Weltweite Mobilität von ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitswesens ist ein wachsendes Phänomen, das erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme der Herkunfts-, Aufnahme- und Transitländer im Sinne von Verlusten bzw. Gewinnen an „human resources“ hat. Die Mitgliedsländer der Europäischen Union sind zunehmend durch die Auswirkungen von Wanderungsbewegungen sowohl innerhalb der EU – insbesondere aus den neuen, östlichen Mitgliedsländern in die alten, westlichen – als auch zwischen der EU und Drittstaaten betroffen – sowohl osteuropäische als auch weitere weltweite Sende- aber auch Zielländer.

Angesichts steigender 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, da insbesondere ein „Monitoring“ internationaler Mobilität weitgehend fehlt. Das Projekt MoHProf trägt dazu bei, diese Informationsbasis zu verbessern, und somit eine wesentliche Grundlage für europaweite Richtlinien zur Ressourcenplanung im Gesundheitswesen zu 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. In einer bewusst ausgewählten Gruppe unterschiedlicher Länder wurden Studien auf Makro- wie Mikroebene durchgeführt, um quantitative wie qualitative Auswirkungen verschiedener Arten von Mobilität auf die jeweiligen Gesundheitssysteme zu erforschen.

WIAD ist Koordinator und Hauptverantwortlicher für das Projekt sowie regionaler Forschungspartner. Folgende weitere Forschungsinstitute sind als regionale Partner jeweils für Studien in mehreren Ländern verantwortlich:

- Centre of Migration Research of the Warsaw University (CMR), Polen
- Medical University of Varna (MUV), Bulgarien
- Institute of Health Policy and Development Studies of the University of the Philippines, Philippinen
- Public Health Institute (PHI), USA
- International Organization for Migration (IOM), Mission with Regional Functions South Africa, Südafrika

Die Forschungsinstitute arbeiten eng mit internationalen und weltweit aktiven professionellen Organisationen zusammen, die global vernetzt sind und über Hintergrunddaten und -informationen verfügen:

- 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

Zentrales methodisches Merkmal von MoHProf ist eine schwerpunktmäßig qualitative Vorgehensweise, welche über die Auswertung vorhandener quantitativer Statistiken hinaus die Erhebung und Analyse vergleichbarer, spezifizierter und qualifizierter Daten und Informationen anstrebt, um sowohl generelle qualitative Merkmale weltweiter Mobilität von Gesundheitspersonal als auch charakteristische Besonderheiten genauer zu bestimmen. Insbesondere mittels qualitativer Interviews zielt diese Analyse auf die Differenzierung spezifischer Subgruppen und befasst sich ebenfalls mit Wanderungsmotiven, den sozialen Kontexten sowie Push- und Pull- bzw. Stick- und Stay-Faktoren.

Empirischer Schwerpunkt von MoHProf sind zwei Phasen zur Durchführung von Feldstudien durch nationale Forscherinnen und Forscher in 25 Ländern (Bulgarien, Deutschland, Frankreich, Irland, Litauen, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden und Vereinigtes Königreich sowie Russland und Ukraine; Ägypten, Angola, Ghana, Kenia, Marokko und Südafrika; Indien und die Philippinen; Kanada und USA sowie Australien).

Nach einer methodisch-theoretische Pilotphase, in der die Projektpartner einen „Analytical Framework“ konzipierten, stellten die nationalen Forscherinnen und Forscher im Jahr 2009 zunächst Informationen und Daten auf der Makro-Ebene einschließlich qualitativer Interviews mit Interessenvertretern auf nationaler Ebene zusammen. Ende April 2010 fand in Brüssel eine Sitzung des Steuerungs-Komitees statt. Hier wurden erste Ergebnisse präsentiert, diskutiert und das weitere Vorgehen für die anschließenden Feldforschungen der nationalen Forscher auf der Mikro-Ebene abgestimmt.

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 Prioritäten für die zweite Forschungsphase auf der Mikro-Ebene zu ermitteln. Die Ergebnisse dieser Diskussion sind auf der MoHProf-Website [www.mohprof.eu](http://www.mohprof.eu) veröffentlicht.

Entsprechend der methodischen Ausrichtung von MoHProf sollten die Feldforschungen der zweiten Phase Ergebnisse der nationalen Makro-Ebene aufgreifen und ausgewählte Aspekte vertiefen. Insofern waren inhaltlich wie methodisch je spezifische Schwerpunkte und Ansätze ausdrücklich erwünscht. Gleichzeitig sollten mehr oder weniger ver-

gleichbare Datenerhebungen auf der Mikro-Ebene von Personalverantwortlichen sowie Migranten und Migrantinnen aus dem Gesundheitssektor vorzugsweise mittels qualitativer Interviews einbezogen werden.

In der zweiten Jahreshälfte 2010 wurde in den Partnerländern die Datenerhebung auf der Mikro-Ebene durch die nationalen Forscher durchgeführt. Parallel zur Fertigstellung integrierter, Makro- und Mikro-Daten umfassender „national reports“ sind zwischenzeitlich Kurzfassungen, sogenannte „national profiles“, vorgelegt worden, welche in weitgehend vergleichbarer Form die wichtigsten Ergebnisse auf Makro- wie Mikroebene sowie daraus abgeleitete Schlussfolgerungen und Empfehlungen für Entscheidungsträger auf nationaler und europäischer Ebene enthalten. Diese bildeten die Grundlage sowohl für den Entwurf eines umfassenden, vergleichenden Abschlussberichts als auch Schlussfolgerungen und Politikempfehlungen, die bis Ende 2011 formuliert und auf einer internationalen Konferenz in Brüssel im Dezember 2011 präsentiert und diskutiert wurden.

Diese Konferenz bildete den gemeinsamen Abschluss von MoHProf sowie zwei weiteren, thematisch verwandten und von der EU geförderten Projekten – Prometheus und RN4CAST – zur internationalen Mobilität von Gesundheitspersonal. Ergebnisse dieser Diskussion sind ebenfalls auf der MoHProf-Website [www.mohprof.eu](http://www.mohprof.eu) veröffentlicht worden und fließen in die Endfassungen des Abschlussberichts wie der Empfehlungen ein. Diese Endfassungen der 25 nationalen Forschungsberichte, die standardisierten Kurzfassungen dieser Berichte (national profiles) sowie der zusammenfassende Endbericht inklusive der Empfehlungen werden ebenfalls in Kürze auf der MoHProf-Website verfügbar sein.

### **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 Drogengebern. Neben Deutschland und Großbritannien sind Organisationen aus Bulgarien, Rumänien, Italien und Estland an dem Projekt beteiligt. Dieses Projekt wurde Ende 2011 erfolgreich abgeschlossen.

Das Projekt befasste 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 solches 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 wurden im Laufe der Projektimplementierung erreicht:

- 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.;
- Austausch von Informationen und Beispielen guter Praxis im multidisziplinären Netzwerk durch Konferenzen und Seminare;
- Erstellung eines Praxishandbuchs zum effektiven Übergangsmanagements mit Beispielen guter Praxis für Gefängnisse und NGOs in Europa

Im Oktober 2011 fand in Abano Terme, Italien, die Abschlusskonferenz dieses Projekts statt, die gemeinsam mit dem Netzwerk der Weltgesundheitsorganisation „Gesundheit im Gefängnis“ durchgeführt wurde und somit ein breites Fachpublikum erreichte. Das Handbuch ist in alle Sprachen des beteiligten Länder übersetzt worden und wird in Kürze auf der Projektwebpage [www.throughcare.eu](http://www.throughcare.eu) veröffentlicht.

### Health Promotion for Young Prisoners

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 Leitli-

nien 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, Ernährung und Bewegung 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 Mädchen und junge Frauen, Migranten und Migrantinnen und ethnische Minderheiten ein besonderes Augenmerk gelegt wird.

Aufbauend auf der ersten Forschungsphase (Analyse von Richtlinien, Strategien, Programmen und Leitfäden und Bestandsaufnahme existierender Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für junge Gefangene in den beteiligten Ländern) wurden die Methoden und Instrumente für die nächste Forschungsphase, die in der ersten Jahreshälfte 2011 stattfand, festgelegt. Dabei wurde eine Bedarfsanalyse jüngerer Gefangener im Hinblick auf Gesundheitsförderung durchgeführt werden, um eine angemessene Bereitstellung von Gesundheitspräventionsansätzen sicherzustellen. Die methodische Umsetzung erfolgte durch qualitative Interviews mit Vollzugsbediensteten und externen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Fokusgruppen mit jungen Gefangenen. Die Ergebnisse führten zu einer Festlegung der inhaltlichen Schwerpunkte des Gesundheitsförderungsleitfadens für junge Gefangene, der momentan zusammengestellt wird und im Laufe des Jahres 2012 pregetestet werden soll.

### **STRONG: Capacity Building on Female Prisoners**

Im März 2011 haben die Arbeiten an dem Projekt STRONG begonnen, das im Rahmen des DAPHNE III-Programms (Prävention und Bekämpfung von Gewalt gegen Kinder, junge Menschen und Frauen, Schutz von Opfern und Risikogruppen) unter der EU Generaldirektion Justiz gefördert wird.

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. In einer ersten gemeinsamen Sitzung des Evaluationsteams im April 2011, an dem Vertreter aller Partner des Projekts teilgenommen haben, sind die Vorgehensweise und die Richtlinien für die sich über das erste Jahr der Projektlaufzeit erstreckende Forschungsphase festgelegt worden. Auf der Grundlage der bestehenden Konzeption sind die konkreten Forschungsfragen operationalisiert und zentrale Termini, wie „Gewalt“, „häusliche Gewalt“, „(sexueller) Missbrauch“ für die Untersuchung definiert worden. Außerdem wurde dezidiert das methodische Vorgehen gemeinsam verabschiedet, damit – trotz unterschiedlicher Ausprägung des Forschungsgegenstands in den beteiligten Ländern – die intersubjektive Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleistet ist.

Der regelmäßige Austausch von Ergebnissen der einzelnen Arbeitsschritte im Verlauf der Forschungsphase diente einerseits der immerwährenden Erhaltung der europäischen Vergleichsperspektive bei der Erarbeitung der Inhalte, und andererseits bildeten die Ergebnisse jeweils die Grundlage für die Entwicklung der Instrumente für eine Befragung von Justizvollzugsanstalten und Nichtregierungsorganisation und für die leitfadengestützten Interviews mit Expertinnen und Experten und Akteuren, die mit straffälligen Frauen arbeiten.

Während der zweiten Sitzung der beteiligten Partner im Januar 2012 werden zum einen die Ergebnisse ausgetauscht und zum anderen das weitere Vorgehen zur Erstellung eines Praxisleitfadens und eines Trainingsprogramms für Justizvollzugsbedienstete und Personal in kooperierenden Organisationen diskutiert. Aufgrund der von allen an der Forschungsphase beteiligten Partnern eingereichten Ergebnisberichte bestätigt sich in den beteiligten Ländern die Vermutung, dass straffällige Frauen in Haft überdurchschnittlich häufig Gewalt- und Missbrauch erfahren haben (50%-91%). Außerdem wird nicht nur zwischen den Gewalt- und Missbrauchserfahrungen und der Straffälligkeit eine hohe wenn nicht sogar signifikante Korrelation gesehen, sondern darüber hinaus weisen die betroffenen Frauen häufig einen sehr schlechten Gesundheitszustand sowohl hinsichtlich physischer als auch psychischer Krankheiten, inklusive einer überproportional hohen Zahl von Suchterkrankungen, auf. Den Betroffenen werden, wenn überhaupt, dann nur unsystematisch, Angebote zur Bewältigung von Traumatisierungen gemacht, und das Wissen über die Konsequenzen von aus Gewalt resultierenden Traumatisierungen sowie Handlungskompetenzen hinsichtlich der spezifischen Bedarfe der Frauen scheinen in allen Ländern nur wenig ausreichend verbreitet.

Der nächste Schritt wird die gemeinsame Entwicklung eines Fortbildungskonzepts zu dem Thema für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Justizvollzugs sein, das im Laufe des Jahres 2012 dann pregetestet und entsprechend modifiziert wird.

## 2. WIAD-Projekte 2011 und Folgejahre

<i>Forschungsfeld/Projekt</i>	<i>Auftraggeber</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
<p><b>(1) Bewegungs- und Gesundheitsförderung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulen in Bewegung</li> <li>• Schulen in Bewegung/Homepage</li> <li>• Fit durch die Schule</li> <li>• Fit sein macht Schule / Check Up in Bayern</li> </ul>	<p>AOK Rheinland/Hamburg</p> <p>AOK Rheinland/Hamburg</p> <p>AOK Rheinland/Hamburg</p> <p>AOK</p>	<p>•</p> <p>•</p> <p>•</p> <p>•</p>	<p>•</p> <p>•</p> <p></p> <p>•</p>	<p>•</p> <p>•</p> <p></p> <p></p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p></p>
<p><b>(2) Versorgungsforschung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <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>• Zukünftige Qualifikationserfordernisse bei Gesundheitsfachberufen</li> <li>• Priorisierung gesundheitlicher Themenfelder in NRW</li> <li>• Kinder- und Jugendpsychiatrie NRW</li> </ul>	<p>AOK BV/Knappschaft</p> <p>AOK BV/Knappschaft</p> <p>AOK BV/Knappschaft</p> <p>BMBF</p> <p>MGEPA/ Strategiezentrum NRW</p> <p>MGEPA/LZG.NRW</p>	<p>•</p> <p>•</p> <p>•</p> <p>•</p> <p>•</p> <p>•</p>	<p>•</p> <p>•</p> <p>•</p> <p></p> <p></p> <p>•</p>	<p>•</p> <p>•</p> <p>•</p> <p></p> <p></p> <p>•</p>	<p>•</p> <p>•</p> <p>•</p> <p></p> <p></p> <p></p>
<p><b>(3) Internationale Gesundheitsforschung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobility of Health Professionals</li> <li>• Throughcare Services for Prisoners</li> <li>• Health Promotion for Young Prisoners</li> <li>• Capacity Building on Female Prisoners</li> </ul>	<p>EU</p> <p>EU</p> <p>EU</p> <p>EU</p>	<p>•</p> <p>•</p> <p>•</p> <p>•</p>	<p></p> <p></p> <p>•</p> <p>•</p>	<p></p> <p></p> <p>•</p> <p>•</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p></p>