



MiMi

Endbericht

**zum MiMi-Projekt für die
Projektlaufzeit von August
2003 bis Oktober 2004**

Verfasst von

Björn Menkhaus, Ramazan Salman

und Tanja Hohmann



Ein Kurs im Auftrag des
BKK Bundesverbandes

Inhalt

1. Einleitung	5
1.1 Hintergrund.....	6
1.2 Ursachen der Barrieren zwischen den Akteuren, den Einrichtungen des Gesundheitswesens und den Migranten	6
1.3 Argumente für migrantenorientierte Prävention.....	7
1.4 Erreichbarkeit der sozial benachteiligten Migranten durch Mediatoren	8
1.5 Projektziele	9
1.6 Das Projektkonzept.....	10
Die vier Bausteine des MiMi-Projektes	11
2. Rahmenbedingungen des MiMi-Gesundheitsprojektes	11
2.1 Zeitlicher Ablauf des Projektes	11
2.2 Die Projektpartner	13
2.2.1 Fachdienst Gesundheitsförderung des Landkreises Hildesheim	13
2.2.2 Interkulturelles Büro der Stadt Bielefeld	13
2.2.3 Kommunale Gesundheitskonferenz der Stadt Bielefeld.....	14
2.2.4 Gesundheitsamt der Stadt Münster	14
2.2.5 Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. in Hannover	15
2.3 Die Projektregionen Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen	15
2.3.1 Nordrhein-Westfalen	15
Bevölkerung	15
2.3.2 Niedersachsen	17
2.4 Projektstandorte.....	17
2.4.1 Hannover	17
2.4.2 Hildesheim	18
2.4.3 Bielefeld	18
2.4.4 Münster	18
3. Projektevaluation	19
3.1 Evaluation der Mediatorenschulung	19
3.2 Evaluation der Kampagnenphase	21
3.3 Evaluation des Gesundheitswegweisers.....	22
4. Vorstellung der drei Projektbausteine	23
4.1 Baustein 1:Schulung der interkulturellen Gesundheitsmediatoren	23
4.1.1 Gewinnung der Mediatoren	23
4.1.2 Erfahrungen der Kooperationspartner zur Gewinnung der Mediatoren	24
4.1.3 Kriterien für Auswahl und Gewinnung der Referenten	28
4.1.4 Das Curriculum der Schulung zum interkulturellen Gesundheitsmediator	29
4.1.5 Evaluationsergebnisse der Mediatorenschulung.....	31
4.2 Baustein 2: Kampagnenphase: Veranstaltungsdurchführung durch die Mediatoren	43

4.2.1 Vorbereitung der Gesundheitskampagnen.....	43
4.2.2 Durchführung der Gesundheitskampagnen.....	43
Idealtypischer Ablauf einer Kampagnenveranstaltung	44
4.2.3 Begleitung der Mediatoren während der Kampagnenphase/ Hilfestellung/ Ansprechpartner	45
4.3.4 Ergebnisse der Kampagnenphase	46
4.3.5 Erfahrungen der Kooperationspartner zur Kampagnenphase.....	60
4.3 Baustein 3: Gesundheitswegweiser.....	62
4.3.1 Gesundheitswegweiser (mehrsprachige Informationen)	62
4.3.2 Ergebnisse Wegweiser	62
5. Zusammenfassung der Ergebnisse	64
5.1 Ergebnisse der Schulungsphase	64
5.2 Ergebnisse der Kampagnenphase (evtl. an den Anfang)	65
5.3 Ergebnisse zur Erstellung des Wegweisers.....	66
5.4 Ergebnisse zur Evaluation	66
6. Kritischer Rückblick/Fazit	67
6.1 Optimierungspotential Schulungsphase.....	67
6.2 Optimierungspotenzial Kampagnenphase.....	67
6.3 Optimierungspotenziale Wegweiser	68
6.4 Optimierungspotenzial der Evaluationsinstrumente	68
7. Ausblick: Fortführung des Projektes	69
7.1 Die Finanzierung	69
7.2 Zielgruppen des Projektes	69
7.3 Ziele des Projekts sind	69
7.4 Neue zusätzliche Projektthemen	70
7.5. Neue Projektstandorte und Bundesländer sollen hinzukommen:.....	70
7.6 Steuerung und Evaluation des Projekts	70
7.7 Die fünf Bausteine.....	70
7.7.1 Baustein 1: Schulung für Mediatoren	70
7.7.2 Baustein 2: Mehrsprachige Gesundheitskampagne.....	70
7.7.3 Baustein 3: Gesundheitswegweiser (mehrsprachige Informationen).....	71
7.7.4 Baustein 4: Projektevaluation	71
7.7.5 Baustein 5: Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung und Service	71

1. Einleitung

Für Menschen, die erst seit kurzem in Deutschland leben, ist es oftmals schwer nachzuvollziehen, wie das deutsche Gesundheitssystem funktioniert. Man weiß oft nicht, ob und wie man sich kranken versichern kann und wer im Falle von drohender oder vorhandener Krankheit die Behandlungen durchführen kann. Unklar ist häufig auch, wer für die Behandlungsleistungen aufkommt, wann der Patient Anspruch auf Versorgungsleistungen hat und wann nicht.

Es ist aber erforderlich, dass Migranten¹ möglichst frühzeitig, d.h. gleich zu Beginn ihres Aufenthalts in Deutschland zu präventiven Angeboten und gesundheitsfördernden Lebensweisen informiert werden. Am Anfang des Aufenthalts in einem neuen Land durchlaufen die Zuwanderer eine Orientierungsphase (Sluzki 2001), die für die späteren persönlichen Entwicklungen von entscheidender Bedeutung ist. Migranten sind in dieser Phase sehr aufnahmefähig, motiviert und neugierig.

Um Migranten mit Präventionskonzepten und -strategien zu erreichen und erfolgreich Krankheiten zu vermeiden oder deren Fortschreiten zu verhindern, müssen darüber hinaus die Besonderheiten dieser Zielgruppe beachtet und hinterfragt werden. Die Heterogenität der Zielgruppe sowie ihre kulturell bedingten unterschiedlichen Vorstellungen zu Prävention erschweren den Zugang. Zudem bestehen besondere Zugangsbarrieren für Migranten zum deutschen Gesundheitssystem und seinen Präventionsangeboten. Dazu gehören die Lebenslage – geprägt z.B. durch Bildungs- und Aufenthaltsstatus, Sprachkompetenz, kulturelle Hintergründe, Integrationsgrad und psychologische Migrationsphasen – und die teilweise eingeschränkten Rechtsansprüche auf gesundheitliche Versorgung. Bei Asylbewerbern kommen die zuständigen Kostenträger zwar für Leistungen (z. B. Zahnarztkosten) auf, die akuten Behandlungsbedarf erfordern, nicht jedoch für präventive Maßnahmen.

Migranten haben dementsprechend Schwierigkeiten, ihre Gesundheit und die vorhandenen Angebotsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens angemessen für Behandlung und insbesondere für Prävention zu nutzen.

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des MiMi-Projektes der Mediatorenansatz entwickelt und in den Projektregionen umgesetzt. Die Ergebnisse der Pilotphase in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen werden in diesem Bericht vorgestellt. Im ersten Kapitel werden Hintergründe, Ursachen für Zugangsbarrieren, Argumente für eine migrantensensible Versorgung, die Projektziele und das Projektkonzept vorgestellt. Daran schließt sich das Kapitel zwei an, in dem der Projektrahmen dargestellt wird. Im dritten Kapitel sind die Evaluations-

¹ Bei der Nennung von Personengruppen wird aus Platz- und Gründen des Leseflusses die einfache Schreibweise (Migranten, Gesundheitsmediatoren, Teilnehmer, Referenten) gewählt. Diese Schreibweise ist nicht diskriminierend zu verstehen, sondern bezieht regelmäßig die weiblichen und männlichen Personen mit ein.

instrumente, in Kapitel 4 die einzelnen Projektbausteine und die ersten Ergebnisse dargestellt. In den Kapiteln 5 bis 7 werden die Ergebnisse zusammengefasst, Rückschlüsse gezogen und ein Ausblick zur Fortführung des MiMi-Projektes gegeben.

1.1 Hintergrund

Migration und Gesundheit ist in vielen Ländern Europas, also auch in Deutschland, ein wichtiges Thema. Je nach Definition des Begriffs „Migrant“ gehören ca. 8 - 15 % der Bevölkerung Westeuropas Gruppen an, die innerhalb einer oder mehrerer Generation/-en in die Gastländer übersiedelt sind.

Die Migrantenzahl in der Bundesrepublik Deutschland beträgt 10,5 Mio. Bürger. Bei einem Bevölkerungsanteil von 12,9 % hat also jeder achte Bürger einen Migrationshintergrund.

Natürlich stellen die Migranten eine heterogene Gruppe dar, es handelt sich sowohl um Menschen mit hohem als auch niedrigem Sozialstatus, manche sind politisch verfolgt, andere verlassen ihre Heimat auf Grund der für sie existenzbedrohenden wirtschaftlichen Situation.

Meist jedoch befinden sich die Migranten nicht in der gleichen Ausgangslage wie die Mitbürger des Aufnahmelandes. Oft kommen sie aus ärmeren Regionen der Welt, hatten weniger Zugang zu Bildung oder ihre Abschlüsse werden im Einreiseland nicht anerkannt. Darüber hinaus verfügen sie in der Regel nicht über vergleichbare finanzielle Ressourcen. Sie sind größtenteils nicht in der Lage, die Majoritätssprache zu verstehen und auch die Kultur des Gastlandes ist ihnen fremd.

1.2 Ursachen der Barrieren zwischen den Akteuren, den Einrichtungen des Gesundheitswesens und den Migranten

Bei den in Deutschland lebenden Migranten lassen sich neben der Sprache und den kulturellen Hintergründen als Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen oft weitere erkennen. Zum Beispiel ist das Gesundheitssystem im Herkunftsland oftmals anders organisiert und aufgebaut. Prävention spielt in vielen Regionen eine untergeordnete Rolle. Deshalb ist dieses Thema für Migranten in vielen Fällen nicht von herausragender Bedeutung und kulturell nicht immer nachvollziehbar.

Darüber hinaus bringt das Leben in einer fremden Kultur viele psychische und soziale Veränderungen mit sich. Die Migranten sind erheblichen gesundheitlichen Dauerbelastungen ausgesetzt, die weitestgehend durch ihren sozialen Status bedingt sind. Erscheinungen wie eine hohe Betroffenheit von Arbeitslosigkeit, mangelnde soziale Integration und geringe Bildungschancen wirken sich negativ auf den Gesundheitszustand aus.

Zahlreiche Studien belegen Fehlernährung und eine geringere Durchimpfungsrate bei ausländischen Kindern.² Darüber hinaus gibt es einen hohen Anteil an Rauchern bei männlichen ausländischen Jugendlichen und Erwachsenen.

Diese gesundheitsschädigenden Faktoren könnten reduziert werden, wenn Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention die Zielgruppe der Migranten erreichen würden. Entsprechende Programme müssten inhaltlich wie organisatorisch bedarfsorientiert an den Lebenswelten dieser Zielgruppen ansetzen.

Obwohl für die Mehrzahl der Bürger Deutschlands formal gleiche Rechte bezüglich der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens bestehen, garantiert dies eben doch nicht das gleiche Nutzungsverhalten bei allen Bevölkerungsgruppen.

1.3 Argumente für migrantenorientierte Prävention

Die Tatsache, dass Deutschland seit vielen Jahren ein Zuwanderungsland ist, wurde in der Vergangenheit nicht genügend beachtet. Die Zielgruppe der zugewanderten Bevölkerung mit ihren Besonderheiten wurde von den Institutionen des Gesundheitswesens nicht hinreichend wahrgenommen³.

Spezielle Versorgungsbedarfe der Migranten und bestehende Versorgungslücken werden kaum thematisiert und berücksichtigt

Zusätzlich fehlen den meisten Fachkräften im Gesundheitswesen migrationsspezifisches Wissen und diesbezüglich auch Angebote in Aus-, Fort- und Weiterbildung, was die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens wiederum nachhaltig erschwert⁴.

Die mangelnde interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen könnte sich in Zukunft auch als Standortnachteil für Deutschland entwickeln, da Migration sich nachweislich vorteilhaft auf die Wirtschaft und soziale Sicherungssysteme ausgewirkt hat. Die Ursachen dafür liegen unter anderem darin, dass eine Mehrzahl der Migranten junge Leute sind, die so schnell wie möglich Arbeit suchen und dabei auch ungünstige Arbeitsbedingungen in Kauf nehmen. Durch die damit verbundene Möglichkeit, sich Konsumwünsche zu erfüllen, beleben sie die Nachfrage auf dem Markt und damit die Wirtschaft des Einreiselandes.⁵

² Vgl.: Mashkooi K, Weth C, Gardemann J: Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskinder in Münster. Gesundheitsberichte der Stadt Münster 7, 1998.

³ Vgl.: Marieluise Beck: Statement. In: (Hrsg.): J. Gardemann, W. Müller, A. Remmers: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Düsseldorf, 2000, S. 17-19.

⁴ Collatz, J.: Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Hegemann, T., Salman, R.: Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn 2001, S. 52-63.

⁵ Brucks, U: Migration in die Bundesrepublik Deutschland. In: Hegemann, T., Salman, R.: Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn 2001, S. 41-51.

Gesetzlich verankert ist die Gesundheitsförderung und Prävention für Migranten unter anderem im § 20 des SGB V. Demnach sollen die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen im Rahmen der Primärprävention den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen verringern.

Die gesellschaftliche Ausgrenzung von Personen mit besonderen Bedürfnissen auf Grund ihrer sozialen oder wirtschaftlichen Situation - und zu diesem Personenkreis gehören Migranten überwiegend - soll durch diese Maßnahme vermindert werden und ein ungehinderter Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung ermöglicht sein.

Spezielle Präventionsangebote für Migranten wären eine Möglichkeit, dieser Aufgabe nachzukommen.⁶

1.4 Erreichbarkeit der sozial benachteiligten Migranten durch Mediatoren

Eine Vielzahl der bisher initiierten Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention hat die Gruppe der Migranten, und im Besonderen die Gruppe der sozial benachteiligten Migranten, nicht ausreichend erreicht. Dies liegt zum Teil daran, dass die Mehrheit dieser Versichertengruppe speziell dem Thema Gesundheit keine Beachtung geschenkt hat.

Um die Erreichbarkeit der sozial benachteiligten Migranten zu erhöhen, wurde im Ethnomedizinischen Zentrum Hannover das Konzept der Gesundheitsmediatoren entwickelt. Es handelt sich hierbei um eine primärpräventive Strategie, die Migranten den Zugang zu Hilfesystemen und gesundheitsrelevanten Themen ermöglichen soll.

In einem ersten Schritt werden in der deutschen Gesellschaft gut integrierte Migranten zu sogenannten Gesundheitsmediatoren ausgebildet. Dies bedeutet, dass ihnen von Experten Gesundheitswissen vermittelt wird. Dieses Wissen geben sie in migrantenspezifischen Präventionsveranstaltungen muttersprachlich und kultursensibel weiter. Auch diejenigen Migranten, welche durch kulturelle oder sprachliche Barrieren bisher über Präventionsmöglichkeiten und gesundheitliche Versorgung in Deutschland wenig wissen, können so informiert werden.

Mit den Gesundheitsmediatoren als „Keypersons“ und Kontaktpersonen zu den unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen der Migranten haben Krankenkassen die Möglichkeit, gezielt Maßnahmen für diese Bevölkerungsgruppen umzusetzen. Durch diese frühzeitige Aufklärung der Zielgruppe und durch geeignete Interventionen zur Vermeidung von gesundheitlichen Defiziten lassen sich so auch Folgekosten reduzieren.

⁶ vgl.: Jordan E.: Statement In: (Hrsg.): J. Gardemann, W. Müller, A. Remmers: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Düsseldorf, 2000, S. 20-27.

Bei der Umsetzung dieses Konzepts profitieren auch die Städte und Kommunen, da sie nun Migranten als Partner gewinnen und diese eine Brücke zwischen ihren Landsleuten und den Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens sein können.

Durch eine Projektevaluation sollen zudem Erkenntnisse über den Umgang mit Migranten und deren gesundheitliche Einstellungen zu Gesundheitsthemen erarbeitet werden. Dies ist notwendig, da es nach wie vor keine ausreichende Datengrundlage gibt, die den Gesundheitszustand und die Versorgungslage dieser Bevölkerungsgruppe dokumentiert.⁷ Auch wenn es viele Indikatoren dafür gibt, dass keine Chancengleichheit für Migranten beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung besteht, existieren diesbezüglich kaum gesicherte Daten. So gibt es Wissenslücken zwischen den Zusammenhängen von Migration und Gesundheit, sowie sozialer Schichtzugehörigkeit und Gesundheit.⁸ Deshalb sollten diese Wissenslücken auf Basis von Daten, die am besten während eines Projekts erhoben werden, minimiert werden.

Aufbauend auf den hier vorgestellten Überlegungen und dem vom EMZ entwickelten Mediatorenkonzept wurde vom BKK Bundesverband das MiMi-Gesundheitsprojekt (Mit Migranten Für Migranten) initiiert.

1.5 Projektziele

Das vom BKK Bundesverband geförderte MiMi-Gesundheitsprojekt ist von der Idee geleitet, mehrsprachige und kultursensible Gesundheitsförderung und Prävention mit Migranten für Migranten zu ermöglichen. Sie sollen dazu motiviert werden, Angebote der Gesundheitsförderung und der Prävention zu nutzen. Die vorhandene Chancenungleichheit von Zuwanderern im Vergleich zur deutschen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund soll damit reduziert werden. Übergeordnetes langfristiges Ziel des Gesundheitsprojekts MiMi ist, Integration von Migranten in das Gesundheitssystem zu fördern, d. h. Migranten die gleichberechtigte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und den Zugang zu Gesundheitsinformationen zu ermöglichen.

Dies kann nach unserer Erfahrung durch einen gezielten Einsatz von interkulturellen Gesundheitsmediatoren erreicht werden. Es handelt sich bei ihnen um in Deutschland gut integrierte Migranten, die zu Gesundheitsthemen geschult werden. Durch sie können wesentliche Aspekte einer Behandlung oder einer Früherkennungsmaßnahme in der Muttersprache ver-

⁷ Razum, O.: Gesundheitsberichterstattung für Migranten. Expertise im Auftrag des Robert-Koch-Institutes, Berlin 2000, S. 14 ff.

⁸ Vgl.: Jordan E.: Statement In: (Hrsg.): J. Gardemann, W. Müller, A. Remmers: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Düsseldorf, 2000, S. 20-27.

mittelt und eine Sensibilität für Gesundheit und gesundheitsförderndes Verhalten geweckt werden.

Der Ansatz beschreibt ein neues Modell der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Kommunikation zwischen den Krankenkassen, anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens und den Versicherten mit Migrationserfahrung. Ein weiteres Ziel des Projekts ist es, die Selbstverantwortung der Migranten zu stärken und sie zu einem bewussten und förderlichen Umgang mit Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention zu motivieren. Es sollte die gesundheitliche Kompetenz der Migranten gestärkt werden.

1.6 Das Projektkonzept

Das Projekt wurde unter Leitung des Ethno-Medizinischen Zentrums in Hannover als Kompetenzzentrum für interkulturelle Gesundheitsförderung in Kooperation mit dem Fachdienst Gesundheit des Landkreises Hildesheim, dem Gesundheitsamt der Stadt Münster und dem Interkulturellen Büro, dem DRK der psychologischen Frauenberatungsstelle e.V. und dem Gesundheitsamt der Stadt Bielefeld realisiert. Der BKK Bundesverband war Projektauftraggeber und begleitete das Projekt inhaltlich. Das Projekt wurde zunächst in zwei Bundesländern Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen durchgeführt.

In diesen Regionen leben ca. 1,4 Mio. Menschen, davon sind ungefähr 160.000 nichtdeutscher Staatsbürgerschaft. Der Anteil der eingebürgerten Personen und der Aussiedler kann nur aus den bundesweiten Zahlen unter Annahme der Gleichverteilung geschätzt werden. Diese dürften in den Projektregionen noch einmal ca. 170.000 betragen.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass in den Projektregionen ca. 330.000 Personen mit Migrationshintergrund leben, die die Zielgruppe des MiMi-Projektes darstellen.

Die vier Bausteine des MiMi-Projektes

Baustein 1: Schulung zum interkulturellen Gesundheitsmediator

Baustein 2: Gesundheitswegweiser (mehrsprachige Informationen)

Baustein 3: Gesundheitskampagne (mehrsprachige, kulturelle Gesundheitsförderung)

Baustein 4: Projektevaluation (Befragung, Erfolgskontrolle, Projektbericht)

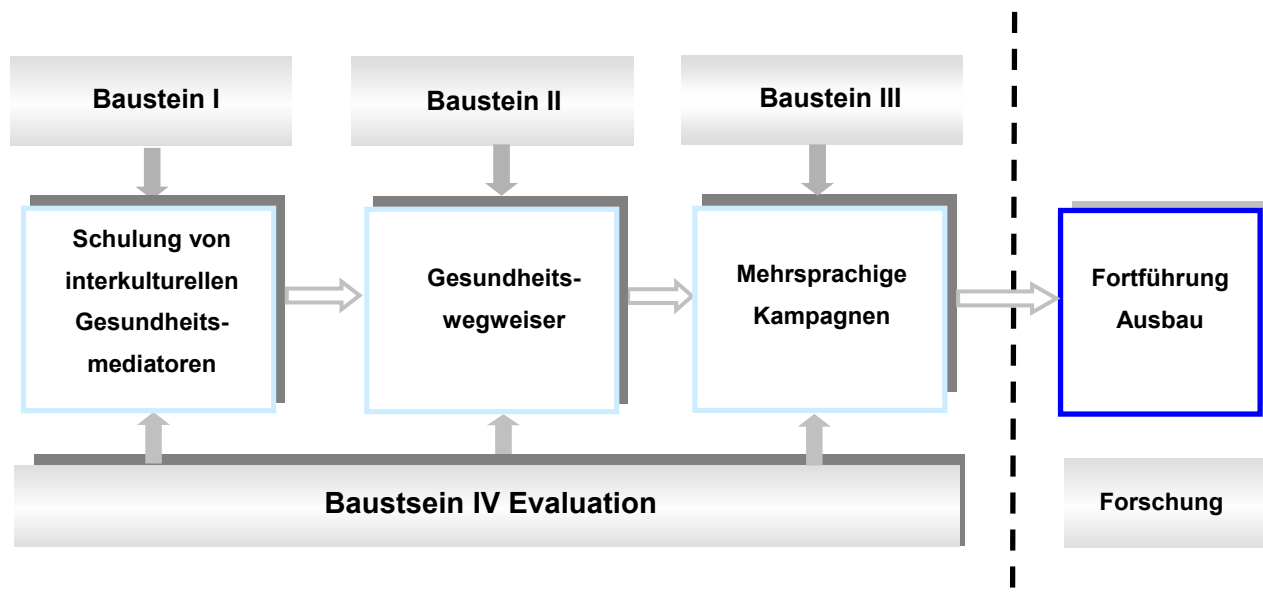


Abb. 1: Projektbausteine des MiMi-Projektes

2. Rahmenbedingungen des MiMi-Gesundheitsprojektes

2.1 Zeitlicher Ablauf des Projektes

Das Projekt lief über 12 Monate von August 2003 bis Juli 2004. Der Projektablauf war in insgesamt 4 Projektphasen eingeteilt. Die **Aufbauphase** diente zur Organisation des Projektverlaufs in den Projektregionen und zur Entwicklung der Evaluationsinstrumente.

In der **Schulungsphase** wurden die Schulungen für die Gesundheitsmediatoren an allen Projektstandorten entwickelt, durchgeführt und ein Gesundheitswegweiser (siehe Kapitel 2.5) erstellt.

In der **Kampagnenphase** führten die ausgebildeten Mediatoren Gesundheitsinformationsveranstaltungen für ihre Landsleute in der jeweiligen Muttersprache durch. Schließlich konnten während der **Auswertungsphase** die erhobenen Daten ausgewertet und für die Berichterstattung aufbereitet werden.

Tab. 1: Zeit und Phasenplan des MiMi-Projektes

Projektphasen	Zeitplan	Aktivitäten
1. Aufbauphase	01.08.03 – 30.11.03	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl der Mitarbeiter • Konzeption, Curriculum, Schulungsmodule • Entwicklung der Evaluationsmethoden/ Instrumente • Erstellen einer Projektbroschüre • Gespräche mit Kooperationspartnern in den zwei Auswahlregionen • Kick off Meeting • Auswahl der Referenten • Anwerbung auszubildender Interkultureller Mediatoren • Projektkonferenz • Vorbereitung der Schulungsmaßnahme
2. Schulungs- phase	15.12.03 – 15.03.04	<ul style="list-style-type: none"> • Schulungen für Gesundheitsmediatoren (parallel in den Projektregionen) • Durchführung von Abschlussprüfungen der Mediatoren • Erstellung des Gesundheitswegweisers • Projektkonferenz • Vorbereitung der Kampagnen
3. Kampagnen- phase	15.03.04 – 31.09.04	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung von mehrsprachigen kultursensiblen Gesundheitskampagnen • Begleitende und aufbauende Qualifizierungsmaß- nahmen • Projektkonferenz
4. Auswertungs- phase	01.06.05 – 30.09.04*	<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung und Abschlussbericht

* Der benötigte Projektzeitraum hat sich um 2 Monate verlängert.

2.2 Die Projektpartner

2.2.1 Fachdienst Gesundheitsförderung des Landkreises Hildesheim⁹¹⁰

Der Fachdienst Gesundheitsförderung wurde 1991/92 gegründet. In dieser Organisationseinheit wurden diejenigen Kräfte des früheren Gesundheitsamtes gebündelt, deren Aufgabenschwerpunkt in der Beratung und Prävention lag. Das Aufgabenspektrum der Mitarbeiter blieb gleich, wurde aber in Richtung bedarfsorientierte Dienstleistung neu strukturiert.

Auf Grundlage einer hausintern erstellten Konzeption hat der Fachdienst Gesundheitsförderung drei Arbeitsschwerpunkte migrantenspezifisch umgesetzt:

1. Gesundheitsberatung

- AIDS- und Sexualberatungsstelle. Für Migranten gibt es sprach- und kulturspezifische Informationsmaterialien, bei Bedarf Individualberatung, ein türkisches „AIDS-Telefon“, sprach- und kulturspezifische Veranstaltungen, Ausbildungen von Multiplikatoren und migrationssensible Präventionsprojekte für verschiedene Zielgruppen.

2. Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement

- Gesundheitsservicestelle mit Informationsmaterialien, Adressen, Referentenlisten etc. zu allen Themen von Gesundheit und Krankheit. Der Service steht allen Bürgern und lokalen Institutionen zur Verfügung. Hinzu kommt Projektberatung, Gesundheits- und Sozialberichterstattung, Organisationsberatung und Organisationsentwicklung.

3. Betreuungsstelle

- Seit 1992 werden die Aufgaben einer Betreuungsbehörde wahrgenommen. Im Landkreis Hildesheim werden aktuell 4500 Menschen rechtlich betreut, jährlich werden für mehr als 1000 Menschen Betreuer erstmalig bestellt. Hierbei achtet man auf eine „migrationssensible“ Gestaltung der Betreuungsverfahren und Betreuungsführungen von Migranten. Zusammen mit dem Ethno Medizinischen Zentrum Hannover e.V. konnte ein landesweiter Betreuungsverein gegründet werden, das Institut für transkulturelle Betreuung e.V.

2.2.2 Interkulturelles Büro der Stadt Bielefeld

Das interkulturelle Büro ist eine Dienststelle der Stadt Bielefeld. Es werden in 6 Sprachen Sozial- und Fachberatung angeboten. Als weiteren Schwerpunkt werden die Zusammenar-

⁹ vgl.: Salman, R. & Wöhler, U. (Hg.): Rechtliche Betreuung von Migranten. Institut für transkulturelle Betreuung e.V. 2001.

¹⁰ vgl.: Internetseite des Landkreises Hildesheim. Landkreis Hildesheim Online.

<http://www.landkreishildesheim.de/index.phtml?such=gesfoe4> Letzter Zugriff: 03.08.2004.

beit mit ethnischen Selbstorganisationen, Öffentlichkeitsarbeit und das Angebot von Fortbildungen gesehen. Als Zielgruppen für die Arbeit des Interkulturellen Büros werden Migranten, interessierte/betroffene Deutsche und mit Migrationsdiensten befasste Stellen, Behörden und Ministerien genannt.

Die Geschäftsstelle des Ausländerbeirats der Stadt Bielefeld ist ebenfalls in das Interkulturelle Büro eingegliedert.

2.2.3 Kommunale Gesundheitskonferenz der Stadt Bielefeld

Die Kommunale Gesundheitskonferenz gehört seit 1997 zu den Pflichtaufgaben der nordrhein-westfälischen Kommunen. In Bielefeld gab es bereits seit 1995 das Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“, das mit der Konstitution der Kommunalen Gesundheitskonferenz durch diese im Jahr 2000 abgelöst wurde.

In der Kommunalen Gesundheitskonferenz sind alle wichtigen Träger für gesundheitliche Belange vertreten, wie zum Beispiel der Gesundheitsförderung, der Gesundheitsversorgung, der Selbsthilfegruppen, des Patientenschutzes und des Sozial- und Gesundheitsausschusses.

Die Aufgabe der Kommunalen Gesundheitskonferenz besteht in der Beratung über Fragen der gesundheitlichen Versorgung. Ihr Ziel ist es, diese effizient aufeinander abzustimmen. Dies kann bei Bedarf durch die Bildung von Arbeitsgruppen zu spezifischen Gesundheitsbelangen geschehen.

Des Weiteren entwickelt die Kommunale Gesundheitskonferenz Handlungsempfehlungen, die dem Rat der Stadt Bielefeld zur Entscheidung vorgelegt werden. Sie wirkt außerdem an der Gesundheitsberichterstattung mit.

Die Koordination vor Ort wurden vom DRK, vom Gesundheitsamt von der Integrationsbeauftragten und von psychologischen Frauenberatungsstelle e.V. durchgeführt.

2.2.4 Gesundheitsamt der Stadt Münster

Das Gesundheitsamt Münster bietet umfangreiche Leistungen für Bürger der Stadt Münster zum Schutz und zur Wiederherstellung der Gesundheit an:

- Beratung und Information über Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge und Hilfe bei körperlichen, seelischen und sozialen Problemen.
- Darüber hinaus sorgt das Gesundheitsamt für die Gesundheit der Bevölkerung Münsters allgemein. Es beobachtet und analysiert deshalb regelmäßig, wie es um die Gesundheit der Bevölkerung steht und ob aktuelle gesundheitliche Gefahren bestehen.

- Mit der Einleitung gesundheitsfördernder Maßnahmen versucht das Gesundheitsamt Fehlentwicklungen schnell zu korrigieren und drohende Gesundheitsgefahren abzuwenden.
- Es koordiniert das Gesundheitshaus, in dem neben Einrichtungen der Stadt Münster freie Träger, Selbsthilfegruppen und Vereine aus dem Bereich Gesundheit und Soziales unter einem Dach arbeiten.

2.2.5 Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. in Hannover

Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. in Hannover trägt seit 1989 dazu bei, Migranten den Zugang zum deutschen Gesundheitssystem zu erleichtern. Das Zentrum bietet Fachkräften der Gesundheits- und Sozialdienste Unterstützung für eine optimale Versorgung ausländischer Mitbürger, ist aber gleichzeitig Ansprechpartner für die Belange und Fragestellungen von Seiten der Migranten. Folgende Serviceleistungen werden vom EMZ angeboten:

- der Dolmetscherservice für das Sozial- und Gesundheitswesen
- Fachkräftefortbildungen, Schulungen und Tagungen
- Muttersprachliche Gesundheitsaufklärungsveranstaltungen zur Prävention
- die Bereitstellung muttersprachlicher Broschüren, Medien und Dokumentationen
- Projekte zur Gesundheitsförderung für und mit Migranten, zum Beispiel zu den Themen AIDS, Suchthilfe und Oralprophylaxe
- Arbeitsgemeinschaften, Selbsthilfegruppen, Mobilisierung ehrenamtlicher Helfer
- das Erstellen von Fachbüchern und Fachpublikationen

Das Zentrum gilt als eine der bedeutendsten Einrichtungen zur gesundheitlichen Förderung von Migranten in Deutschland und wird durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit und durch die Stadt Hannover finanziell unterstützt.

2.3 Die Projektregionen Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen

2.3.1 Nordrhein-Westfalen

Bevölkerung

Nordrhein-Westfalen ist mit einer Einwohnerzahl von etwa 17,76 Millionen das mit Abstand bevölkerungsreichste und mit circa 521 Einwohnern pro Quadratkilometer auch das am dichtesten besiedelte Bundesland Deutschlands. Die Bevölkerungsstruktur des Landes veränder-

te sich in der Nachkriegszeit durch die Zuwanderung von vielen Flüchtlingen und Arbeitsmigranten.

Ausländer in Nordrhein-Westfalen ¹¹¹²¹³

Nordrhein-Westfalen hat einen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt hohen Ausländeranteil. Am 31.12.2000 lebten hier 1.957.341 Ausländer. Das entspricht einem Ausländeranteil von 10,9%. Rechnet man die 280.000 eingebürgerten Personen hinzu, leben hier über 2,2 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund. Damit liegt der Migrantenanteil bei 12,4%. Die größte Nationalitätengruppe bildeten mit 651 400 die Türken; weitere 490.800 Personen stammten aus einem der EU-Staaten. 22% der ausländischen Bevölkerung waren jünger als 18 Jahre, nur 9,3% waren 60 Jahre oder älter. Gut zwei Drittel (68,3%) der ausländischen Mitbürger leben schon seit mindestens acht Jahren in Deutschland, mehr als jeder vierte (27,3%) kann sogar schon auf eine Aufenthaltsdauer von mindestens 25 Jahren zurückblicken. 2001 wurden in NRW 60.600 Menschen eingebürgert, 7,9% weniger als ein Jahr zuvor. Die meisten der Eingebürgerten stammten aus der Türkei (29.100); 4.300 kamen aus dem Iran, 3.200 aus dem ehemaligen Jugoslawien, 2.400 aus Marokko und 2.000 aus Sri Lanka.

¹¹ Internetseite: ReTra: Regionale Transferstellen zur Förderung selbstständiger Migranten in NRW. Projektbeschreibung. <http://www.retra.de/Projekt/Projekthintergrund/ProjekthintergrundIndex.shtml> Letzter Zugriff: 30.08.2005.

¹² Internetseite: ReTra: Regionale Transferstellen zur Förderung selbstständiger Migranten in NRW. Projektbeschreibung.. www.retra.de <http://www.lids.nrw.de/statistik/StatistischerJahresbericht2002.pdf> Letzter Zugriff 30.07.2004.

¹³ Internetseite: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: www.lids.nrw.de Letzter Zugriff 30.07.2004.

2.3.2 Niedersachsen

Bevölkerung¹⁴

Die Einwohnerzahl des Bundeslandes beträgt 7,98 Millionen. Die Bevölkerungsdichte liegt bei 161 Einwohnern pro Quadratkilometer; im südlichen Landesteil (Ballungsraum Hannover) werden auch Werte von 500 Einwohnern pro Quadratkilometer erreicht.

Ausländer in Niedersachsen¹⁵

Ende 2003 lebten rund 480.000 Ausländer in Niedersachsen. Die größte Gruppe, rund 120.000 Menschen, kommt aus der Türkei. Im Jahr 2003 kamen aus den ehemaligen GUS-Staaten rund 6.200 Spätaussiedler. Im Jahr 2003 erhielten rund 12.000 Ausländer einen deutschen Pass.

2.4 Projektstandorte

2.4.1 Hannover

Bevölkerung und Stadtraumbeschreibung¹⁶¹⁷

In Hannover lebten am 01.01.2001 505.649 Menschen. 429.677 (85%) hatten die deutsche und 75.975 (15%) eine nichtdeutsche Nationalität. In der Landeshauptstadt lebten 77.426 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, was einen Anteil an der Gesamtbevölkerung von 15,3% entsprach. Jedes fünfte Kind war nichtdeutscher Nationalität.

¹⁴ vgl.: Internetseite: Reinhold J.: Deutsche Geschichte - Das Jahrtausend: <http://www.e-papyrus.de> Letzter Zugriff 30.07.2004.

¹⁵ vgl.: Internetseite: Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport. <http://www.mi.niedersachsen.de/master/0,,C893566,00.html> Letzter Zugriff 30.07.2004.

^{16 7} vgl.: Internetseite: Die Arbeitsgruppe für interdisziplinäre Sozialstrukturforschung (agis). <http://www.sozialestadt.de/veroeffentlichungen/arbeitspapiere/zwischenbilanzkongress/2-hannover.shtml> Letzter Zugriff 30.07.2004.

¹⁷ vgl.: Internetseite: Bund-Länder-Programm: Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf- die Soziale Stadt. www.soziale-stadt.de. Letzter Zugriff:30.07.2004.

2.4.2 Hildesheim

Bevölkerung und Stadtraumbeschreibung¹⁸

Die Stadt Hildesheim hat 101.535 und der Kreis Hildesheim insgesamt 292.358 Einwohner. Der Ausländeranteil beträgt ca. 5,1% (ca. 15.000). Die sechs größten Gruppen sind: Türken, Serben und Montenegriner, Italiener, Polen und Griechen. Dazu kommen noch zahlreiche Spätaussiedler aus den Ländern der ehemaligen UdSSR.¹⁹

2.4.3 Bielefeld

Bevölkerung und Stadtraumbeschreibung²⁰

Mit knapp 330.000 Einwohnern und einer Fläche von 258 km² gehört Bielefeld zu den 20 größten Städten Deutschlands. Ca. 41.000 der Einwohner Bielefelds sind Migranten (entspricht ca. 13%). Vorrangig leben in Bielefeld türkische, griechische, serbische, kroatische, russische und polnische Landsleute.²¹

2.4.4 Münster

Bevölkerung und Stadtraumbeschreibung²²

In Münster leben ca. 269.000 Menschen. Am 31.12.2002 waren 24.640 ausländische Einwohner mit 69 unterschiedlichen Nationalitäten gemeldet. Zwar ist der Migrantenanteil im Vergleich zu anderen Städten gleicher Größenordnungen in Münster eher niedrig, doch treten durch die breite kulturelle Vielfalt der Bevölkerungsgruppen die unterschiedlichsten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen auf. Hiermit verbunden ist einerseits das Risiko einer gesundheitlichen Minderversorgung dieser Gruppen, andererseits aber auch die Chance einer

¹⁸ vgl.: Roths Schuh, Michael; Begemann, Dirk; Carls, Dorthe u.a. (Hrsg.): Wege zur sozialen Stadt. Tagungsbericht FH Hildesheim/Holzminden/Göttingen 2001.

http://www.stadtteilarbeit.de/Seiten/Theorie/Rothschuh/Wege_Zur_Sozialen_Stadt.pdf. Internetseite Stadtteilarbeit. www.stadtteilarbeit.de. Letzter Zugriff: 03.08.2004.

¹⁹ vgl.: Niedersächsisches Landesamt für Statistik: Statistische Berichte Niedersachsen. Ausländer am 31.12.2003. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. Hannover 2004.

²⁰ vgl.: <http://www.bielefeld.de/de/si/> Internetseite: Offizielle HP der Stadt Bielefeld. www.bielefeld.de Letzter Zugriff: 03.08.2004.

²¹ vgl.: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen: Zuwanderungsstatistik Nordrhein-Westfalen. Zahlenspiegel Ausgabe 2002. Düsseldorf.

²² vgl.: http://www.muenster.de/stadt/stadtentwicklung/pdf/Muenster_auf_einen_Blick_2002.pdf

Internetseite: HP Stadt Münster. www.muenster.de Letzter Zugriff: 04.08.2004.

Bereicherung der kulturellen Einflüsse und der traditionellen Gesundheitskompetenzen in der Stadt.

3. Projektevaluation

In diesem Abschnitt wird die Methodik der projektbegleitenden Evaluation beschrieben. Diese beinhaltet den Einsatz von vielfältigen Erhebungsinstrumenten während der Schulungs- und Kampagnenphase. Die Ergebnisse der Evaluation werden aus Gründen der Übersichtlichkeit direkt bei der Beschreibung der Projektbausteine im Kapitel 4 erläutert. Es sei an dieser Stelle vorab darauf hingewiesen, dass es sich beim MiMi-Projekt nicht um ein Forschungsprojekt handelte. Im Rahmen der Begleitforschung sollte lediglich das Konzept des Mediatorenansatzes sowie die Teilnehmerzufriedenheit evaluiert werden. Aufgrund der begrenzten zeitlichen wie finanziellen Ressourcen musste auf eine ausführliche Überprüfung der Instrumente in Form von Pretests verzichtet werden.

Methoden

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die sechs verschiedenen Erhebungsinstrumente, die für die projektbegleitende Evaluation eingesetzt wurden.

Tab. 2: Verwendete Erhebungsinstrumente

Projektbaustein	Evaluationsmethoden/ Instrumente
Baustein 1: Schulung der Interkulturellen Gesundheitsmediatoren	1. Schriftliche anonyme Befragung der Gesundheitsmediatoren vor Beginn der Schulung
	2. Schulungsbeurteilung durch Referenten: Schriftliche Befragung des Referenten nach jedem einzelnen Schulungstermin
	3. Seminarbeurteilung durch Teilnehmer: Schriftliche anonyme Befragung der Gesundheitsmediatoren nach individuellem Schulungstermin
	4. Schriftliche anonyme Befragung der Gesundheitsmediatoren nach Abschluss der Schulung
Baustein 3: Mehrsprachige Gesundheitskampagnen	5. Veranstaltungsbericht des Gesundheitsmediators zur Gesundheitskampagne
	6. Fragebogen für Teilnehmer an der Gesundheitskampagne

3.1 Evaluation der Mediatorenschulung

Während der Mediatorenschulung wurden vier verschiedene Erhebungsinstrumente eingesetzt, um die Qualität der Schulung, die Zufriedenheit der Referenten und der potentiellen

Mediatoren, deren Wissensstand und Einstellungen zu Gesundheit zu erfragen. Zu Beginn und zum Ende der gesamten Schulung wurde von den Mediatoren ein Fragebogen ausgefüllt. Des Weiteren wurde jede einzelne Schulungseinheit durch die Referenten und Mediatoren mit einem Feedbackbogen bewertet. Neben diesen Evaluationsverfahren wurde im Rahmen der Projektkonferenzen von allen lokalen Projektkoordinatoren zum Baustein Mediatorenschulung ein Erfahrungsaustausch initiiert, in dem aus Sicht der Kooperationspartner Feedback zur Organisation und zu den Veranstaltungen gegeben wurde. Diese Feedbackergebnisse sind in Projektkonferenzprotokollen festgehalten worden. Die Ergebnisse sind bei den einzelnen Projektbausteinen in Kapitel 4 festgehalten. Die vier Erhebungsinstrumente, die in der Schulungsphase eingesetzt wurden, sind in den folgenden tabellarischen Übersichten dargestellt:

Tab. 3: Evaluationsmethoden während der Schulungsphase

1. Befragung der Gesundheitsmediatoren vor Beginn der Schulung	
Ziel	Informationen über Bildungs- und Sozialstatus der Schulungsteilnehmer, Beweggründe für die Teilnahme, Einstellungen und Wissensstand zur Gesundheit und zum deutschen Gesundheitswesen
Befragte Zielgruppe	Schulungsteilnehmer (= Gesundheitsmediatoren in Ausbildung)
Evaluationsmethode	Anonymisierte schriftliche Befragung der Schulungsteilnehmer vor Beginn der Schulungen
Instrument	Fragebogen, 8 Seiten, 30 Fragen/ Fragenkomplexe
Stichprobenumfang	74 von 83 Kursbeginnern
Rücklaufquote	89,16%

2. Schulungsbeurteilung durch die Referenten	
Ziel	Rückblickende Bewertung der Organisation, Vorbereitung und Durchführung des einzelnen Schulungstermins durch den Referenten
Befragte Zielgruppe	Referenten der Mediatorenschulung
Evaluationsmethode	Schriftliche Befragung des Referenten nach individuellem Schulungstermin
Instrument	Fragebogen, 2 Seiten, 8 geschlossene und 3 offene Fragen
Stichprobenumfang	36 von 43 Referenten
Rücklaufquote	83,72%

3. Schulungsbeurteilung durch Teilnehmer (Gesundheitsmediatoren)	
Ziel	Rückblickende Bewertung der Schulungsinhalte und -methoden durch die Mediatoren
Befragte Zielgruppe	Schulungsteilnehmer (Gesundheitsmediatoren in Ausbildung)
Evaluationsmethode	Anonymisierte schriftliche Befragung der Schulungsteilnehmer nach dem einzelnen Schulungstermin
Instrument	Fragebogen, 2 Seiten, 13 geschlossene und eine offene Frage
Stichprobenumfang	697 von 869 möglichen Feedbackbögen
Rücklaufquote	80,20%

4. Befragung der Mediatoren nach Abschluss der Ausbildung	
Ziel	Rückblickende Bewertung der Gesamtschulung und der Schulungsinhalte, Veränderungen des Gesundheitswissens und der Gesundheitseinstellungen
Befragte Zielgruppe	Schulungsteilnehmer (Gesundheitsmediatoren)
Evaluationsmethode	Anonymisierte schriftliche Befragung der Schulungsteilnehmer nach Abschluss der Schulungen
Instrument	Fragebogen, 8 Seiten, 32 Fragen/ Fragenkomplexe
Stichprobenumfang	61 von 75 möglichen Fragebögen
Rücklaufquote	81,33%

3.2 Evaluation der Kampagnenphase

In der Kampagnenphase kamen wiederum zwei verschiedene Evaluationsinstrumente zum Einsatz, um sowohl von den Mediatoren (jetzt in der Rolle der Referenten) als auch von den Teilnehmern der Gesundheitskampagnen ein Feedback zu den Veranstaltungen zu erhalten. Zum einen dokumentierten die Mediatoren die von ihnen durchgeführten Informationsveranstaltungen in einem strukturierten Veranstaltungsbericht. Zum anderen wurden die Teilnehmer der Kampagnen darum gebeten, einen umfangreichen Fragebogen auszufüllen. Diese Teilnehmerbefragung war so konzipiert, dass ein allgemeiner Teil zu Beginn der Veranstaltung und der Feedbackteil am Ende der Veranstaltung ausgefüllt wurde. Die Teilnehmerfragebögen wurden zweisprachig angeboten, d.h. die Fragen waren jeweils nebeneinander auf Deutsch als auch in der jeweiligen Veranstaltungssprache übersetzt vorhanden. Dies schaffte aus der Erfahrung der Projektleitung eine höhere Akzeptanz der Teilnehmer als bei einsprachigen Fragebögen in der Muttersprache. Hier bestünde die Gefahr, dass dies von den Teilnehmern als Zuschreibung einer mangelnden deutschen Sprachkompetenz verstanden würde.

Tab. 4: Evaluationsmethoden während der Kampagnenphase

5. Veranstaltungsbericht der Gesundheitsmediatoren zur Gesundheitskampagne	
Ziel	Berichterstattung der Veranstaltung: organisatorische Rahmendaten wie Veranstaltungsort und –dauer, Sprache, eingesetzte Medien, Teilnehmerzahl, Feedback und Reflektion des Gesundheitsmediators zur Veranstaltung
Befragte Zielgruppe	Gesundheitsmediatoren als jeweilige Referenten der Kampagne
Evaluationsmethode	Schriftliche Befragung des Gesundheitsmediators nach der Kampagne
Instrument	Fragebogen, 3 Seiten, 10 geschlossene, 11 offene Fragen
Stichprobenumfang	63 von 63 möglichen Veranstaltungsberichten
Rücklaufquote	100%

6. Fragebogen für Teilnehmer an der Gesundheitskampagne	
Ziel	Feedback und Reflektion der Teilnehmer zur Veranstaltung
Befragte Zielgruppe	Teilnehmer der Gesundheitskampagne
Evaluationsmethode	schriftliche Befragung der Teilnehmer nach der Kampagne
Instrument	Fragebogen, 7 Seiten, 14 geschlossene Fragen, 7 offene Fragen
Stichprobenumfang	772 Fragebögen von 856 Teilnehmern insgesamt
Rücklaufquote	90,2%

In dieser Projektphase wurde ebenfalls eine Projektkonferenz durchgeführt, die den Kooperationspartnern die Möglichkeit bot, ihre Erfahrungen und Anregungen mit allen Projektpartnern auszutauschen. Die Feedbackergebnisse werden bei den Projektergebnissen in Kapitel 4 beschrieben.

3.3 Evaluation des Gesundheitswegweisers

Der Gesundheitswegweiser „Hand in Hand“ für Migranten wurde während der redaktionellen Arbeit von Experten aus dem Gesundheitswesen und von zahlreichen Fachkräften, die in den einzelnen Themenfeldern tätig sind, auf Inhalt und Aktualität überprüft. Insgesamt waren über 40 Experten beteiligt, die der Redaktion im Ethno-Medizinischen Zentrum entsprechend zahlreiche Hinweise gaben. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die inhaltliche und fachliche Absicherung des Wegweisers umfassend erfolgt ist.

Die Liste der Experten, der Fachkräfte und der Dolmetscher, die an der Arbeit beteiligt waren, können dem Wegweiser entnommen werden. Aufgrund des Umfangs und der Dauer der redaktionellen Arbeit konnte eine Evaluation mit der Zielgruppe im Rahmen der Kampagnenphase jedoch nicht mehr verwirklicht werden. Dies erfolgt in der nächsten Kampagnenphase während des geplanten Folgeprojektes (Vgl.: Kapitel 7).

4. Vorstellung der drei Projektbausteine

4.1 Baustein 1: *Schulung der interkulturellen Gesundheitsmediatoren*

Der erste inhaltliche Projektbaustein, die Schulung der interkulturellen Gesundheitsmediatoren, wurde in der ersten Projektphase von August bis Dezember 2003 vorbereitet. An allen vier Projektstandorten wurden zwischen Dezember 2003 und März 2004 in fünfzigstündigen Schulungen insgesamt 75 Migranten zu interkulturellen Gesundheitsmediatoren ausgebildet. Die Schulung war für die Teilnehmer kostenlos.

4.1.1 Gewinnung der Mediatoren

Zunächst wurden als Teilnehmer qualifizierte Migranten angeworben, die aufgrund ihrer Stellung oder ihres Ansehens Vertrauen und Einfluss in ihrer kulturellen Gruppe genießen. Als Experten für Prävention und Gesundheitsförderung sollen sie eine "Brücke zwischen den Kulturen" schaffen und Migranten für Botschaften der Prävention und Gesundheitsförderung sensibilisieren.

Wir haben uns bei der Auswahl von Gesundheitsmediatoren in erster Linie an Interessenten mit folgenden Sprachkenntnissen gewandt:

- Russisch
- Türkisch
- Serbisch/ Kroatisch/ Bosnisch

Die Auswahl dieser Sprachgruppen erfolgte entsprechend der zahlenmäßig größten Migrantengruppen der Projektstandorte. 80% der Mediatoren sollten dieser Zielgruppe entsprechen. 20% der Schulungsteilnehmer konnten auch aus anderen Kulturen stammen und über andere Muttersprachen verfügen. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnehmer war, dass die Migranten ihre Muttersprache und die deutsche Sprache gleichermaßen beherrschten. Sie sollten beiden Kulturen gegenüber aufgeschlossen sein und mussten sich bereit erklären, im Anschluss an die Schulung selbstständig Informationsveranstaltungen durchzuführen.

4.1.2 Erfahrungen der Kooperationspartner zur Gewinnung der Mediatoren

In der Erhebung wurde ermittelt, wie die Migranten auf die Schulung aufmerksam geworden sind und welche Informationsquellen von ihnen in Anspruch genommen wurden. In der Fachöffentlichkeit wird davon ausgegangen, dass Migranten schwerer zu erreichen sind als die Allgemeinbevölkerung und dass die herkömmlichen Wege der Öffentlichkeitsarbeit bei Migranten nicht ausreichen, um diese beispielsweise für eine Schulung oder Fortbildung zu motivieren.²³ Da es im Rahmen von migrantenorientierten Projekten häufig zu größeren Schwierigkeiten kommt, weil es den Organisatoren nicht bzw. nur schwer gelingt, die Zielgruppe zu erreichen, beispielweise Migranten zu einer Teilnahme an Präventionsveranstaltungen einzuladen, sollen hier die Vorgehensweisen und die Erfahrungen der einzelnen Kooperationspartner beschrieben werden, die eine erfolgreiche Anwerbung von Migranten zur Schulung bewirkt haben. Daraus werden anschließend Erfolgsfaktoren für die Teilnehmer-

Auswahlkriterien für interkulturelle Gesundheitsmediatoren

- a) **Sprachkenntnisse:** Die Bewerber müssen gute Deutschkenntnisse in Wort und Schrift besitzen und zugleich die Muttersprache der Zielgruppe beherrschen.
- b) **Ausbildungsniveau:** Die Bewerber müssen mindestens über die „mittlere Reife“ oder eine berufliche Ausbildung/ Vorqualifikation verfügen
- c) **Aufgeschlossenheit:** Die Bewerber müssen beiden Kulturen gegenüber aufgeschlossen sein
- d) **Interesse an selbständiger Arbeit:** Die Bewerber müssen besonderes Interesse an selbständiger Tätigkeit haben, da ihre spätere Arbeit auf Honorarbasis abgerechnet wird.

gewinnung abgeleitet.

²³ vgl. z.B.: Schenk, L.: Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Gesundheitswesen 2002; 64 Sonderheft 1: S. 59-68.

Projektstandort Hannover

In einer Briefaktion wurden Projekt- und Schulungswerbebroschüren an geeignete Schlüsselpersonen versendet, die dem EMZ aufgrund ihrer Teilnahme an anderen Projekten (aus den Bereichen Drogen, AIDS, Mundgesundheit und Frauengesundheit) bekannt waren. Die Liste bestand aus Dolmetschern, bereits zu anderen Themen ausgebildeten Gesundheitsmediatoren, Studenten und politischen Vertretern der Migranten.

Die Interessenten, die sich daraufhin im Zentrum meldeten, wurden zunächst telefonisch informiert. Bei diesem Gespräch wurden die Interessenten gebeten, weitere geeignete Personen anzusprechen und zwischen ihnen und dem EMZ zu vermitteln. So gelang es unter anderem auch, eine ausreichende Anzahl an bosnischen, kroatischen und serbischen Teilnehmern zu gewinnen. Dieser Effekt war so nicht erwartet worden, denn in Hannover hatte das Zentrum in der Vergangenheit bisher kaum Personen dieser ethnischen Zielgruppen erreicht.

Der Kenntnisstand zur Gesundheit der Teilnehmer war zu Beginn des Kurses sehr unterschiedlich. Dies führte zu einer hohen didaktischen Herausforderung, nicht zuletzt auch durch die altersbedingte Heterogenität der Gruppe.

Insgesamt überstieg das Interesse am Projekt die Kapazitäten in Hannover, da dieser Schulungsstandort bei Beginn des Projektes nicht vorgesehen war. Hannover wurde dennoch nachträglich ausgewählt, um die in Hannover gesammelten Erfahrungen der bisherigen Projekte und die der bisher ausgebildeten Keypersons in dieses Projekt einfließen zu lassen. Weiterhin konnten die in Hannover während der Mediatorenschulung gemachten Erfahrungen bei den nachfolgenden Schulungen in den anderen Standorten eingebracht werden.

Projektstandort Landkreis Hildesheim:

Im Landkreis Hildesheim wurden einzelne Schlüsselpersonen, die mit Migranten professionell oder ehrenamtlich arbeiten, telefonisch über das Projekt informiert. Es gab viele Nachfragen und mehrere, teilweise sehr zeitintensive, Telefongespräche mit den gleichen Personen.

Diese Erfahrungen führten zu der Annahme, dass bei einer erneuten Aktion besser eine zentrale Infoveranstaltung für alle Interessierten durchgeführt werden sollte.

Ähnlichen Zeit- und Arbeitsaufwand hatte ein Presseartikel zur Folge, der über das Projekt und die Mediatorenschulung informierte. Viele Anrufe und Einzelberatungen am Telefon oder Einzelgespräche in der Koordinierungsstelle bedeuteten enormen Arbeitsaufwand.

Daraus lässt sich schließen, dass man auch in der Presse besser direkt zu einer Infoveranstaltung hätte einladen sollen, in der alle Fragen innerhalb von ein bis zwei Stunden hätten geklärt werden können.

Ein wesentliches Kommunikationsproblem ergab sich in der Erwartungshaltung der Schulungsinteressierten. Einige hatten den in der Presse verwendeten Satz, dass nach der Schulung eine „angemessene Bezahlung“ erfolgen würde, missverstanden. Es wurden bereits für die Teilnahme an der Schulung von einigen Teilnehmern nicht vorhergesehene Gegenleistungen und Honorarwünsche geäußert. Dieses Missverständnis konnte innerhalb kurzer Zeit geklärt werden.

Im Landkreis Hildesheim war das Interesse von Seiten der Migranten bei Schulungsbeginn sehr groß. Es überstieg ebenfalls die Kapazitäten, da eigentlich eine maximale Teilnehmerzahl von 25 Personen festgesetzt worden war. Es meldeten sich aber mehr als 40 Personen für die Schulung an. An dieser Stelle muss die Arbeit der lokalen Kooperationspartner besonders herausgestellt werden, weil bei Projektbeginn kein lokales Netzwerk zu Migration und Gesundheit vorhanden war und so nicht auf vorhandene Ressourcen zurückgegriffen werden konnte. Dies hat eine besondere Relevanz für die Durchführbarkeit ähnlicher Projektansätze in Regionen, wo keinerlei Vorerfahrungen bestehen. Sie sind ein Indikator für Praxistauglichkeit und Übertragbarkeit.

Projektstandort Bielefeld

In Bielefeld wurde zunächst durch direkte Ansprache von Migranten durch die Kooperationspartner (Mitarbeiter des interkulturellen Büros) versucht, Migranten für die Ausbildung zum Gesundheitsmediator zu gewinnen. Diese Vorgehensweise war nicht so erfolgreich wie erwartet.

Deshalb wurden über eine Plakataktion und eine Pressenotiz weitere Migranten über die Möglichkeit der Schulung informiert und eingeladen. Diese Methoden waren derart erfolgreich, dass der Zulauf so stark war, dass die Ressourcen der regionalen Koordinierungsstelle überstrapaziert wurden. Bei den Schulungen wurden zusätzlich zu den Projektsprachen Russisch, Türkisch, Serbisch, Bosnisch, Kroatisch außerplanmäßig Gasthörer zugelassen. Hier handelte es sich um spanische und rumänische Migranten sowie Tamilen, die in Bielefeld eine wichtige Migrantengemeinschaft darstellen.

Projektstandort Münster

In Münster wurde ganz bewusst auf direkte Ansprache von Migranten gesetzt. Es wurden geeignete potentielle Teilnehmer und Schlüsselpersonen unter den Migranten angesprochen.

Die Presse wurde erst zu den Auftaktveranstaltungen informiert, da man in Münster befürchtete, angesichts der vielen Studenten und Asylbewerber einem eventuell zu starken Interesse nicht gerecht werden zu können.

Tatsächlich begann in Münster eine vergleichsweise kleine Anzahl von Teilnehmern die Schulung. Allerdings erschienen schon zur zweiten Veranstaltung weitere interessierte Personen. Die Teilnehmergruppe stabilisierte sich bei 19 Personen.

Erfolgsfaktoren für die Gewinnung von Teilnehmern

1. Bestehende Kontakte zu Schlüsselpersonen nutzen (wenn nicht vorhanden: Migrantenspezifische Organisationen als Vermittler nutzen)
2. Um mündliche Weitergabe der Informationen an geeignete Interessenten bitten
3. Möglichen Nutzen für die Teilnehmer (Qualifizierung, mögliche Honorare) realistisch darstellen
4. Ausgewählte Presseveröffentlichungen und Plakataktionen (Migrantenspezifische Einrichtungen)
5. Zur Minimierung des Aufwandes statt vieler Einzelgespräche zentrale Informationsveranstaltung organisieren

Wie oben beschrieben, wurden die meisten der hier teilnehmenden Migranten durch Dritte (46) informiert (Vgl. Abbildung 2). Es lässt sich nicht weiter aufschlüsseln, inwiefern die Personen, die diese an Dritte weitergegeben haben, ihrerseits die Informationen erhalten haben. Als weitere Informationsquellen wurden Broschüren (9) oder Zeitungsartikel (6) genannt. Die Anteile der Migranten, die über Telefon und über Plakate erreicht wurden sind sehr gering.

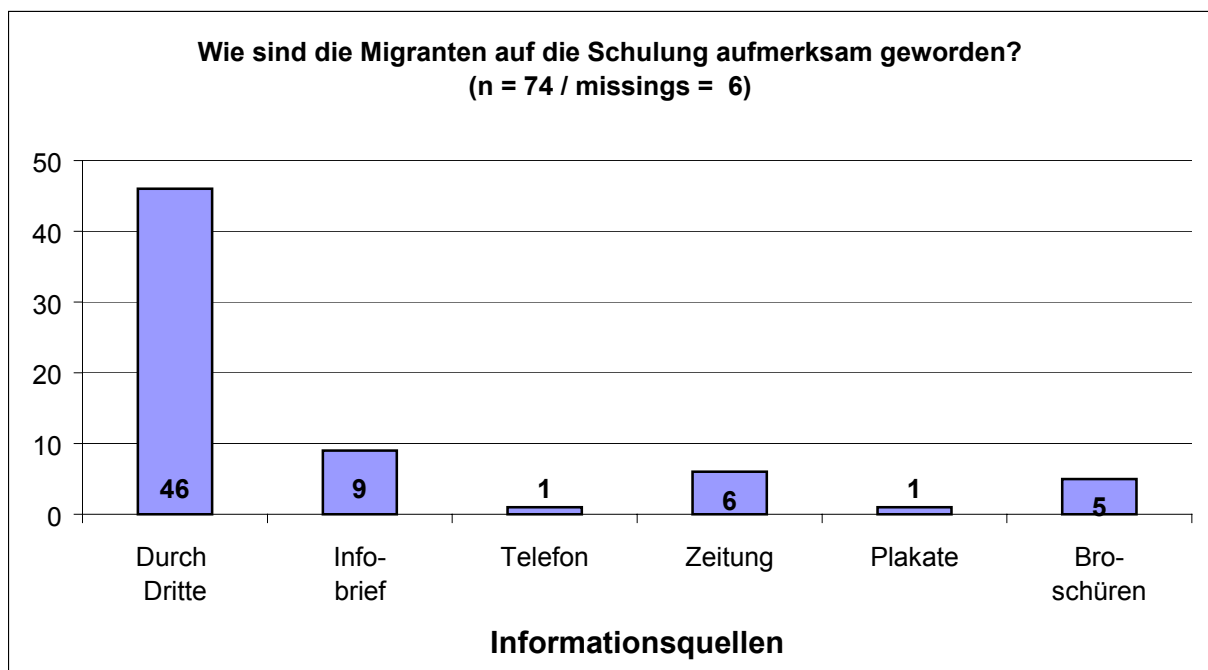


Abb. 2: Informationsquellen der Kursbeginner (absolut)

Die folgende Grafik gibt Aufschluss darüber, welche Migrantengruppen wie häufig erreicht worden sind.

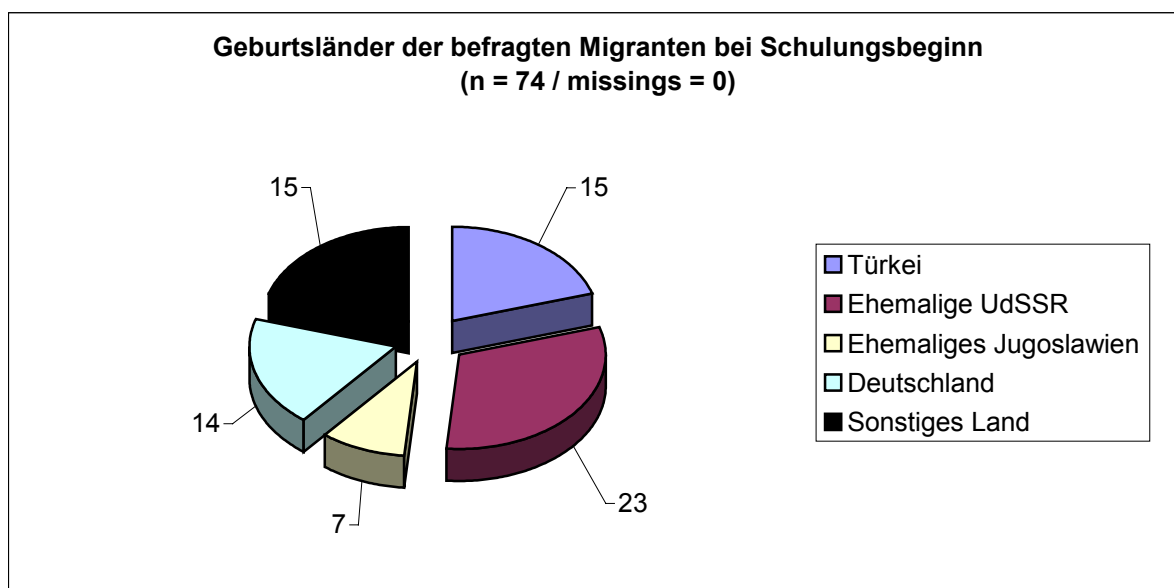


Abb. 3: Geburtsorte der Migranten bei Schulungsbeginn (absolut)

In allen Regionen konnten Migranten aus den ausgewählten Sprachkreisen (Türkisch, Serbisch, Bosnisch, Kroatisch und Russisch) zur Teilnahme an der Schulung motiviert werden. Aufgrund des hohen Interesses von Migranten anderer Sprachkreise wurde, wie oben dargestellt, vereinbart, auch anderssprachige Migranten zur Schulung einzuladen. So kamen beispielsweise polnische, spanische, rumänische, arabische und tamilische Migranten hinzu. Diesen Schulungsteilnehmern stellten wir deutschsprachiges Material zur Verfügung, welches von ihnen selbst übersetzt wurde. Eine diesbezügliche Qualitätskontrolle unsererseits konnte nur in einem sehr begrenzten Rahmen stattfinden.

4.1.3 Kriterien für Auswahl und Gewinnung der Referenten

Die Referenten sollten Fachleute für das entsprechende Thema sein und aus der Projektregion kommen bzw. im regionalen Sozial- und Gesundheitswesen aktiv sein. Die Auswahl lokaler/ regionaler Fachleute als Referenten zielte darauf ab, Institutionen des Gesundheitswesens mit Ansprechpartnern bekannt zu machen, damit Mediatoren bei Bedarf auch nach der Schulung mit entsprechenden Fachleuten in Kontakt treten können und vernetzt bleiben. Gleichzeitig wurden so das Projekt und die Mediatoren bei den Institutionen der Umgebung bekannt gemacht. Die Referenten waren Experten aus den Fachgebieten Pädagogik, Medizin, den Gesundheitswissenschaften, der Psychologie und Sozialpädagogik. Bei einzelnen Themen war es schwieriger als erwartet einen Referenten zu finden, der diese Kriterien erfüllt.

Zusätzlich führten auch erfahrene Mitarbeiter des Ethno-Medizinischen Zentrums und die lokalen Projektpartner einen Teil des Unterrichts durch.

4.1.4 Das Curriculum der Schulung zum interkulturellen Gesundheitsmediator

In den Projektregionen wurden vier Schulungen (je 50 Unterrichtsstunden) durchgeführt, die sich inhaltlich an bekannten gesundheitlichen Defiziten und Gefährdungen, aber auch an Ressourcen der Migranten orientierten. Durch die Entwicklung eines einheitlichen Curriculums für die Schulungsmaßnahmen und laufendes Feedback der Teilnehmer und Referenten wurde die Qualität der Veranstaltungen gesichert.

Inhalte der Schulungen waren die Themen Migration und Gesundheit sowie der Aufbau des deutschen Gesundheitswesens. Zusätzlich wurde Überblickwissen zu Präventionsthemen (z.B. Alkoholkonsum, Umgang mit Medikamenten, Ernährung und körperliche Bewegung, Familienplanung, Schwangerschaftsvor- und -nachsorge) vermittelt. Darüber hinaus wurden den Teilnehmern methodische Kenntnisse für die spätere Durchführung von Informationsveranstaltungen vorgestellt.

Das Curriculum kann der folgenden tabellarischen Übersicht entnommen werden.

Tab. 5: Veranstaltungen im Theorieteil der Schulung der Mediatoren

Die Veranstaltungen des Theorieteils fanden jeweils an einem Wochentag abends statt.				
Datum	Ort	Zeit	Institutionen der Referenten	Thema
10.12.2003 06.01.2004 07.01.2004 08.01.2004	Hannover Münster Lkr. Hildesheim Bielefeld	17:00 - 20:30 Uhr	Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.	Einführung Migration und Gesundheit
17.12.2003 13.01.2004 14.01.2004 15.01.2004	Hannover Münster Lkr. Hildesheim Bielefeld	17:00 - 20:30 Uhr	Volkshochschule Gesundheitsamt (Abt. Gesundheitsförderung) Volkshochschule Krankenhaus	Thema 1: Das Deutsche Gesundheitswesen
07.01.2004 20.01.2004 21.01.2004 22.01.2004	Hannover Münster Lkr. Hildesheim Bielefeld	17:00 - 20:00 Uhr	Landesvereinigung für Gesundheit Drogenberatungsstelle Suchtberatung Akutpsychiatrie	Thema 2: Tabakkonsum und Aufgabe des Rauchens
14.01.2004 27.01.2004 28.01.2004 29.01.2004	Hannover Münster Lkr. Hildesheim Bielefeld	17:00 - 20:00 Uhr	Jugendschutz Niedersachsen Gesundheitsamt (Sozialpsychiatrischer Dienst) Lkr. Hildesheim Caritas Verband Bielefeld	Thema 3: Alkoholkonsum und Hintergründe
21.01.2004 03.02.2004 04.02.2004 05.02.2004	Hannover Münster Lkr. Hildesheim Bielefeld	17:00 – 19:00 Uhr	Apotheke Gesundheitsamt (Amtsapotheke) Lkr. Hildesheim Gebab mbH/ (Wohnungslosenbetreuung)	Thema 4: Umgang mit Medikamenten
21.01.2004 03.02.2004 04.02.2004 05.02.2004	Hannover Münster Lkr. Hildesheim Bielefeld	19:30 – 20:30 Uhr	Krankenhaus DRK-Kreisverband Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover (GUV) Deutscher Verkehrssicherheitsrat	Thema 5: Unfallprävention im Haushalt und am Arbeitsplatz
28.01.2004 10.02.2004 11.02.2004 12.02.2004	Hannover Münster Lkr. Hildesheim Bielefeld	17:00 - 20:00 Uhr	Hebamme (ambulant) Gesundheitsamt (Abt. Gesundheitsförderung) Hebamme (Krankenhaus) Krankenhaus/Hebamme (ambulant)	Thema 6: Schwangerschaftsvor- und - nachsorge, Kindergesundheit
04.02.2004 17.02.2004 18.02.2004 19.02.2004	Hannover Münster Lkr. Hildesheim Bielefeld	17:00 - 19:00 Uhr	Krankenhaus Gesundheitsamt (Abt. Gesundheitsförderung) Krankenhaus Krankenkasse	Thema 7: Ernährung und körperliche Bewegung
04.02.2004 17.02.2004 18.02.2004 19.02.2004	Hannover Münster Lkr. Hildesheim Bielefeld	19:00 - 20:30 Uhr	Medizinische Hochschule Hannover Gesundheitsamt (Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst) Zahnärztlicher Dienst Gesundheitsamt	Thema 8: Mundgesundheit

----- 24.02.2004 25.02.2004 26.02.2004	Hannover Münster Lkr. Hildesheim Bielefeld	17:00 - 20:00 Uhr	----- Gesundheitsamt (Abt. Gesundheitsförderung) Aids uns Sexualberat. Gesundheitsamt Gebab mbH/ streetmed	Infektionskrankheiten, STD u. AIDS Sexual- und AIDS- Prävention Compliance Patient als Partner
---	---	-------------------------	---	---

Tab. 6: Veranstaltungen im Praxisteil der Schulung der Mediatoren

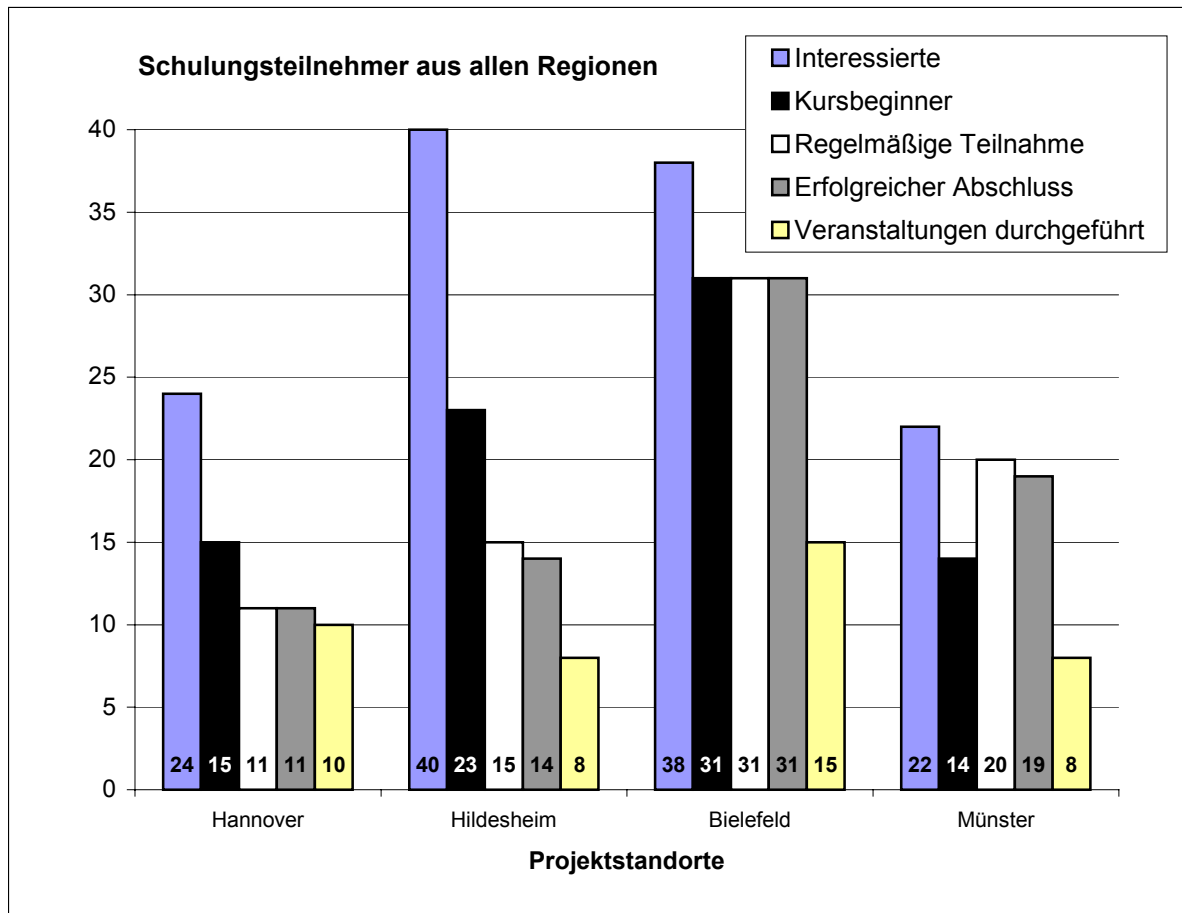
Die Veranstaltungen des Praxisteils fanden jeweils samstags ganztägig statt.				
Datum	Ort	Zeit	Institutionen der Referenten	Thema
14.02.2004 21.02.2004 14.02.2004 21.02.2004	Hannover Münster Lkr. Hildesheim Bielefeld	9:00 - 17:00 Uhr	Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.	Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention
----- 28.02.2004 29.02.2004 28.02.2004	----- Münster Lkr. Hildesheim Bielefeld	9:00 - 17:00 Uhr	Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.	Methoden der Erwachsenenbildung, Methodenschulung Didaktik und Medieneinsatz bei Aufklärungsveranstaltungen
06.03.2004 13.03.2004 06.03.2004 13.03.2004	Hannover Münster Lkr. Hildesheim Bielefeld	9:00 - 17:00 Uhr	Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.	Praxisübung / Prüfung

4.1.5 Evaluationsergebnisse der Mediatorenschulung

4.1.5.1 Profil der Schulungsteilnehmer

Durch die Projektevaluation ist es möglich, soziodemografische Daten der Schulungsteilnehmer zu beschreiben.

An der Befragung der Mediatoren haben sich in den vier Projektstandorten bei Beginn der Schulung insgesamt 74 und am Ende der Schulung 61 Personen beteiligt. Die folgende Abbildung gibt eine Übersicht über die Entwicklung der Teilnehmerzahlen während des Schulungsverlaufs in den Projektstandorten.



Schulungsteilnehmer aus allen Regionen	Hannover	Hildesheim	Bielefeld	Münster
Interessierte	24	40	38	22
Kursbeginner	15	23	31	14
Regelmäßige Teiln.	10 - 12	15 - 22	25 - 30	15 - 20
Erfolgreiche Teilnahme	11	14	31	19
Mediatoren, die selbstständig Veranstaltungen durchgeführt haben	10	8	15	8

Abb. 4: Schulungsteilnehmer in allen Regionen (absolut)

Insgesamt haben sich 124 Personen für die Schulung angemeldet, zum ersten Termin erschienen noch 83 (66,9%) und die Schulung erfolgreich abgeschlossen haben 75 (90,3%) Migranten. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass es in Münster mehrere Quereinsteiger nach der 1. Veranstaltung gab, dies erklärt zum einen, warum mehr Teilnehmer den Kurs abgeschlossen haben als Kursbeginner in der 1. Veranstaltung gezählt wurden, zum anderen verfälscht dies geringfügig die hohe Abschlussquote von ca. 90%.

41 (54,7%) der ausgebildeten Mediatoren haben im Anschluss an die Schulung selbständig eine oder mehrere Informationsveranstaltungen geplant und durchgeführt.

Zu erkennen ist, dass die in der Schulung vermittelten Themen Frauen stärker angesprochen haben als Männer, da sie mit 83% (61) der Teilnehmer eindeutig in der Überzahl waren.

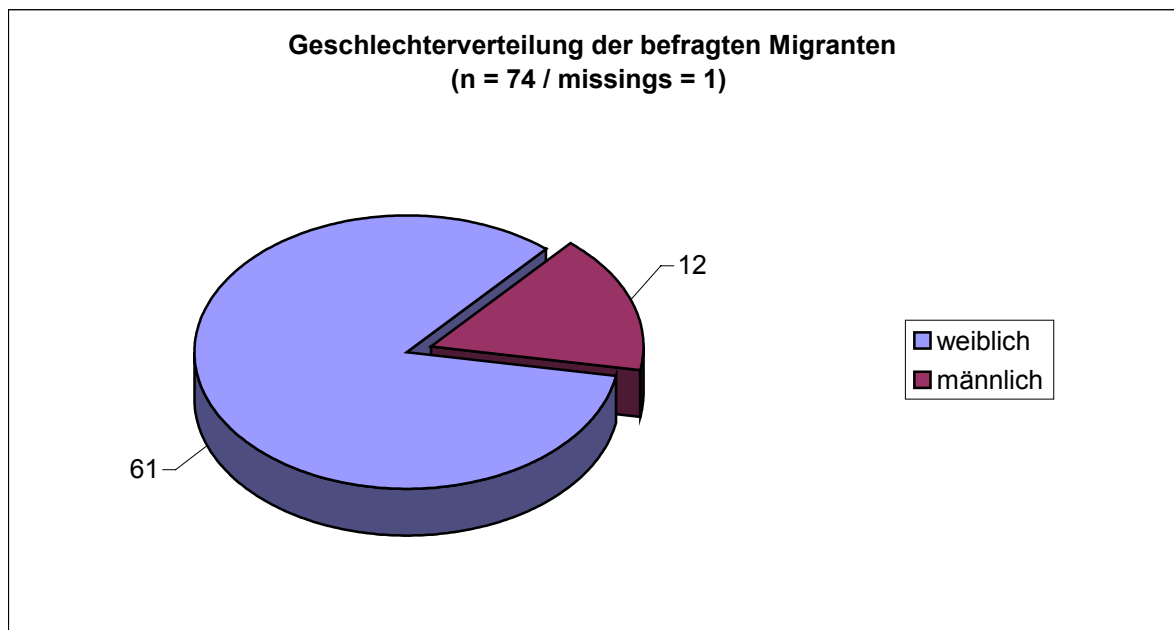


Abb. 5: Geschlechterverteilung der befragten Migranten (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut)

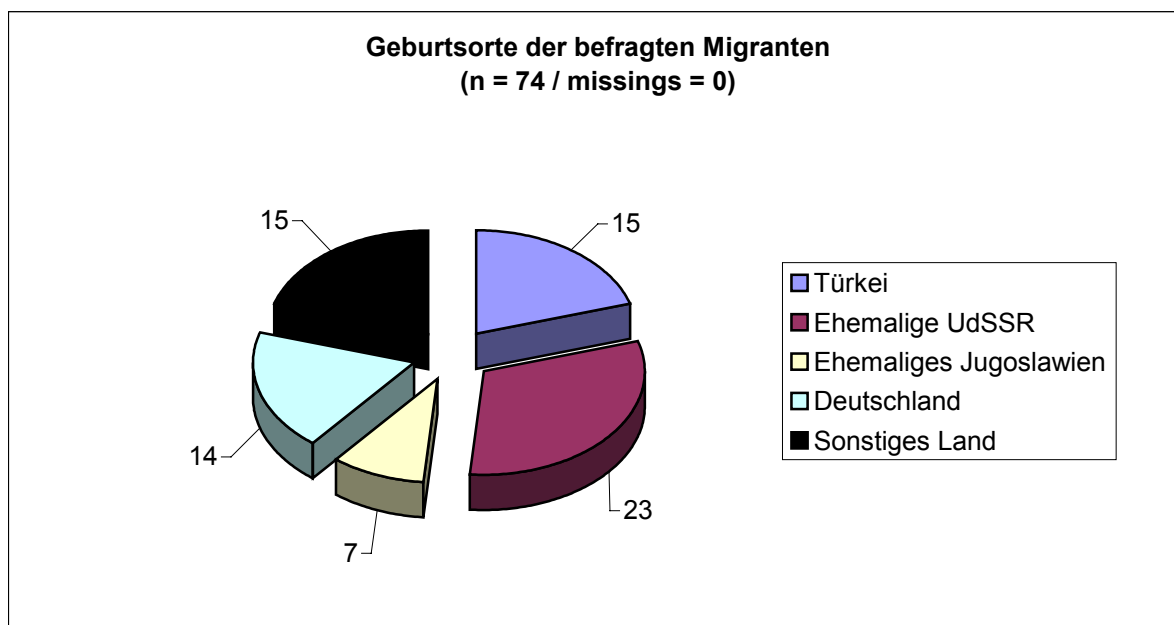


Abb. 6: Geburtsorte der befragten Migranten (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut)

Am häufigsten waren Personen mit Geburtsort in der Türkei, den Ländern der ehemaligen UdSSR und Deutschland vertreten. Insgesamt kamen 50,1% der Migranten aus den Herkunftsländern der Zielgruppen. 18,9% sind in Deutschland geboren und 31,1% sind in anderen Ländern geboren. Hierzu zählen Afghanistan, Chile, Guatemala, Iran, Polen, Rumänien, Syrien und Sri Lanka.

63,9% der Gesundheitsmediatoren haben Kinder. Davon macht der Anteil der Mediatoren mit zwei Kindern die größte Gruppe mit 24 Personen aus. Die Einkindfamilien machen einen Anteil von rund 19% aus. Lediglich 11% der Mediatoren haben mehr als zwei Kinder.

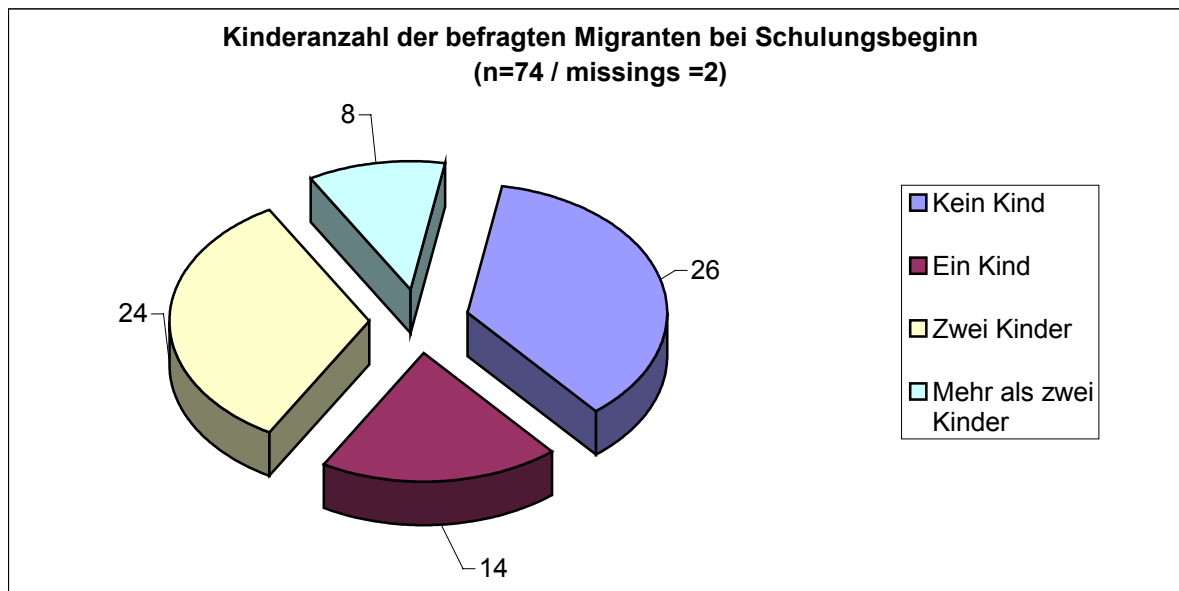


Abb. 7: Kindervorkommen der befragten Migranten (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut)

Annähernd die Hälfte der Personen (36) gibt an (Abbildung 8), vor 1993 nach Deutschland eingereist zu sein. Sie leben somit länger als 10 Jahre in Deutschland. Etwa ein Fünftel (14) der befragten Schulungsteilnehmer ist in Deutschland geboren. 24 Befragte leben weniger als 10 Jahre in Deutschland und davon 4 Personen weniger als 3 Jahre.

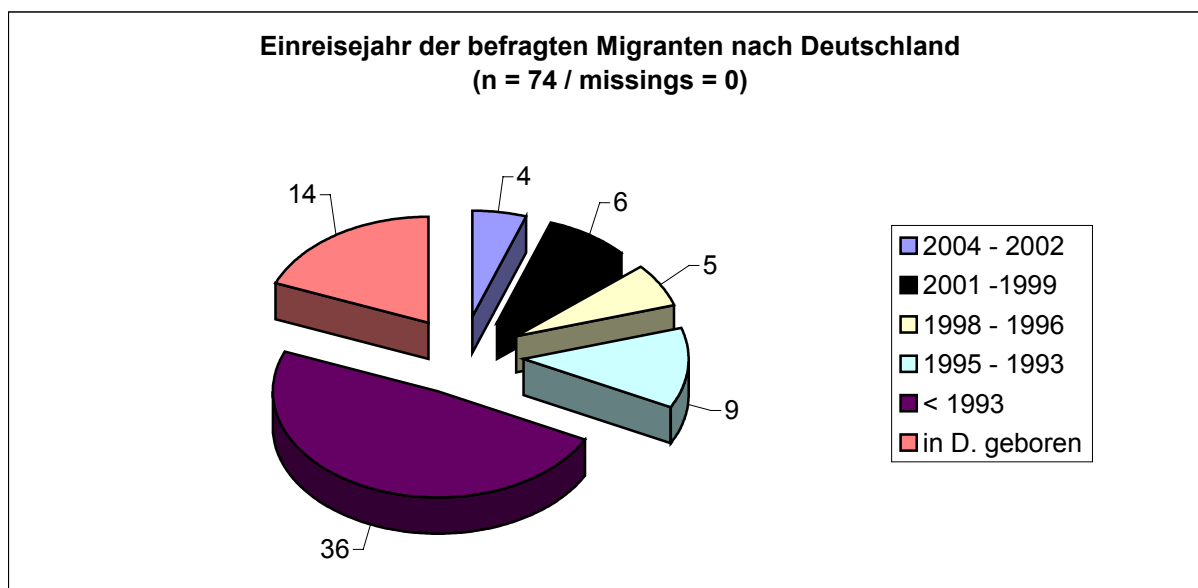


Abb. 8: Einreisejahr der befragten Migranten (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut)

Um etwas zum Sozialstatus der befragten Migranten aussagen zu können, wurde ein Sozialindex auf Grundlage der Variablen „Schulbildung“, „Momentane Beschäftigung“ und „Deutschkenntnisse“ berechnet. Weitere Variablen konnten nicht berücksichtigt werden, da die Missingraten zu hoch waren, oder eine hilfreiche Kategorisierung nicht möglich war.

Tab. 7: Punktwerte für die Variable „Schulbildung“

Punktwerte	Kategorien
2	<10 Jahre Schule
4	= 10 Jahre Schule
6	> 10 Jahre Schule

Tab. 8: Punktwerte für die Variable „Momentane Beschäftigung“

Punktwerte	Kategorien
2	Nicht erwerbstätig
4	Momentan erwerbstätig

Tab. 9: Punktwerte für die „Variable Deutschkenntnisse“

Punktwerte	Kategorien
0	Keine Deutschkenntnisse
2	Befriedigende/ ausreichende Deutschkenntnisse
4	Gute / sehr gute Deutschkenntnisse

Tab. 10: Gruppeneinteilung zur Berechnung des Sozialindexes

Niedriger Sozialindex	Mittlerer Sozialindex	Hoher Sozialindex
4 – 6	8- 10	12- 14

Vor dem Hintergrund dieser Gruppeneinteilung verfügen 87% der befragten potentiellen Mediatoren über einen hohen Sozialindex. Einschränkend muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass bei 13 Personen kein Sozialindex berechnet werden konnte, da die für Berechnung des Indexes erforderlichen Angaben nicht vollständig waren. Die restlichen 13% wiesen einen mittleren Sozialindex auf. Keiner der ausgebildeten Gesundheitsmediatoren hatte einem niedrigen Sozialindex.

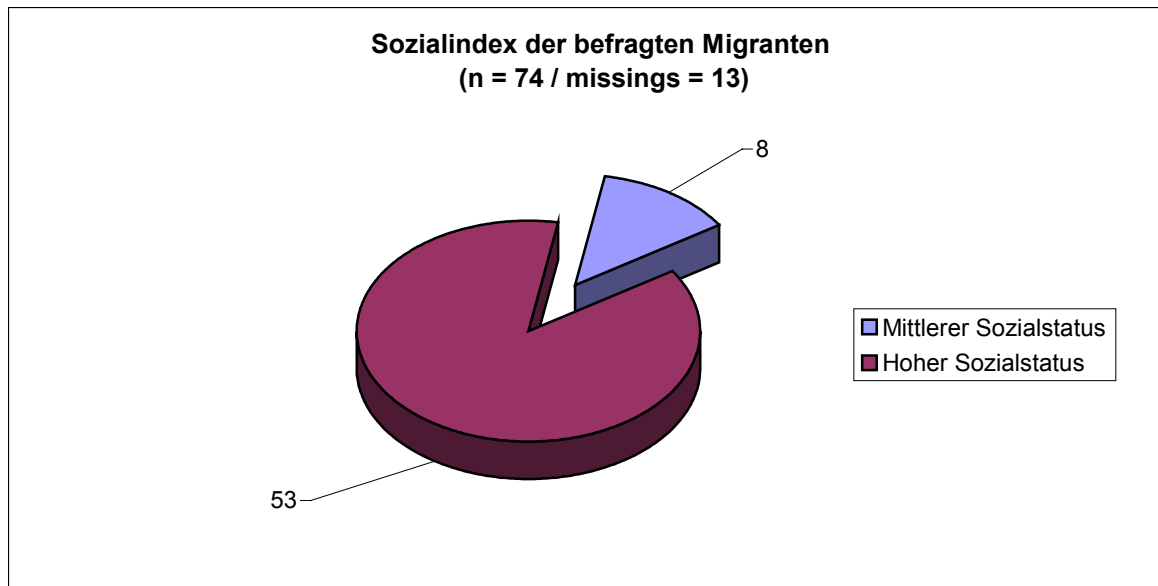


Abb. 9: Sozialindex der befragten Migranten (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut)

Die nächsten drei Abbildungen zeigen die Einzelergebnisse der Variablen zum Sozialindex. In untenstehender Abbildung kann abgelesen werden, dass 65 der potentiellen Gesundheitsmediatoren über gute bis sehr gute Deutschkenntnisse verfügen. In Abbildung 11 ist abzulesen, dass 45 Schulungsbeginner einen Fachabitur- oder höheren Abschluss haben. Darüber hinaus gehen 50 Personen momentan einer Beschäftigung nach.

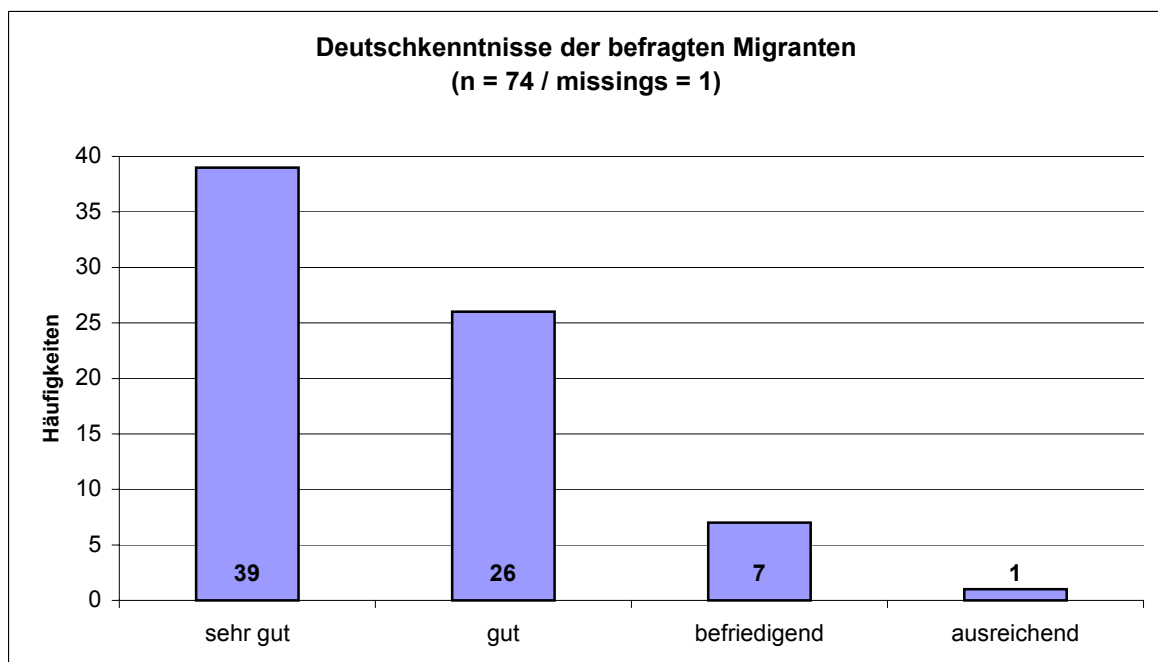


Abb. 10: Deutschkenntnisse der befragten Migranten (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut)

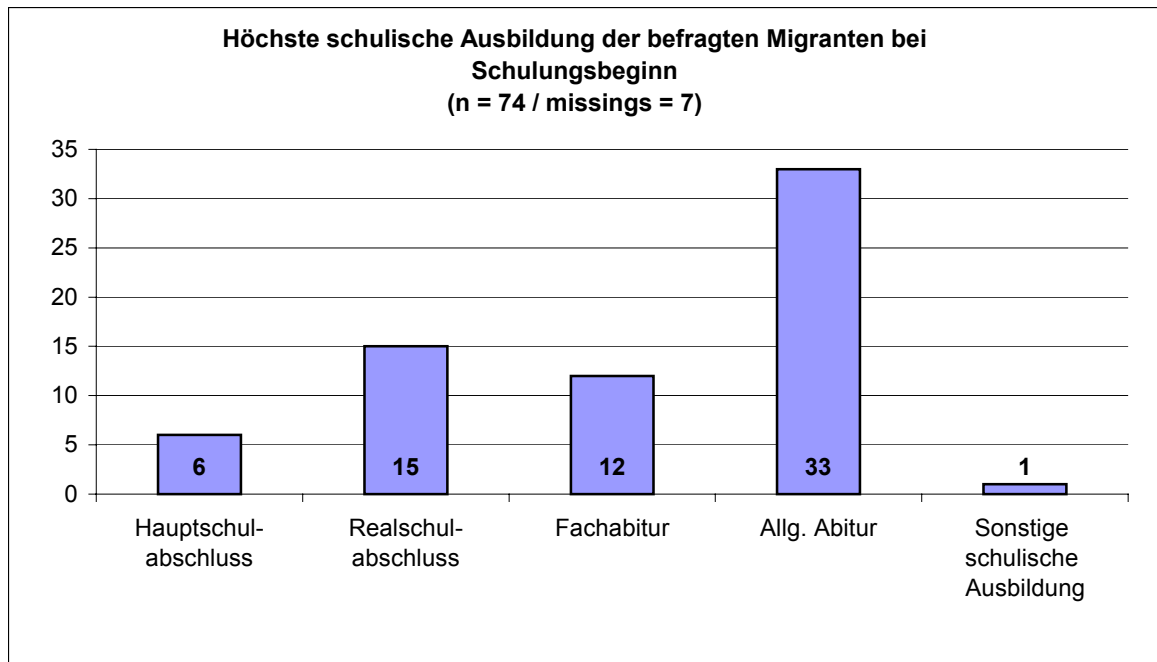


Abb. 11: Höchsten Schulabschluss der befragten Migranten (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut)

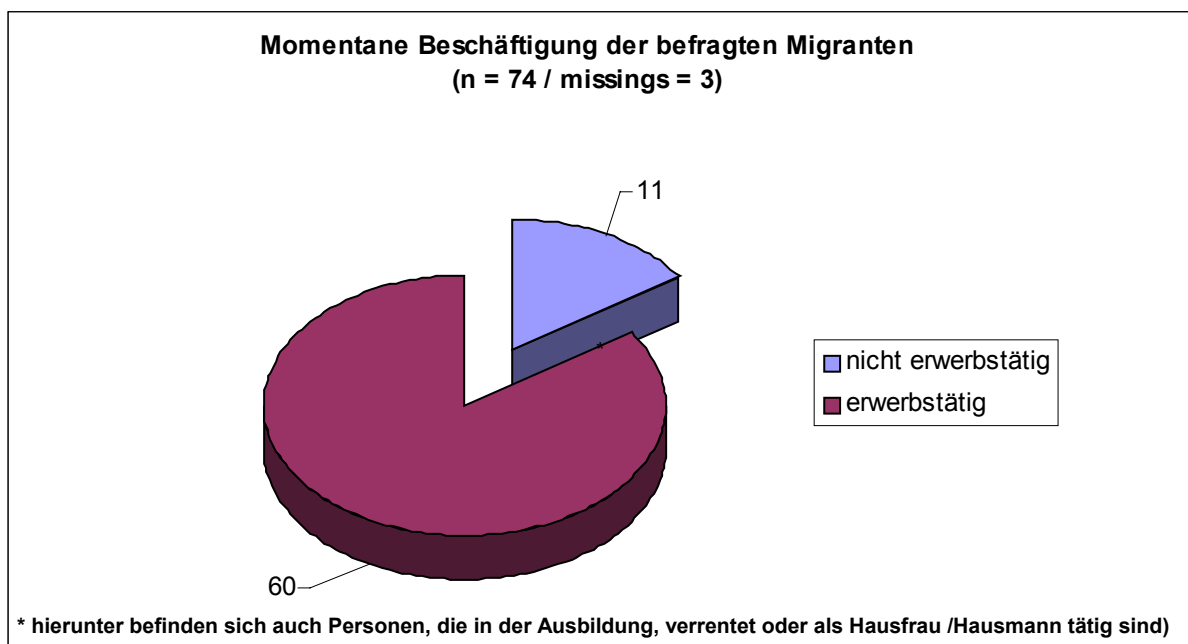


Abb. 12: Momentane Beschäftigung der befragten Migranten (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut)

4.1.5.2 Interesse, Erwartungen, Zufriedenheit und Lernerfolg der Schulungsteilnehmer

Aufgrund von Prävalenzen bestimmter Krankheitsbilder der Migrantengruppen, der Interessenlagen des BKK Bundesverbandes, des EMZ und der Kooperationspartner im Projekt wurden die unten aufgeführten Themen ausgewählt.

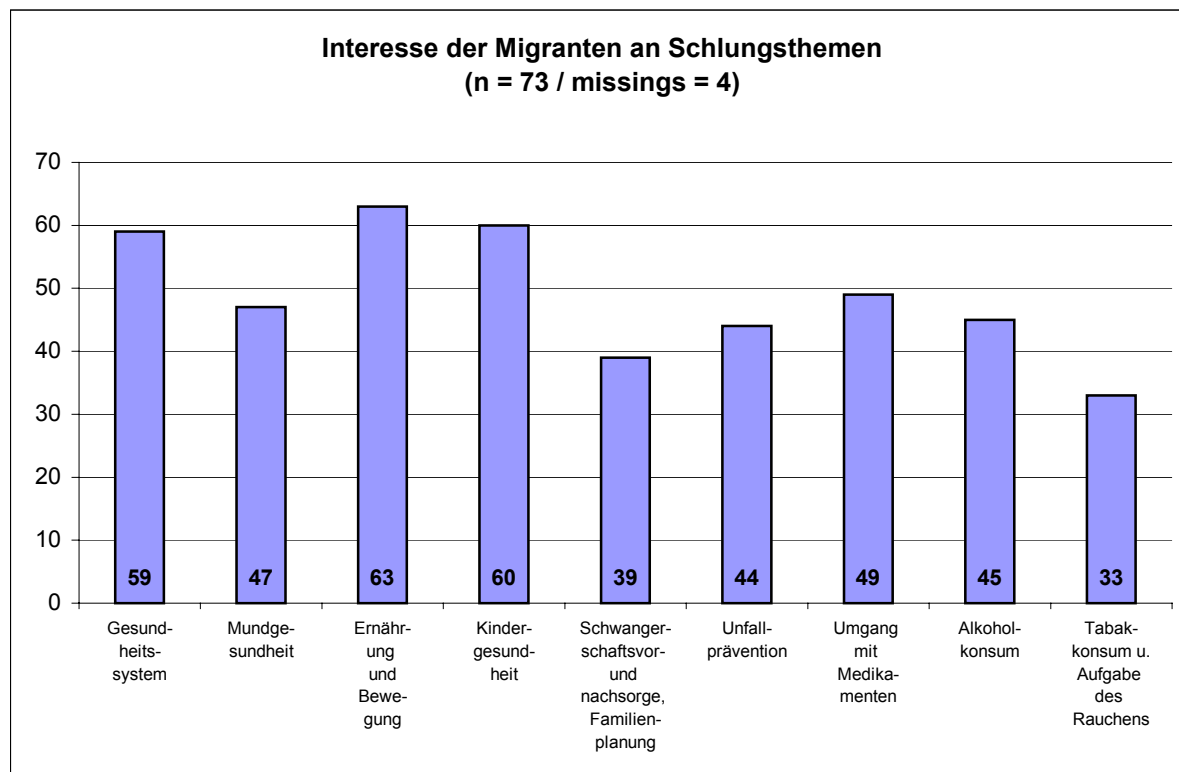


Abb. 13: Interesse der Migranten an Themen der Schulung (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut)

An dieser Stelle soll überprüft werden, ob diese auch bei den Schulungsteilnehmern auf Interesse stießen. Generell kann festgehalten werden, dass an allen ausgewählten Themen ein Interesse bestand. Am meisten interessierten sich die Schulungsteilnehmer für die Themen „Das deutsche Gesundheitswesen“ (59), „Kindergesundheit“ (60) sowie „Ernährung und körperliche Bewegung“ (63). Auf weniger Interesse stießen die Themen Tabakkonsum und Schwangerschaftsvor- und -nachsorge

Im Anschluss an die Schulung wurden die ausgebildeten Mediatoren um ihre Meinung gefragt. Sie machten Aussagen zur Zufriedenheit der Schulung insgesamt, zum Lernerfolg und zur Erfüllung ihrer Erwartungen. Die nächsten drei Diagramme veranschaulichen diese Ergebnisse.

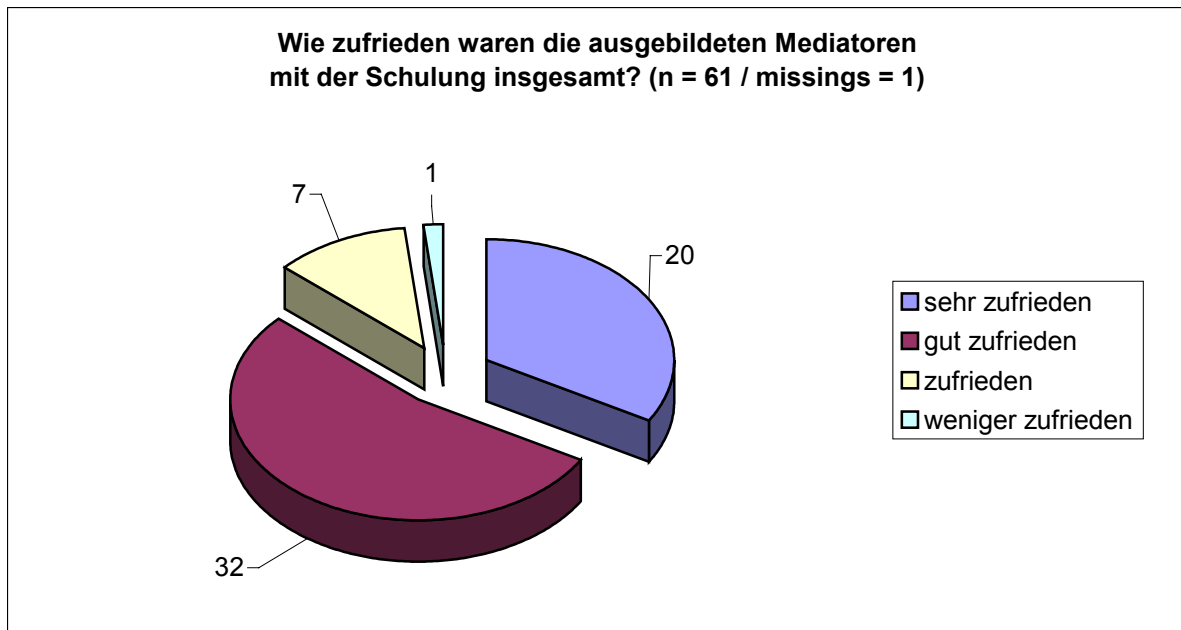


Abb. 14: Zufriedenheit der ausgebildeten Mediatoren insgesamt bei Schulungsabschluss (absolut)

Von den 74 Personen, die erfolgreich an der Schulung teilnahmen, haben 61 Personen einen Fragebogen ausgefüllt. Zur Frage der Zufriedenheit gaben 52 Personen an, dass sie mit der Schulung sehr oder gut zufrieden waren. 7 Personen waren zufrieden und eine Person war weniger zufrieden. Keiner der Befragten gab an, gar nicht zufrieden zu sein.

53 ausgebildete Mediatoren gaben an, dass ihre Erwartungen voll und ganz oder überwiegend erfüllt wurden. Nur eine Person hatte sich etwas anderes von der Schulung versprochen.

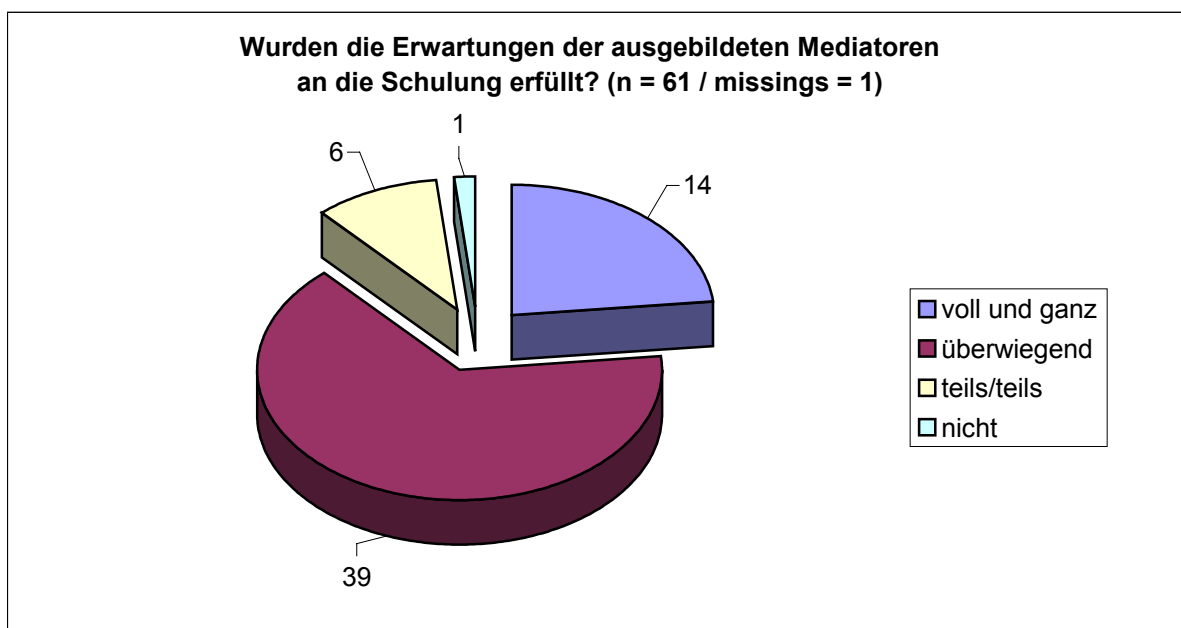


Abb. 15: Erwartungen der ausgebildeten Mediatoren bei Schulungsabschluss (absolut)

Es wurde die Frage gestellt, ob die ausgebildeten Mediatoren in der Schulung insgesamt etwas gelernt haben. 38 befragte Migranten gaben an, sehr viel gelernt zu haben. 14 Personen waren der Ansicht, dass sie viel gelernt haben und nur ein Mediator gab an, dass er wenig gelernt hat.

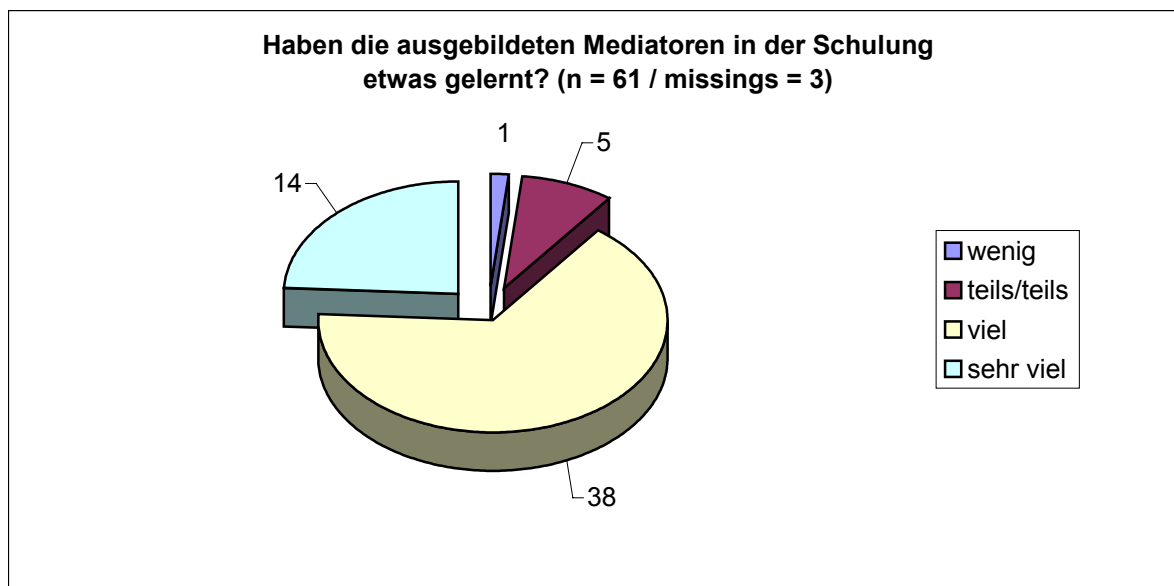


Abb. 16: Lernerfolg der ausgebildeten Mediatoren bei Schulungsabschluss (absolut)

4.1.5.3 Bewertung der einzelnen Veranstaltungen durch Referenten und Schulungsteilnehmer

Neben der Befragung der Teilnehmer zu Beginn und zum Ende des Kurses wurde – vgl. Kap. 3 - jede einzelne Schulungsveranstaltung sowohl durch die Referenten als auch durch die Schulungsteilnehmer bewertet. Diese Feedbackbögen wurden veranstaltungsspezifisch ausgewertet und den jeweiligen Referenten als Feedback zurückgemeldet, zudem dienten sie den regionalen Kooperationspartnern als Erfolgskontrolle. Die Ergebnisse veranstaltungsspezifisch vorzustellen, würde über den Rahmen dieses Endberichtes hinausgehen, daher werden die Ergebnisse des Schulungsfeedbacks im Folgenden zusammengefasst dargestellt.

Referenten

Insgesamt waren an den Schulungen im MiMi-Gesundheitsprojekt 36 Referenten beteiligt. Es lässt sich feststellen, dass das Feedback der Referenten fast durchgehend im positiven bis sehr positiven Bereich liegt.

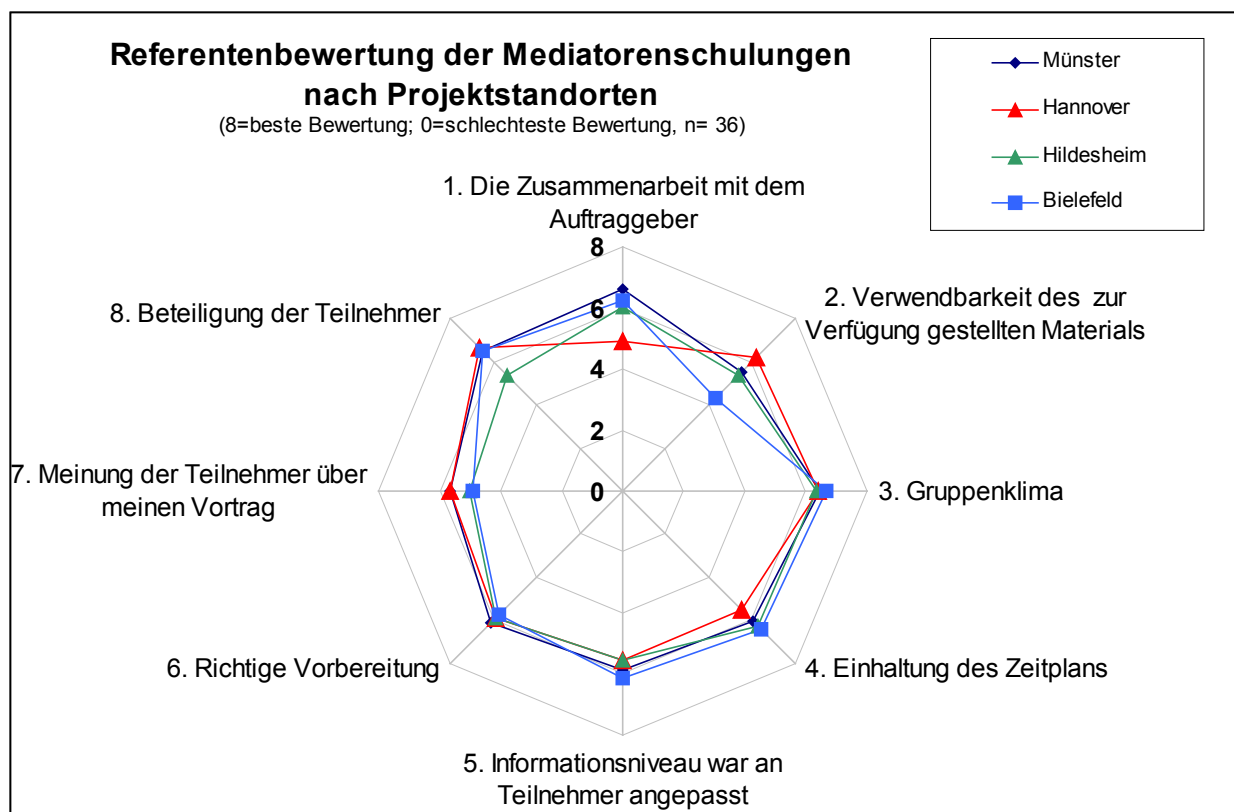


Abb. 17: Referentenbewertung der Mediatorenschulungen nach Projektstandorten (absolut)

Das Gruppenklima wurde als sehr freundlich und einladend beschrieben und auch die aktive Beteiligung der Teilnehmer wurde aus Sicht der Referenten durchgehend positiv bewertet.

Das zur Verfügung gestellte Vorbereitungs- und Informationsmaterial wurde von den Referenten als größtenteils verwendbar bezeichnet. Nach eigener Einschätzung konnte auch der Zeitplan eingehalten werden und die Wahl des Informationsniveaus war meist den Teilnehmern entsprechend angepasst.

An allen Projektstandorten schätzten die Referenten die Meinung der Teilnehmer über den jeweiligen Vortrag als mäßig anregend und interessant ein.

Gesundheitsmediatoren

Im Gegensatz zur Einschätzung der Referenten war bei den Teilnehmern zu erkennen, dass der Gesamteindruck der Veranstaltung als durchgehend positiv bis sehr positiv gesehen wurde. Lediglich die Informativität der schriftlichen Arbeitsunterlagen und die eingesetzten Hilfsmittel wurden etwas weniger gut bewertet.

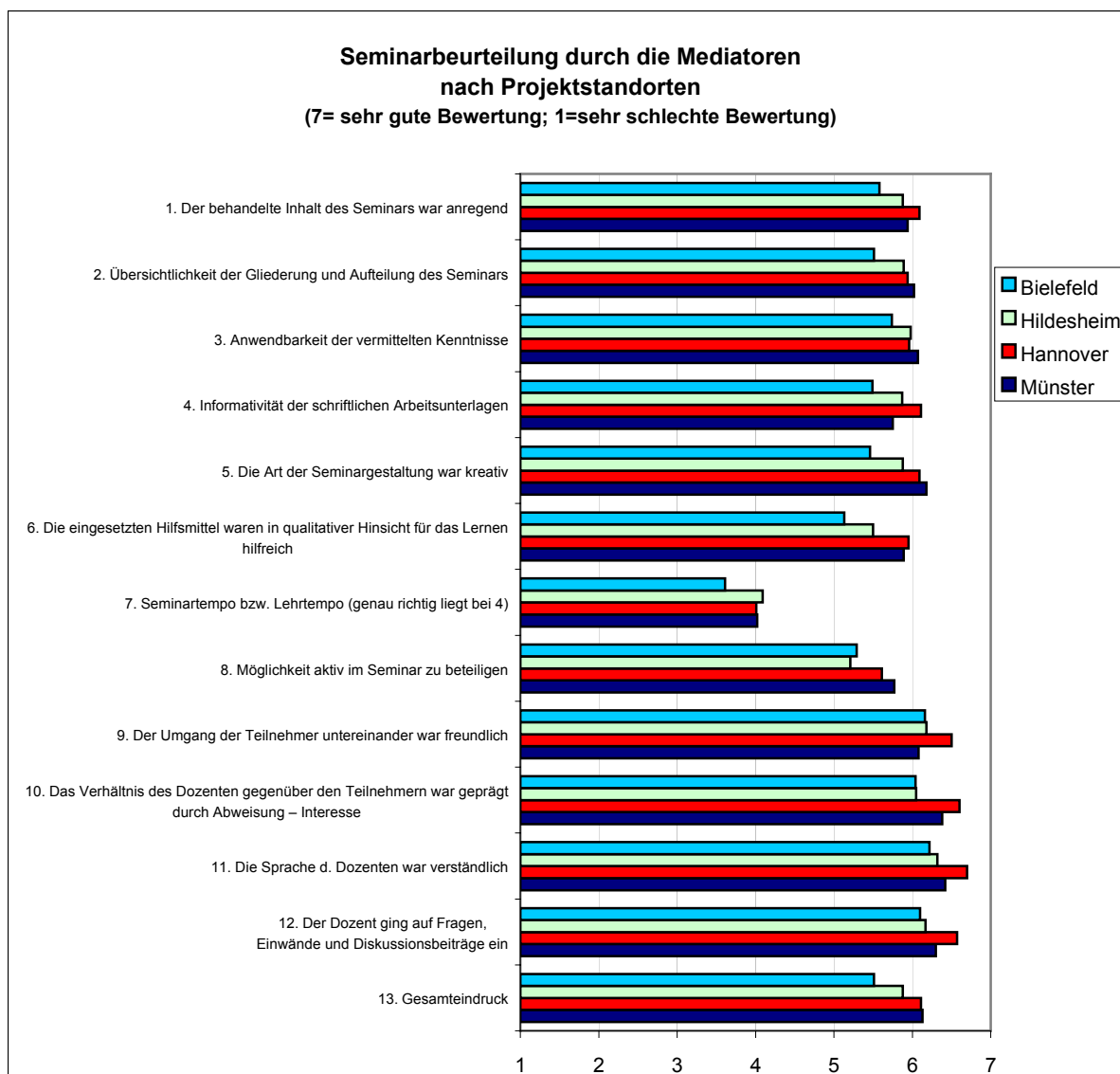


Abb. 18: Seminarbeurteilung der Mediatoren nach Projektstandorten (absolut)

Als sehr angenehm wurde ebenfalls das Gruppenklima unter den Teilnehmern als auch zwischen Teilnehmern und Dozent empfunden. Auch die Möglichkeit zur aktiven Teilnahme an der Veranstaltung war gewährleistet, da die Dozenten auf Fragen, Einwände und Diskussionsbeiträge zu jeder Zeit eingingen.

Der von den Referenten gewählte Zeitplan erwies sich auch bei den Teilnehmern als gut geplant, da sie das Lehrtempo als genau richtig empfanden.

Die Wortwahl und der sprachliche Ausdruck der Dozenten wurden als sehr gut verständlich bewertet. Die Inhalte und der Aufbau des Seminars wurden als anregend und übersichtlich strukturiert beschrieben.

4.2 Baustein 2: Kampagnenphase: Veranstaltungsdurchführung durch die Mediatoren

Im Zeitraum von April bis Juli 2004 wurden in allen Projektstandorten mit den ausgebildeten Mediatoren mehrsprachige „Gesundheitskampagnen“ realisiert. Als „Gesundheitskampagnen“, im Folgenden kurz „Kampagnen“, bezeichnen wir in diesem Zusammenhang Informationsveranstaltungen für Migranten, die zumeist als offene Angebote in den Beratungsstellen und an Treffpunkten in den Communities der Migranten durchgeführt werden.

4.2.1 Vorbereitung der Gesundheitskampagnen

Die Veranstaltungsformen wurden gemeinsam mit den Gesundheitsmediatoren entwickelt und die Veranstalter gemeinsam angeworben, da die Gesundheitsmediatoren für ihren eigenen kulturellen Hintergrund am besten einschätzen können, wie und mit welcher Veranstaltungsform ihre Landsleute gut erreicht und motiviert werden können. Die Veranstaltungen wurden in erster Linie auf Initiative der Gesundheitsmediatoren oder der Mitarbeiter der regionalen Kooperationspartner durchgeführt. Daneben gab es auch Anfragen von interessierten Institutionen oder Personen, denen passende Mediatoren für die Durchführung von Veranstaltungen vermittelt werden konnten.

Als Vorbereitung für die Kampagnen wurden von den Kooperationspartnern Foliensätze entwickelt und übersetzt. Gleichzeitig führten die Kooperationspartner und die Mediatoren Gespräche mit Einrichtungen und Institutionen, um Veranstaltungsorte und Termine für die Kampagnen zu finden und zu vereinbaren. Insgesamt war das Ziel, an jedem Projektstandort 15 der Zielgruppe entsprechende muttersprachliche 1,5 - 3stündige Kampagnen durchzuführen.

4.2.2 Durchführung der Gesundheitskampagnen

Die Veranstaltungen fanden in migrantenspezifischen Einrichtungen wie Sprachschulen, Flüchtlingsheimen, Beratungsstellen für Migranten, Kultur- und Jugendzentren, beim Flüchtlingsrat, beim Sozialamt, in Institutionen der Flüchtlings- und Sozialarbeit und in religiösen Einrichtungen wie Moscheen statt.

Obwohl die Mediatoren in der Gestaltung der Aufklärungsveranstaltungen (Medienwahl, Präsentationsart...) eigenständig entscheiden konnten, um kulturspezifische Besonderheiten und Gewohnheiten der Teilnehmer zu berücksichtigen, war der grundsätzliche Ablauf der Aufklärungsveranstaltungen gleich. Die Mediatoren sollten den Teilnehmern zunächst den Aufbau des deutschen Gesundheitswesens erläutern. Darüber hinaus bestand die Möglichkeit, eines

der in der Schulung vermittelten Präventionsthemen zu vermitteln. Folgende Übersicht gibt den idealtypischen Ablauf einer Aufklärungsveranstaltung wieder:

Idealtypischer Ablauf einer Kampagnenveranstaltung

Dauer einer Veranstaltung: 2 – 3 Stunden (exkl. Vor- und Nachbereitung)

Aufbau der Aufklärungsveranstaltung:

1. Begrüßung
2. Veranstaltungsablauf vorstellen
3. Evaluationsfragebögen ausfüllen
4. Das deutsche Gesundheitssystem vorstellen
5. Gesundheitsförderung und Prävention thematisieren
6. Spezifische Themen referieren und diskutieren

Je nach Zusammensetzung der Gruppe konnte aus folgenden Präventionsthemen eines ausgewählt werden:

- Tabakkonsum, Tabakentwöhnung
- Alkoholkonsum und Hintergründe
- Umgang mit Medikamenten
- Unfallprävention
- Schwangerschaftsvor- und nachsorge
- Familienplanung
- Kindergesundheit
- Ernährung und körperliche Bewegung
- Mundgesundheit

Jede Veranstaltung wurde evaluiert: Hierzu wurde zum einen ein Veranstaltungsbericht vom durchführenden Mediator direkt im Anschluss an eine durchgeführte Kampagnenveranstaltung ausgefüllt, zum zweiten wurden an die Teilnehmer der Veranstaltung Fragebögen ausgeteilt, um die Kampagne zu bewerten (vgl. Kapitel 3.1.2). Eine Kampagne wurde als durchgeführt gewertet und honoriert, wenn mindestens 10 Personen teilnahmen, wenn der Mediator einen Veranstaltungsbericht ausgefüllt hatte und von den Teilnehmern 10 Fragebögen ausgefüllt wurden (vgl. Kap. 3.2: Evaluation der Kampagnenphase). Das Honorar für den Mediator betrug pro Veranstaltung je nach Region zwischen 60 und 150 €. Die unterschiedlichen Honorare ergaben sich aus den Vorgaben und Wünschen der regionalen Kooperationspartner und der Anzahl der ausgebildeten Mediatoren pro Standort.

4.2.3 Begleitung der Mediatoren während der Kampagnenphase/ Hilfestellung/ Ansprechpartner

Während der Kampagnenphase wurden den Mediatoren ergänzende Treffen angeboten. Ziel war es, mögliche organisatorische Defizite oder Probleme, die bei den Kampagnen auftraten, in einem frühen Stadium zu erkennen und abzubauen. In diesen Gruppensitzungen der Mediatoren konnten Erfahrungen ausgetauscht und innovative Ideen voneinander übernommen werden.

Während der Kampagnenphase wurden die Mediatoren von den regionalen Projektpartnern in organisatorischer Hinsicht unterstützt. Nötig war Unterstützung insbesondere

- Für Absprachen mit den Veranstaltungsträgern
- Für die Erstellung von Arbeitsunterlagen (Folien, Ausdrücke, Kopien der Feedbackbögen)

4.3.4 Ergebnisse der Kampagnenphase

4.3.4.1 Veranstaltungsorte, -dauer, -themen, -teilnehmer und Zugangswege

Ingesamt wurden 63 dokumentierte Veranstaltungen durchgeführt, die sich aber nicht gleichmäßig auf die Projektstandorte verteilen. Im Erhebungszeitraum von April bis Juni 2004 fanden in Hannover 14, in Hildesheim 11, in Bielefeld und in Münster jeweils 19 erfolgreich dokumentierte Veranstaltungen statt. Insgesamt wurden 25 türkische, 17 russische, 2 bosnische, 3 kroatische, 4 serbische und 12 anderssprachige Veranstaltungen durchgeführt.

Tab. 11: Veranstaltungssprachen nach Projektstandorten (absolut)

Sprachen nach Veranstaltungsorten (n = 63 / missings = 0)							
	Türkisch	Russisch	Serbisch	Bosnisch	Kroatisch	Andere Sprachen	Gesamt
Bielefeld	8	2	0	1	1	7	19
Hannover	4	7	0	1	2	0	14
Hildesheim	3	3	0	0	0	5	11
Münster	10	5	4	0	0	0	19
Gesamt	25	17	4	2	3	12	63

Darüber hinaus wurden auch in anderen Sprachen Informationsveranstaltungen durchgeführt. Hierzu gehörten arabisch (6) kurdisch (3) spanisch (1) rumänisch (1) und auch deutsch (4).

Die Gesundheitsmediatoren erreichen ihre Landsleute über drei unterschiedliche Herangehensweisen: erstens über den aufsuchenden Ansatz, zweitens über den Community-Ansatz und drittens über öffentliche Veranstaltungen in Form von Komm-Strukturen.

Über den **aufsuchenden Ansatz** werden die Personen an feststehenden Orten bzw. Institutionen wie z.B. in Sprachschulen erreicht. Meist durch Initiative der Gesundheitsmediatoren wird dabei nach Einverständnis des Lehrers und des Trägers ein Termin für die Durchführung einer Informationsveranstaltung während des Unterrichts vereinbart, an der die Sprachschüler dann teilnehmen. Da die Teilnehmer i.d.R. nicht aus eigener Initiative, sondern unter Vorgabe der Institution an den Veranstaltungen teilnehmen, kann keine Aussage darüber getroffen werden, inwiefern die Teilnehmer von der Thematik der Veranstaltung betroffen sind, wie motiviert sie für die Teilnahme an der Veranstaltung sind oder welche Präventionsthemen sie interessieren. Das bedeutet aber auch, dass sich dieser Ansatz eignet Migranten

unvoreingenommen gesundheitsrelevante Themen im Vorfeld von drohender Krankheit oder Betroffenheit näher zubringen.

Im **Community-Ansatz** werden Personen über bestehende Gruppen der jeweiligen Gemeinde bzw. Community erreicht (z.B. Migrantenvereine, Moscheen, Gemeindehäuser etc.). In der Regel wird im Vorfeld mit einer Schlüsselperson, beispielsweise mit einem Hodscha, (d.h. einem Moscheevorsteher bzw. islamischen Gemeindeleiter)) aus der Community gesprochen. In dem Gespräch werden Vereinbarungen über Inhalte, Ziele und Methoden der Veranstaltung abgestimmt. Somit besteht die Möglichkeit ein aktuelles Thema in der entsprechenden Community zu besprechen. Das Besondere an diesem Ansatz liegt im Empfehlungscharakter der entsprechenden Schlüsselpersonen. Beispielsweise kann im Anschluss an ein Gebet der Hodscha eine Veranstaltung zum Thema Drogen ankündigen und den Migranten die Teilnahme nahe legen. In Ausnahmefällen könnten Information auch im Freitagsgebet implementiert werden. Somit haben die Migranten die Möglichkeit frei zu wählen, aber ihnen wird die Teilnahme an dieser Veranstaltung empfohlen. Daher fühlen sich die Migranten dieser Empfehlung eher verpflichtet und nehmen eher an der empfohlenen Veranstaltungen teil als bei dem öffentlichen Ansatz (siehe unten).

Beim **öffentlichen Ansatz** werden die Teilnehmer im Vorfeld einer Veranstaltung über Ausgänge, Plakate oder Broschüren zur Teilnahme an der Veranstaltung eingeladen. Prinzipiell sind als Veranstaltungsformen Vorträge in (öffentlichen) Räumen, auf öffentlichen Plätzen oder geeigneten Großveranstaltungen (Sport-, Musikveranstaltungen) denkbar. Es kann angenommen werden, dass Teilnehmer solcher Veranstaltungen in der Regel motivierter sind, sich über die spezifische Thematik der Veranstaltungen zu informieren. Dieser Ansatz entspricht am ehesten den mittelschichtorientierten Komm-Angeboten anderer Veranstalter. Das bedeutet, es kommen zu den Veranstaltungen in erster Linie die Personen, die vom entsprechenden Thema oder der jeweiligen Krankheit betroffen sind. Das kann bedeuten, dass zum einen die sozial benachteiligten Migranten mit diesem Ansatz weniger erreicht werden und zum anderen eher Personen zu Themen der Sekundär- und / oder Tertiärprävention erreicht werden.

Die folgende Tabelle gibt darüber Aufschluss, an welchen Projektstandorten und in welchen Einrichtungen die Informationsveranstaltungen stattfanden.

Tab. 12: Veranstaltungsorte der Informationsveranstaltungen in den einzelnen Regionen (absolut)

Veranstaltungsorte (n = 63 / missings = 3)						Ansatz		
Orte	HI	MS	BI	H	Gesamt	A*	C*	Ö*
Gemeinschafts-/ Begegnungsstelle								
Jugendzentrum	2	10	4	0	16	16	0	0
Migrantenberatungsstelle	0	0	3	0	3	3	0	0
Flüchtlingsheim	4	1	0	4	9	0	9	0
Religiöse Einrichtung	0	4	2	2	8	0	8	0
Sprachschule	1	0	0	3	4	4	0	0
Kulturzentrum	0	1	3	1	5	0	5	0
Verein für Migranten	3	0	0	0	3	3	0	0
Sonstige Einrichtungen	0	3	5	4	12	1	7	4
dar. Privat	0	1	0	0	1	1	0	0
dar. AIDS-Hilfe	0	0	1	0	1	0	1	0
dar. AWO	0	2	0	2	4	0	4	0
dar. DRK	0	0	4	0	4	0	2	2
dar. EMZ	0	0	0	2	2	0	0	2
Gesamt	11	19	19	14	63	27	29	4
keine Angaben	1	0	2	0	3	-	-	-

A* Aufsuchender Ansatz (Siehe Erklärung S. 45,46)

C* Community- Ansatz (Siehe Erklärung S. 45,46)

Ö* Öffentlicher Ansatz (Siehe Erklärung S. 45,46)

Die ausgebildeten Gesundheitsmediatoren wählten zu einem großen Teil aufsuchende Strukturen in Form von Gemeinschaftszentren, Sprachschulen, Begegnungsstellen und Jugendzentren als Informationsorte aus (27). Hier hatten sie einen Zugang zu ausgewählten Gruppen (Frauengruppen, Therapiegruppen, Vereinen etc.). In der Regel waren den Mediatoren die Mitglieder dieser Gruppen bekannt.

Dem Community-Ansatz können mit 29 Veranstaltungen die meisten Informationsveranstaltungen zugeordnet werden, die in Flüchtlingsheimen, Kulturzentren, in religiösen Einrichtungen aber auch bei freien Trägern und Vereinen stattfanden.

Insgesamt wurden nur vier öffentliche Veranstaltungen von den ausgebildeten Mediatoren realisiert. Die meisten Veranstaltungen fanden in Gemeinschafts-/ Begegnungsstellen/ Jugendzentren (16), Flüchtlingsheimen (9) in religiösen Einrichtungen statt. Bei 9 Veranstaltungen konnte

die geforderte Mindestteilnehmerzahl von minimal 10 Personen (die einen Fragebogen ausfüllen) nicht erreicht werden. Insgesamt nahmen an den Informationsveranstaltungen zu Themen der Prävention und zum deutschen Gesundheitssystem 856 Personen (772 Fragebögen, die in die Auswertung mit einfließen) teil. In Hannover waren es 232, in Hildesheim 129, in Bielefeld 282 und in Münster 213 Teilnehmer.

Die folgende Tabelle gibt darüber Aufschluss, wie viele Teilnehmer die Veranstaltungen besuchten. In der Regel nahmen zwischen 8 und 20 interessierte Personen daran teil. Bei 32 Veranstaltungen bestand die Teilnehmergruppe aus 10 bis 14 Personen. Im Durchschnitt wurden die Informationsveranstaltungen von 13 Personen besucht.

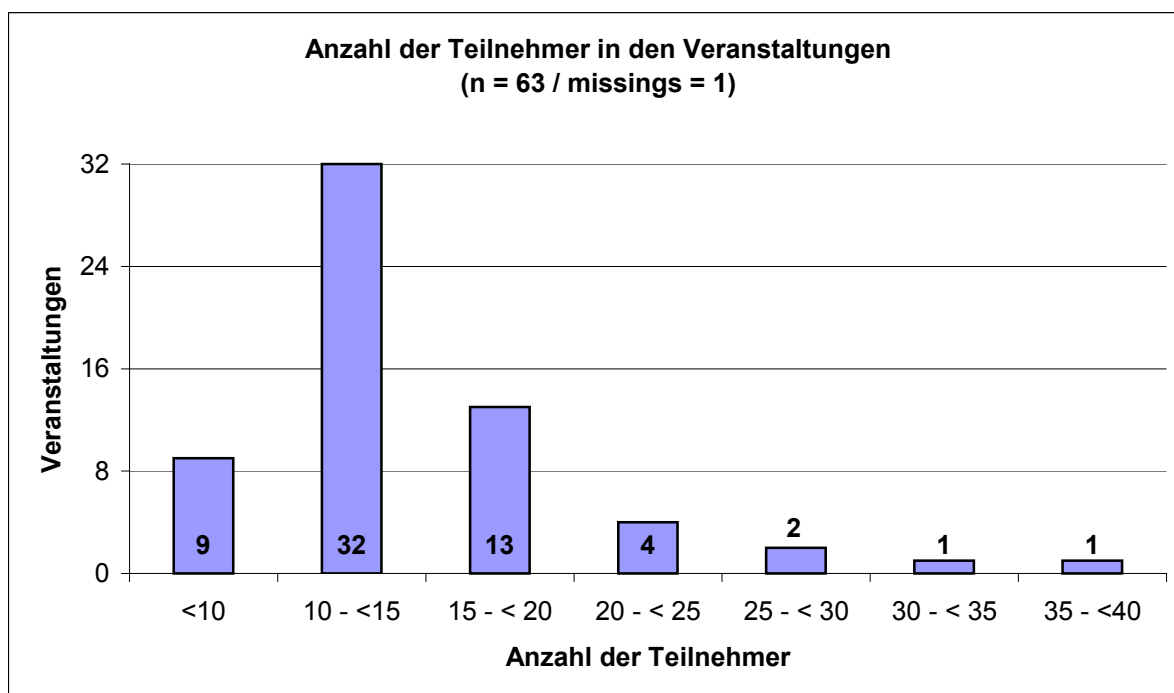


Abb. 19: Anzahl der Teilnehmer in den Informationsveranstaltungen (absolut)

Die meisten Kampagnenteilnehmer sind durch Informationen von Dritten, z.B. Freunden, Bekannten oder auch den ausgebildeten Mediatoren auf die einzelnen Veranstaltungen aufmerksam geworden. Diese Gruppe macht einen Anteil von über 72% aus. Weitere Teilnehmer informierten sich über Telefon (15%), oder über Plakate (5,8%). 6,6% erhielten eine Einladung per Post. Die Informationsquellen Broschüren, Internet und Zeitung als direkte Informationsmedien sind zu vernachlässigen. Einschränkend hinzugefügt werden muss, dass nur im Landkreis Hildesheim und in Bielefeld Zeitungsartikel im Vorfeld der Schulung erschienen sind. Gerade durch die Zeitungsmeldungen wurde das Interesse der Migranten an den Schulungen geweckt und so die Information an Dritte möglich.

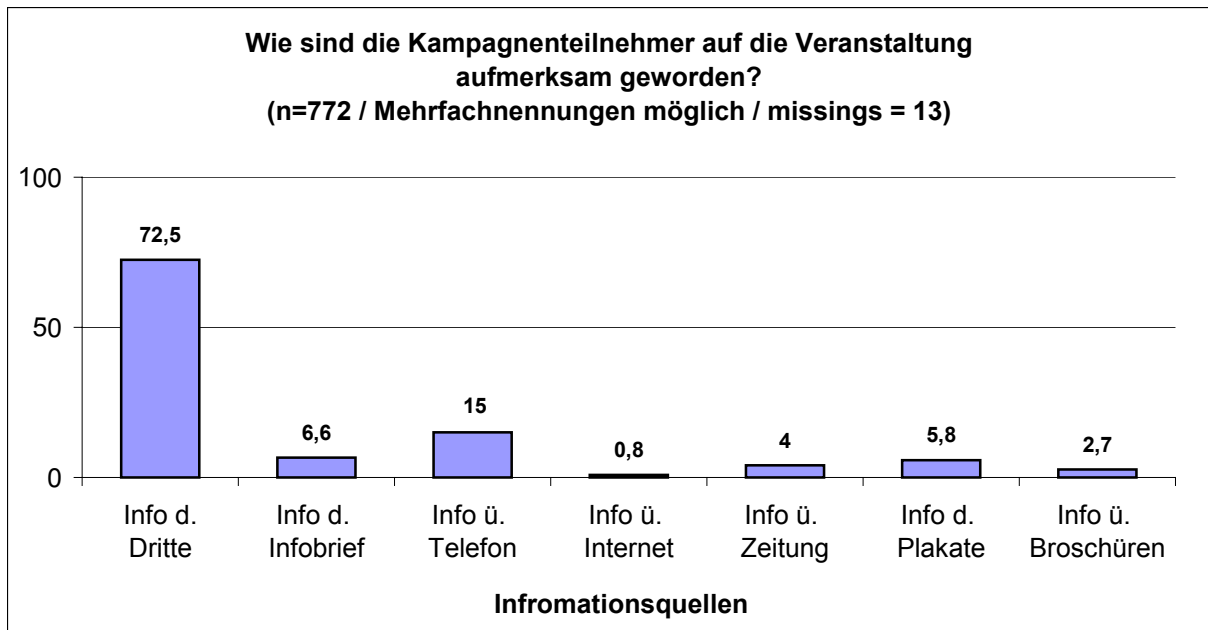


Abb. 20: Informationsquellen der Kampagnenteilnehmer in Prozent

Die meisten Veranstaltungen (28) dauerten mit über 3 Stunden länger als vorgesehen und oftmals wurde aus Zeitgründen nur das deutsche Gesundheitswesen vorgestellt.

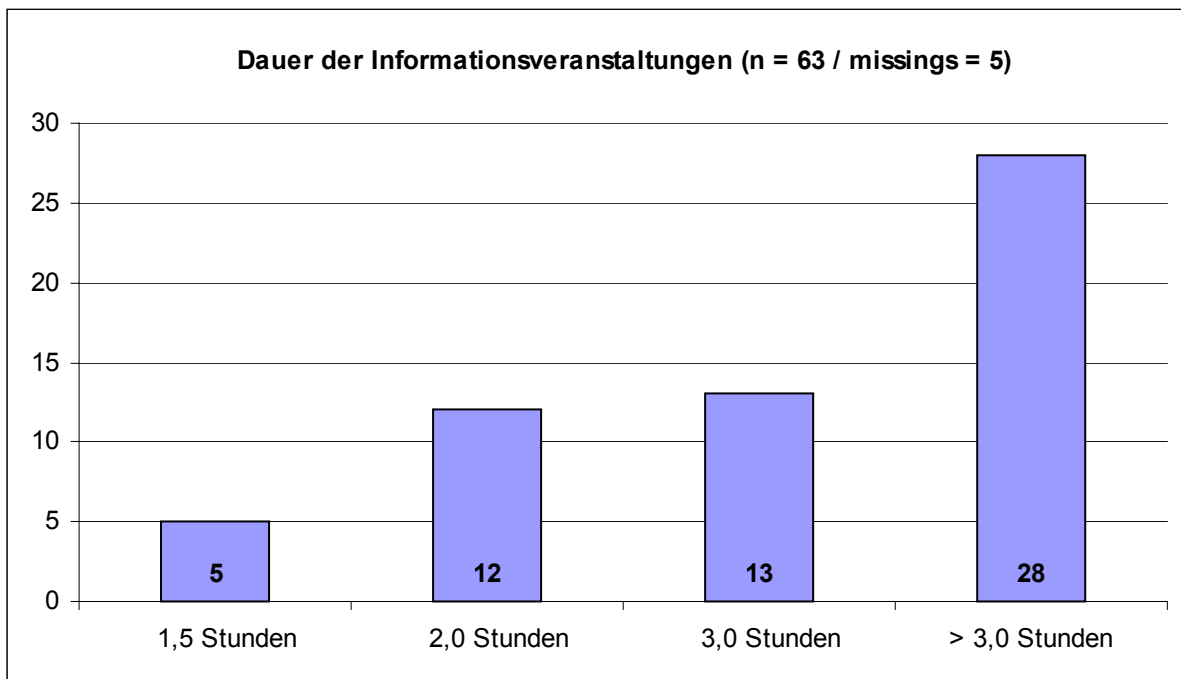


Abb. 21: Dauer der Informationsveranstaltungen (absolut)

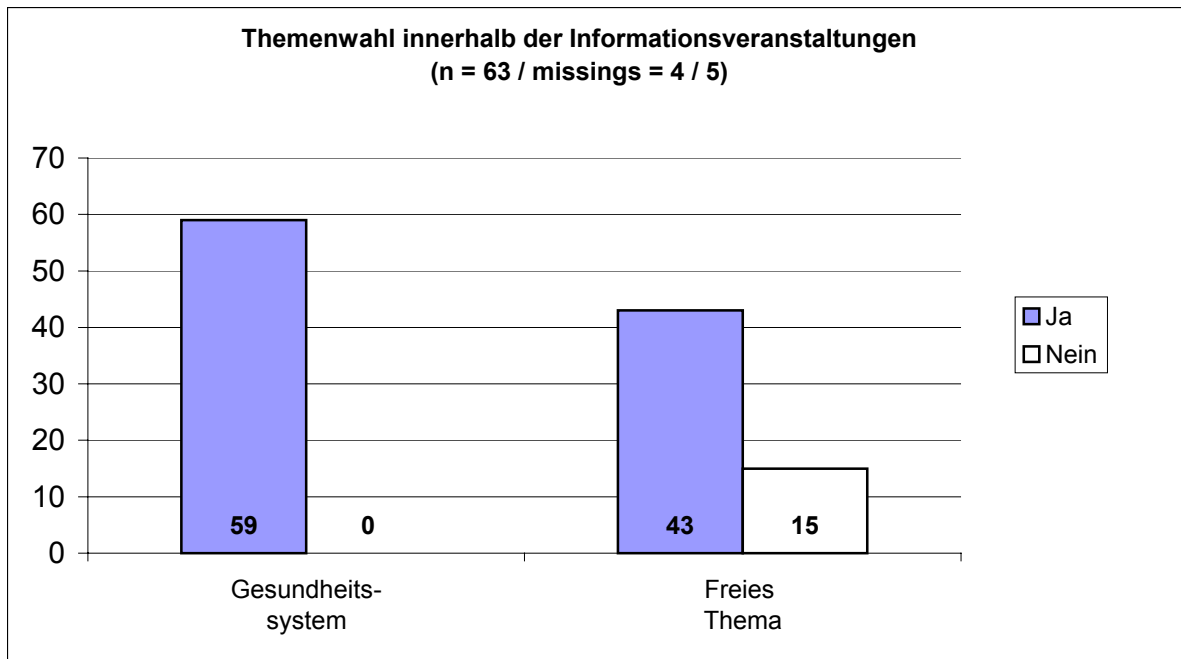


Abb. 22: Themenwahl innerhalb der Informationsveranstaltungen (absolut)

Bei 59 Veranstaltungen wurde von den ausgebildeten Mediatoren in der Informationsveranstaltung das deutsche Gesundheitssystem anhand eines erstellten Foliensatzes den Kampagnenteilnehmern vorgestellt. 43 Mediatoren wählten noch ein zusätzliches Thema aus, welches von ihnen vermittelt wurde. Bei 15 Veranstaltungen konnte aus Zeitgründen kein zweites Thema mehr referiert werden. In der folgenden Abbildung sind die frei ausgewählten Themen einzusehen, die von den Mediatoren unterrichtet wurden.

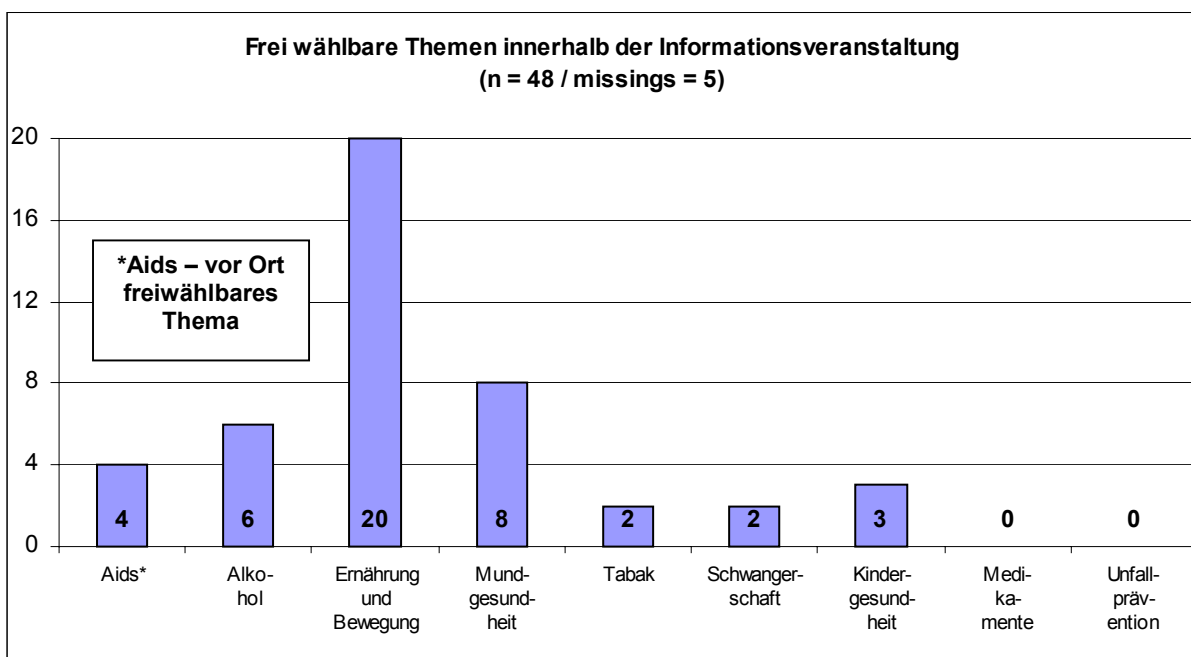


Abb. 23: Themenauswahl der Mediatoren für Durchführung einer Informationsveranstaltung (absolut)

Ernährung und körperliche Bewegung wurde von den Mediatoren am häufigsten als frei wählbares Thema zusätzlich referiert (20). Darauf hin folgten die Themen Mundgesundheit und Alkohol mit jeweils 8 und 6 Veranstaltungen. Die Themen Umgang mit Medikamenten und Unfallprävention wurden in keinem der Projektstandorte referiert.

4.3.4.2 Profil der Kampagnenteilnehmer

Die Abbildung 24 zeigt, dass etwa 2/3 der Kampagnenteilnehmer weiblich waren. An den Informationsveranstaltungen nahmen mit einem Anteil von ca. 67% mehr Frauen als Männer teil.

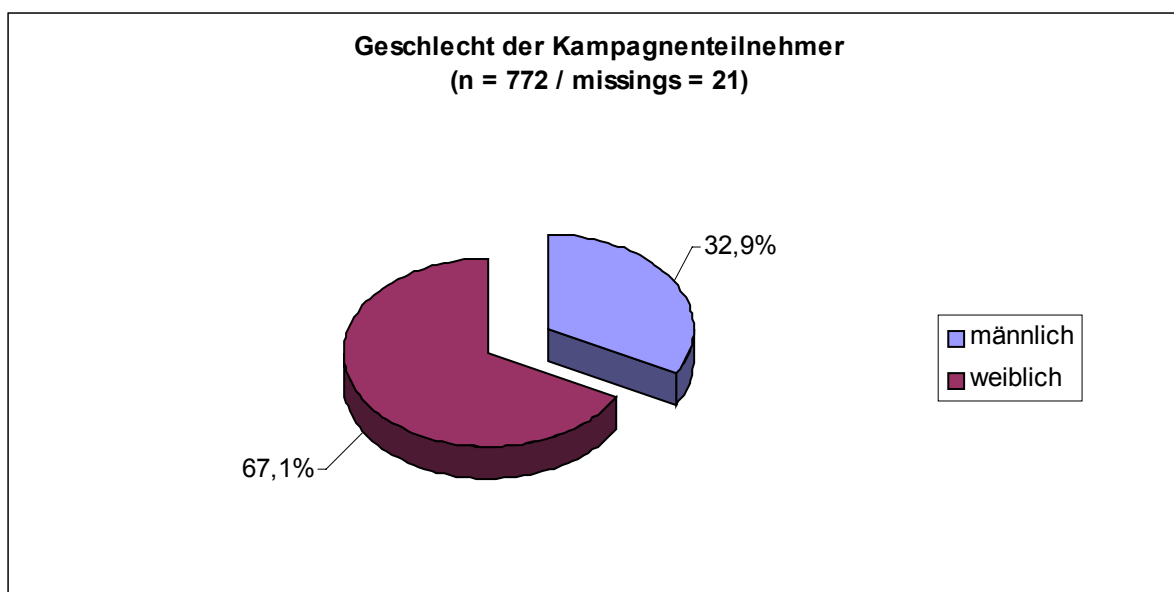


Abb. 24: Geschlecht der Kampagnenteilnehmer in Prozent

Das Alter der Kampagnenteilnehmer kann in der folgenden Grafik abgelesen werden. Über 65% der Teilnehmer waren zwischen 21 und 50 Jahren alt. Die Gruppe der über 50jährigen macht einen Anteil von 22,4% aus. Bis zu 20 Jahren alt waren 12,4% der befragten Migranten. Die unter 18jährigen waren als Zielgruppe für die Kampagnen ausgeschlossen und die über 60jährigen nicht explizit als Zielgruppe angesprochen worden, so dass diese Gruppen zu vernachlässigen sind. Um diese Zielgruppe zu erreichen, müssten andere Themen hinzukommen, andere Vermittlungswege erprobt und andere Unterrichtsmedien erstellt werden.

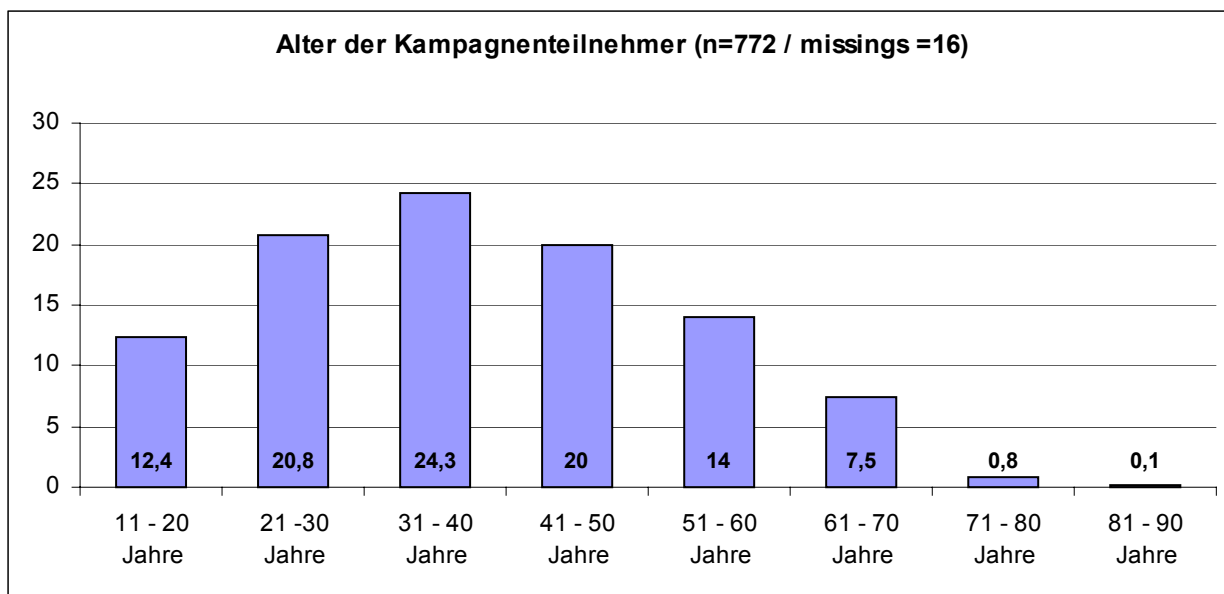


Abb. 25: Altersverteilung der Kampagnenteilnehmer in Prozent

Rund 35% der Veranstaltungsteilnehmer gaben türkisch und 27% russisch als ihre Muttersprache an. Serbisch, Bosnisch und Kroatisch sprachen insgesamt 21% der Teilnehmer als Muttersprache. Daneben gab es noch Teilnehmer mit den Muttersprachen Arabisch, Kurdisch, Rumänisch und Spanisch. Diese Teilnehmergruppe machte einen Anteil von rund 15% aus.

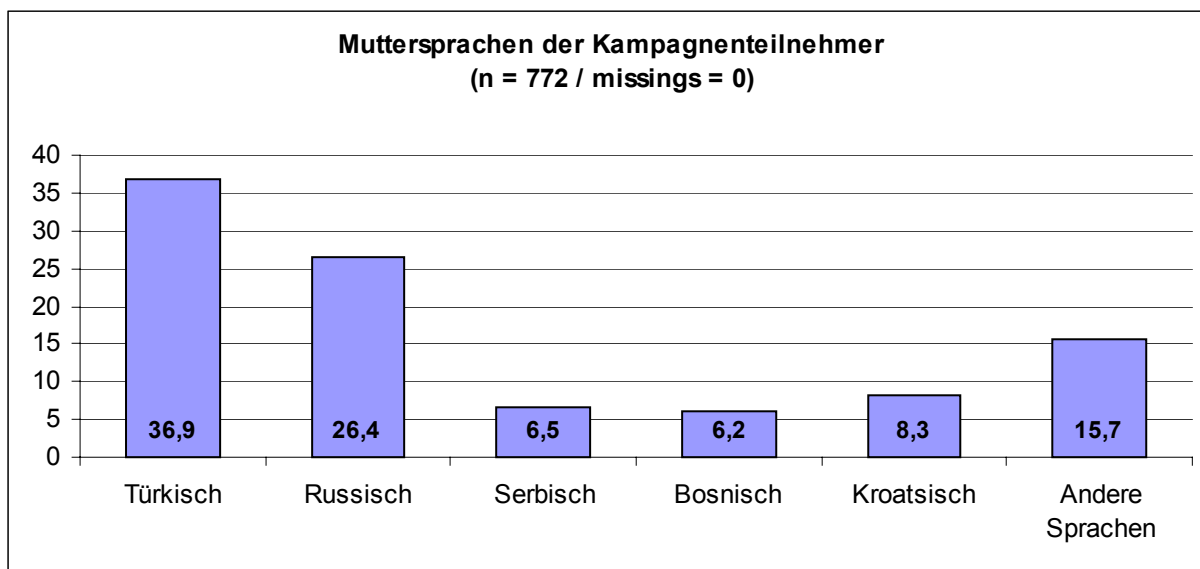


Abb. 26: Muttersprache der Kampagnenteilnehmer in Prozent

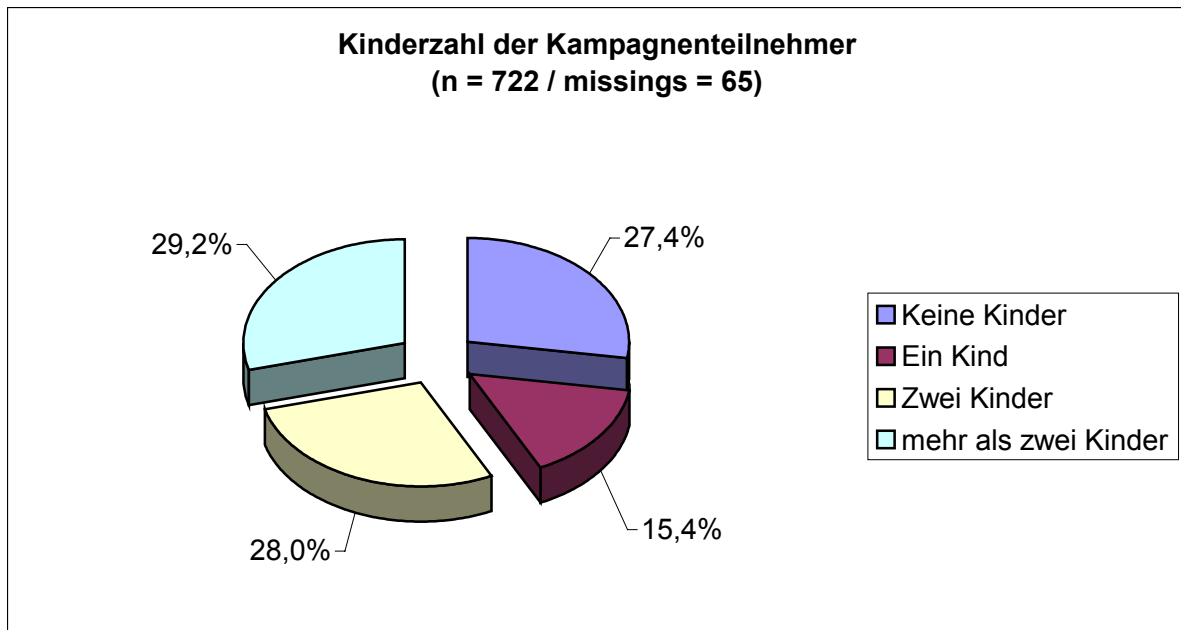


Abb. 27: Kinder der Kampagnenteilnehmer in Prozent

Ungefähr 73% der Personen gaben an, Kinder zu haben. Davon machte die Kleinfamilie mit zwei Kindern den größten Anteil aus (28%). Dann folgte die Gruppe mit einem Kind mit 15,4%. Insgesamt haben 29,2% der Befragten drei oder mehr Kinder. 65 gefragte Migranten machten hierzu keine Angaben.

Rund 25% der Interessierten leben seit 3 Jahren oder kürzer in Deutschland. Etwa 32% der Kampagnenteilnehmer sind vor über 10 Jahren nach Deutschland eingereist. 12% der befragten Migranten sind in Deutschland geboren. Im Zeitraum zwischen 1993 und 2001 kamen rund 31% der Teilnehmer von Informationsveranstaltungen nach Deutschland.

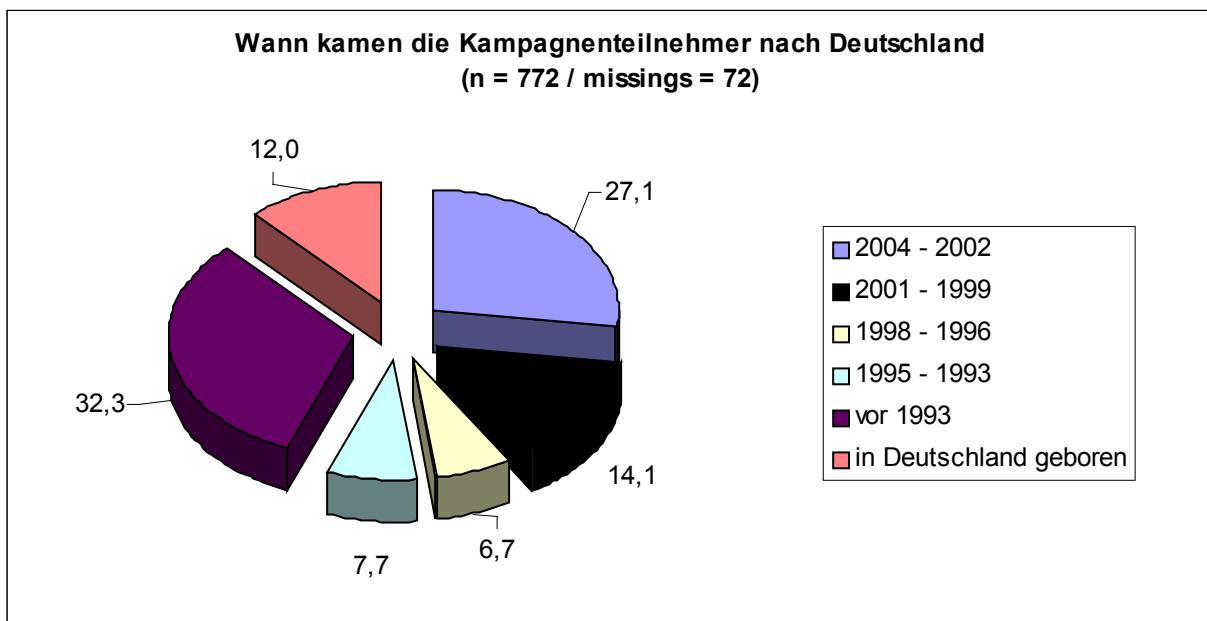


Abb. 28: Einreisejahr der Kampagnenteilnehmer nach Deutschland in Prozent

Bei den Informationsveranstaltungen wurden mit ca. 84% meist Personen mit niedrigem und mittlerem Sozialindex erreicht. Bei 70 Personen konnte kein Sozialindex errechnet werden, da eine der erforderlichen Angaben fehlte.

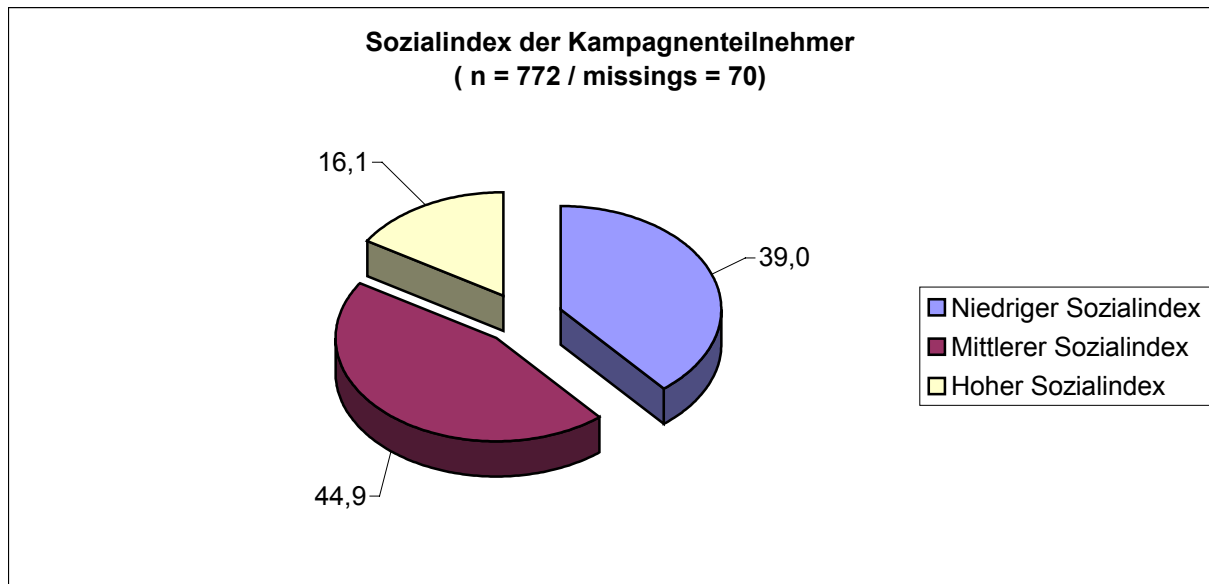


Abb. 29: Sozialindex der Kampagnenteilnehmer in Prozent

Insgesamt haben etwa 40% einen niedrigen oder gar keinen Schulabschluss. Bei fast 65% der Besucher von muttersprachlichen Informationsveranstaltungen waren die Deutschkenntnisse nicht vorhanden bis nur befriedigend vorhanden, während nur ungefähr 30% ihre Deutschkenntnisse als gut bis sehr gut einschätzten.

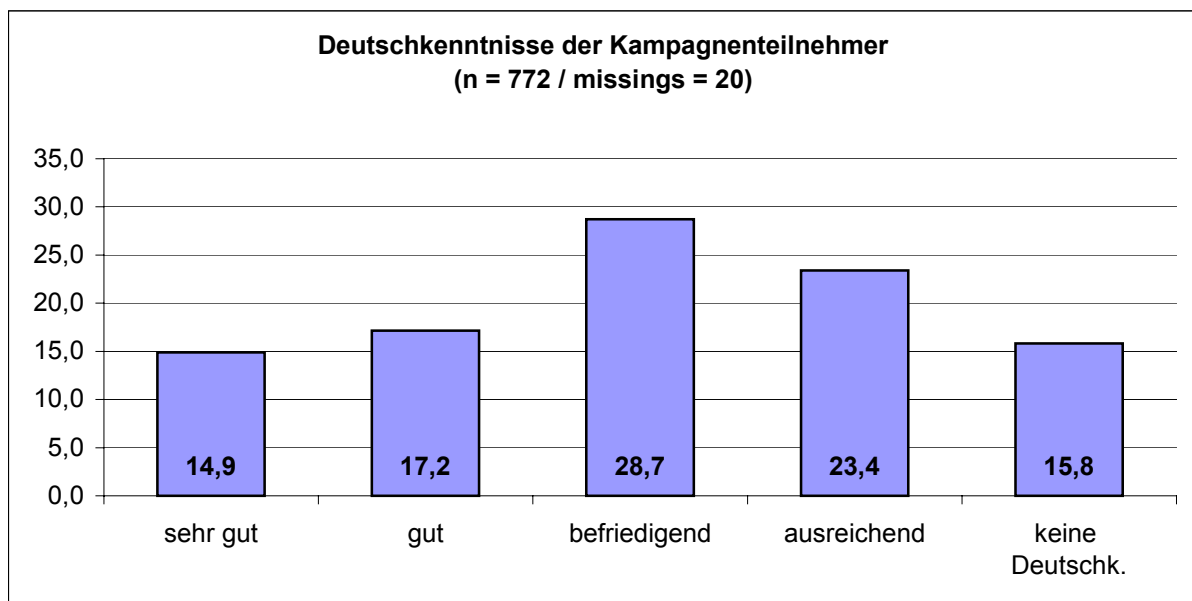


Abb. 30: Deutschkenntnisse der Kampagnenteilnehmer in Prozent

In Abbildung 30 ist der höchste Schulabschluss der Kampagnenteilnehmer abzulesen. Hier fällt auf, dass die meisten befragten Migranten über einen Hauptschul- (34,5%) oder Real- schulabschluss (28,7%) verfügen.

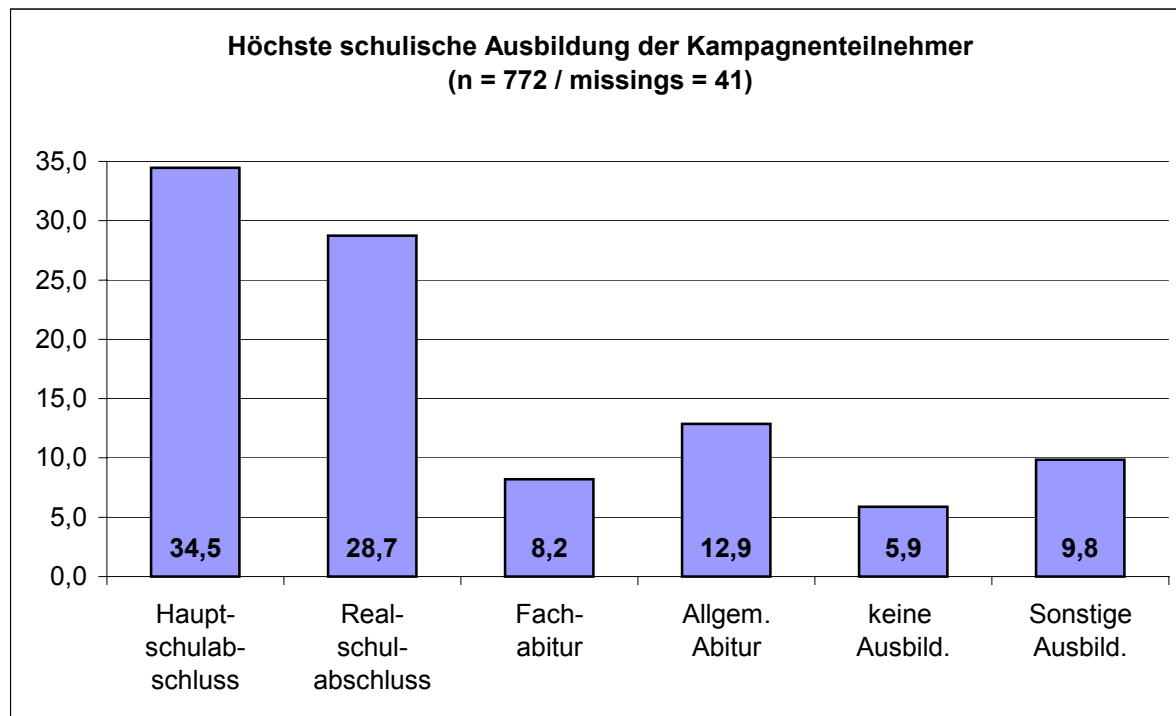


Abb. 31: Höchster Schulabschluss der Kampagnenteilnehmer in Prozent

Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass nach Aussagen der Mediatoren, viele Migranten, gerade aus dem türkischen Sprachraum, den Hauptschulabschluss als Kategorie gewählt haben, da es keine entsprechende Schulform gab, die mit ihrem Abschluss vergleichbar ist. In der Türkei bestand noch bis 1997 eine nur fünfjährige Schulpflicht.²⁴ Nach fünf Jahren konnte man von der Schule abgehen und einen Beruf erlernen oder eine Arbeit aufnehmen.

Über 20% der Teilnehmer schlossen die Schule mit dem Fachabitur oder mit dem Abitur ab. 5,9% gaben an, dass sie keine schulische Ausbildung beendet haben. 9,8% durchliefen eine andere Ausbildung. Bei dieser Gruppe ist ebenfalls kein Rückschluss auf die Dauer und Art der schulischen Ausbildung möglich.

²⁴ vgl.: Bundesinstitut für Berufsbildung: Berufsbildungssystem in der Türkei. Onlinetexte des BIBB, 30.09.2004. <http://www.bibb.de/de/14099.htm>, Zugriff am 29.08.2005.

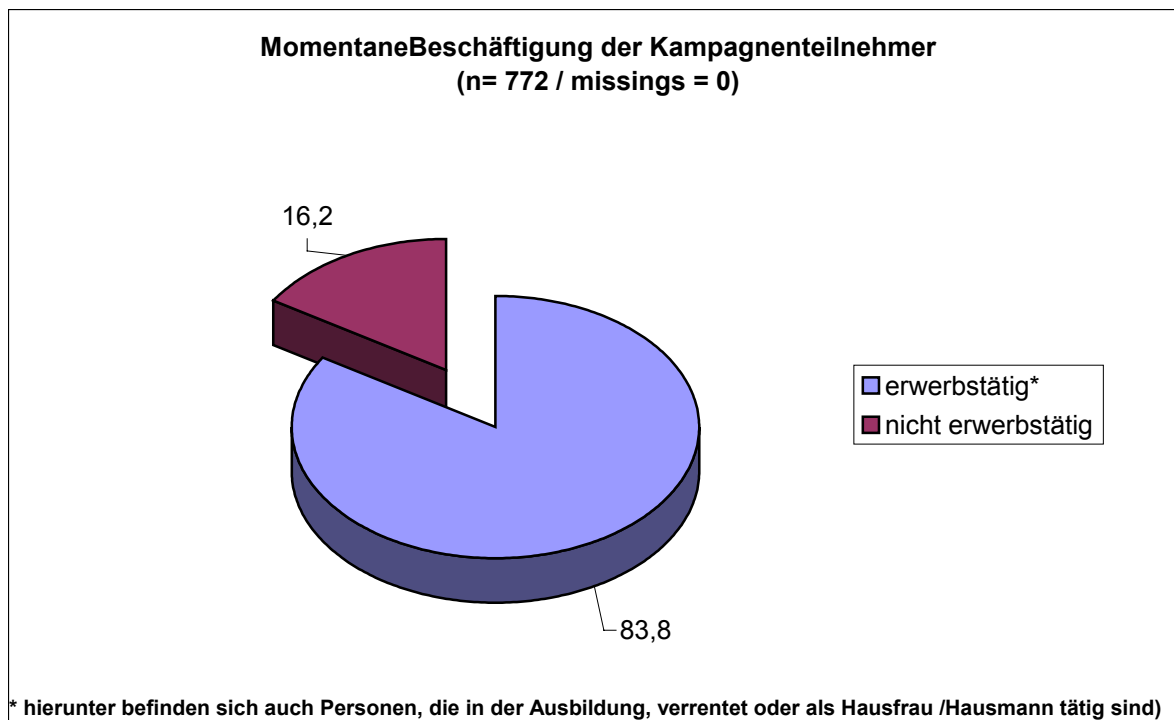


Abb. 32: Momentane Beschäftigung der Kampagnenteilnehmer in Prozent

4.3.4.3 Kenntnisse, Interesse, Erwartungen, Zufriedenheit und Lernerfolg der Kampagnenteilnehmer

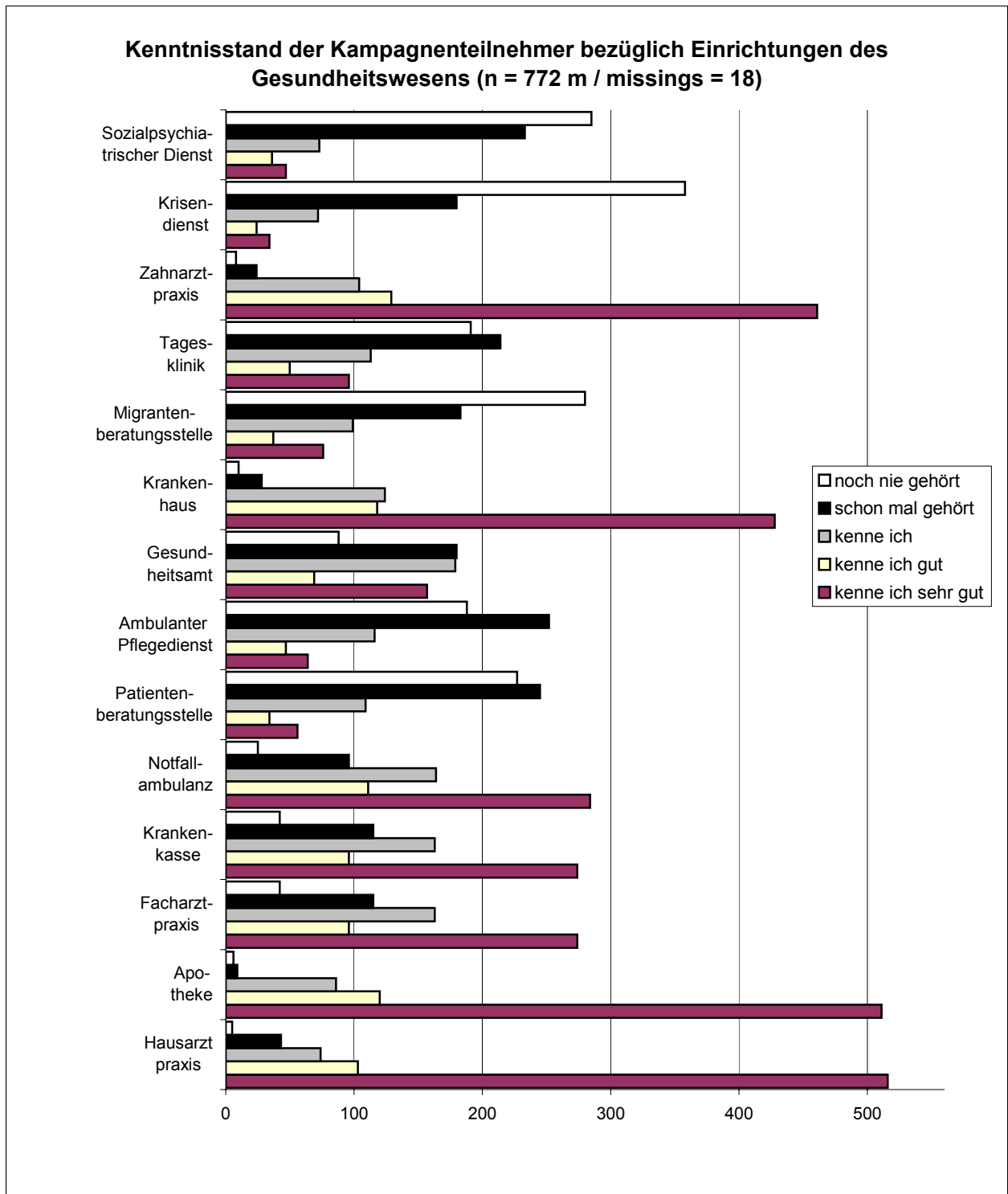


Abb. 33: Kenntnisstand der Kampagnenteilnehmer (absolut)

Diese Daten zeigen den Informationsbedarf, den Migranten im Bereich der gesundheitlichen Versorgungen in einzelnen Versorgungssegmenten aufweisen. Am besten waren die direkten kurativen Leistungserbringer wie Hausarztpraxis, Apotheke, Zahnarztpraxis, Notfallambulanz und die Krankenhaus bekannt, wohingegen die Befragten von Migrantenberatungsstelle

len, ambulanten Pflegediensten, Gesundheitsämtern, sozialpsychiatrischen Diensten oder Krisendiensten oftmals noch nie oder nur selten etwas gehört haben.

Letztlich war eine große Zufriedenheit der Kampagnenteilnehmer bezüglich der durchgeführten Informationsveranstaltungen zu erkennen. Ca. 83% der Teilnehmer waren mit den Veranstaltungen sehr oder gut zufrieden. 14,2% äußerten sich als zufrieden mit der Veranstaltung und lediglich rund 2% waren weniger oder gar nicht zufrieden.

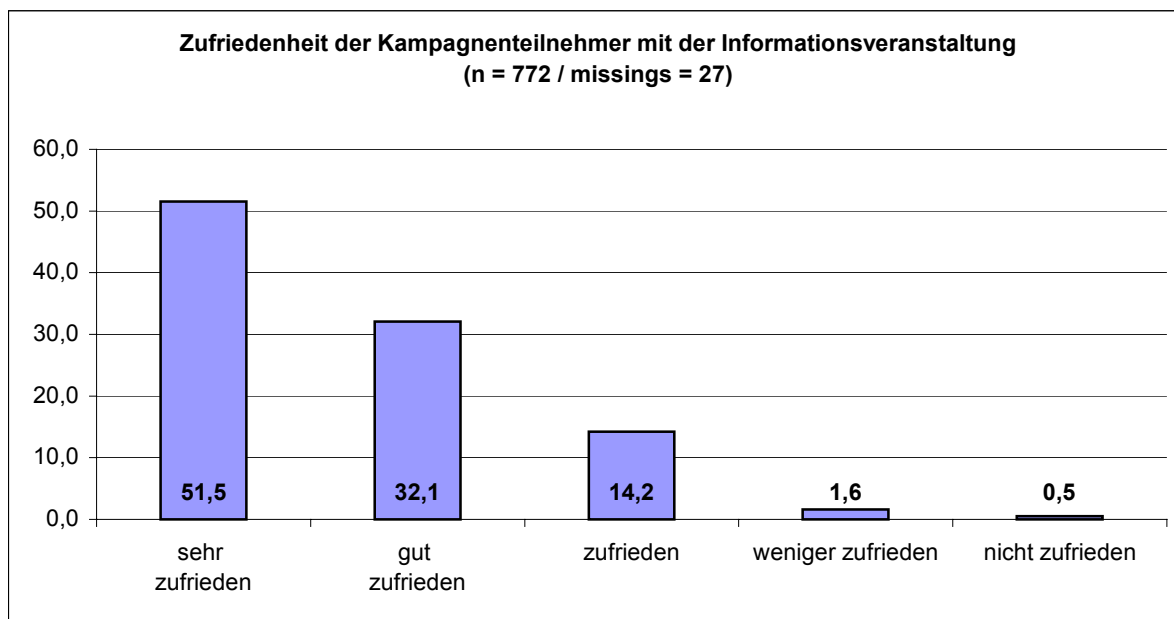


Abb. 34: Zufriedenheit der Kampagnenteilnehmer mit den Informationsveranstaltungen in Prozent

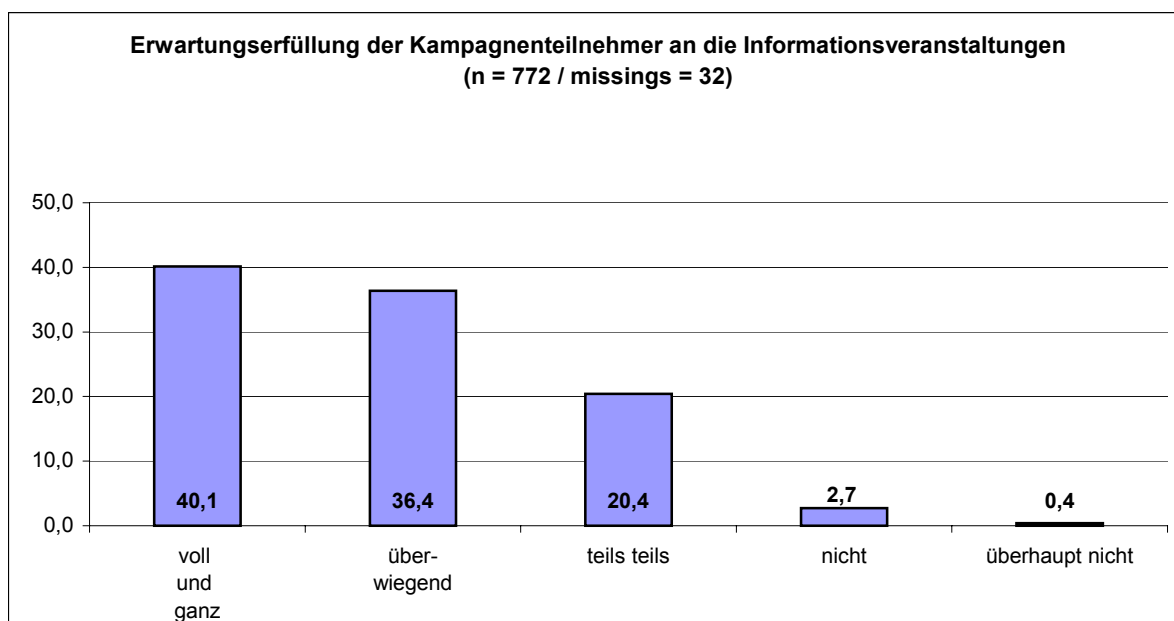


Abb. 35: Erwartungserfüllung der Kampagnenteilnehmer an die Informationsveranstaltungen in Prozent

Die obenstehende Abbildung unterstreicht die Ergebnisse zur Zufriedenheit der Kampagnenteilnehmer. 76,5% der befragten Migranten gaben an, dass ihre Erwartungen an die Informationsveranstaltung voll und ganz oder überwiegend erfüllt worden sind. Über 20% sahen ihre Erwartungen als teilweise erfüllt an. Bei rund 3% wurden die Erwartungen nicht oder überhaupt nicht erfüllt.

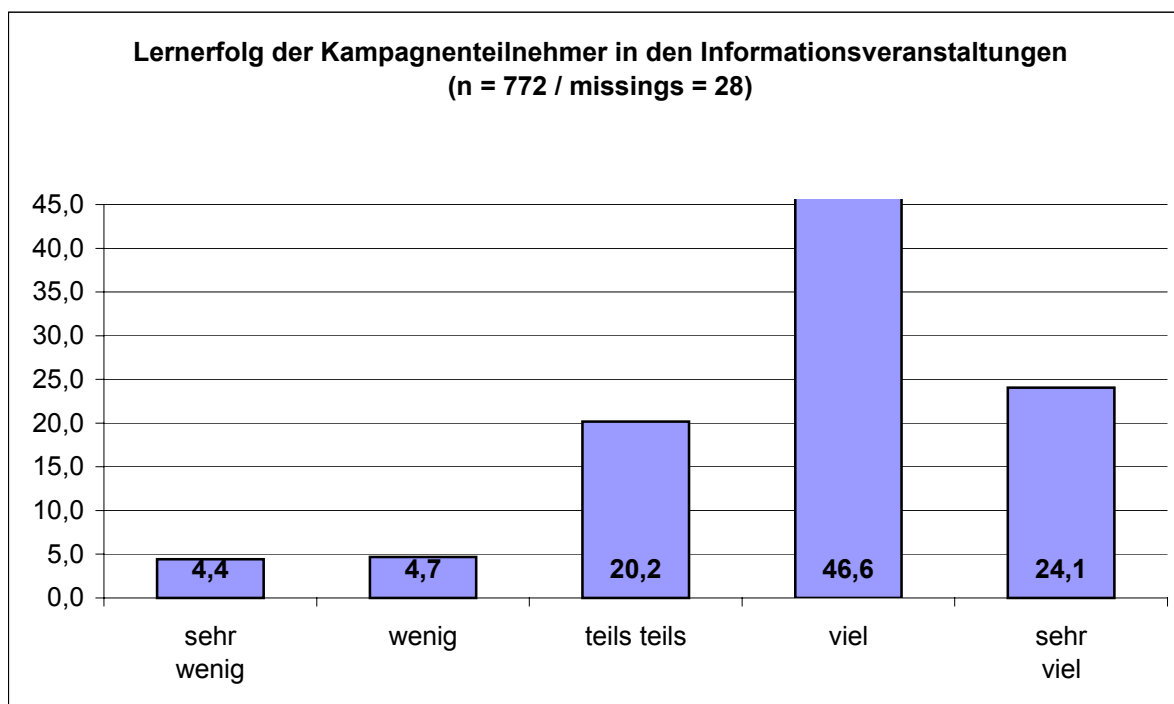


Abb. 36: Lernerfolg der Kampagnenteilnehmer in den Informationsveranstaltungen in Prozent

70% der Teilnehmer waren der Ansicht, dass sie in der Veranstaltung sehr viel oder viel gelernt haben. Rund 20% vertraten die Auffassung, dass sie teilweise etwas gelernt haben und weniger als 10% meinten, dass sie wenig bzw. sehr wenig Neues lernen konnten.

4.3.5 Erfahrungen der Kooperationspartner zur Kampagnenphase

Die Mitarbeiter der regionalen Koordinierungsstellen gaben nach der Kampagnenphase im Rahmen der 3. Projektkonferenz Feedback zum Verlauf der Kampagnenphase:

Das Ethno-Medizinische Zentrum gab folgende Einschätzung zum Verlauf in **Hannover**:

- Es fanden insgesamt 14 Kampagnen in den ausgewählten Sprachen statt, Veranstaltungsorte waren Sprachschulen, religiöse Einrichtungen, Flüchtlingsheime, die AWO sowie das Ethno-Medizinische Zentrum selbst.
- Die Ansprache/ Anwerbung der Veranstaltungsorte und der Teilnehmer fand zum überwiegenden Teil durch die Mediatoren selbst statt.

- Positiver als erwartet war die Selbständigkeit und das Engagement der Mediatoren und die hohe Rücklaufquote der Feedbackbögen aus den Kampagnen.
- Schwieriger zu realisieren als erwartet stellte sich der Versuch heraus, durch deutsche Mitarbeiter weitere Kontakte zu migrantenspezifischen Veranstaltungsorten herzustellen und sie von einer Kampagnendurchführung zu überzeugen.
- Der zeitliche Rahmen der Kampagnendurchführung wurde als zu eng bewertet, so dass in Zukunft für die Vorbereitung von Kampagnen ein größeres Zeitfenster eingeplant werden sollte.

Der Fachdienst Gesundheit des LK Hildesheim kam für **Hildesheim** zu folgender Bewertung und Einschätzung:

- In Hildesheim fanden 11 Kampagnen auf russisch, deutsch, arabisch, türkisch in Sprachschulen, in Flüchtlingsheimen, bei Frauentreffpunkten statt.
- Die Kontakte zu den Veranstaltungsorten wurde teils von Fachdienst direkt aufgenommen, teils durch die Mediatoren. Auch die Teilnehmeransprache wurde z.T. durch das Koordinierungsbüro selbst übernommen, so dass wesentlich mehr Arbeitsaufwand für die Organisation der Kampagnen entstand als zunächst erwartet und geplant.
- Positiv aufgefallen ist hier ebenfalls das Engagement der Mediatoren, z.B. bei der Übersetzung der Foliensätze, und ihr starkes Interesse „Neues“ zu lernen
- Als optimierungswürdig wurde der Zeitplan für die Durchführung der Kampagnenphase gewertet, da man in der Sommerpause/Ferienzeit wenig Möglichkeiten hatte, Kampagnen durchzuführen.

Für **Bielefeld** kam das interkulturelle Büro zu folgender Einschätzung:

- In Bielefeld fanden insgesamt 19 Kampagnen auf türkisch, russisch, spanisch, kroatisch, rumänisch, arabisch, kurdisch und bosnisch in Migrantenvereinen, Kindertagesstätten, Übergangsheimen, Moscheen, Vereinen und Verbänden statt.
- Die Kontakte zu Veranstaltungsorten wurden durch eine Auswahl der Mediatoren hergestellt, die Kontakte zu den Teilnehmern von den jeweiligen Mediatoren
- Positiv zu bewerten waren das große Engagement und die Selbständigkeit der Mediatoren, das breite Spektrum der Veranstaltungsorte, und der positive und breit gefächerte Medieneinsatz während der Kampagnen.
- Durch die größere Sprachvielfalt war allerdings der Zeitaufwand der Projektmitarbeiter vermehrt.

Das Gesundheitsamt Münster gab für den Projektstandort **Münster** folgendes Feedback zur Kampagnenphase:

- In Münster fanden 19 Kampagnen in insgesamt 4 Sprachen (serbokroatisch, türkisch, russisch, spanisch) in Moscheen, Vereine, Arztpraxen, Anwaltskanzleien und Kulturinstitutionen statt. Die Veranstaltungsorte wurde z.T. durch die Mediatoren, z.T. durch das Gesundheitsamt organisiert, die Teilnehmerwerbung fand durch die Mediatoren selbst statt.
- Sowohl das Engagement und die Selbständigkeit der Mediatoren als auch die Kooperation mit den Mediatoren und Vereinen und mit dem EMZ wurden als positiv bzw. besser als erwartet bewertet.
- Als zu aufwändig wurde das Ausfüllen der umfangreichen Fragebögen während der Kampagnen bewertet, die zu viel Zeit während der Veranstaltung einnahmen. Insofern besteht also Optimierungspotenzial bei den Erhebungsinstrumenten.

4.3 Baustein 3: Gesundheitswegweiser

4.3.1 Gesundheitswegweiser (mehrsprachige Informationen)

Im Rahmen des Projektes war vorgesehen, bis zum April 2004 einen Gesundheitswegweiser in den Sprachen Russisch, Türkisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch (eine gemeinsame Version) und Deutsch zu erstellen, der die in den Schulungen behandelten Themen wieder aufgreift, erklärt und in der Kampagnenphase als Informationsmedium genutzt werden kann. Es sollten auf maximal 15-20 Seiten das deutsche Gesundheitssystem und die Einzelthemen aufgeführt werden.

4.3.2 Ergebnisse Wegweiser

Der Wegweiser konnte erst gegen Ende der Projektlaufzeit fertig gestellt werden und kam somit in der Kampagnenphase nicht zum Einsatz. Dies muss als nachteilig gewertet werden, lässt sich aber durch den unerwarteten Mehraufwand bei der Erstellung des Gesundheitswegweisers erklären. Da der Wegweiser sehr viel umfangreicher geworden ist als vorher anzunehmen war, stieg die Bearbeitungszeit der Experten, die für diese Arbeit thematisch zu Rate gezogen wurden. Dementsprechend stieg auch der Übersetzungsaufwand der Dolmetscher. Der erhöhte Umfang wurde von der Projektleitung in Kauf genommen, da sich das komplexe Thema nicht auf 15–20 Seiten beschränken ließ. Hinzu kam noch, dass keine einheitliche Version Bosnisch/Serbisch/Kroatisch erstellt werden konnte, weil die Unterschiede zwischen den drei Sprachen größer waren als zu Projektbeginn angenommen. Letztlich la-

gen die gedruckten Exemplare zum Ende der Projektlaufzeit beim EMZ und den lokalen Kooperationspartnern vor.

5. Zusammenfassung der Ergebnisse

Auf den folgenden Seiten werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt, um den Lesern schnell einen Überblick verschaffen zu können.

5.1 Ergebnisse der Schulungsphase

- In allen Projektregionen konnten die Migranten aus den Zielgruppen entsprechend der Zielvorgabe von 80% der aller Schulungsteilnehmer erreicht werden.
- Insgesamt haben sich 124 Personen für die Schulung angemeldet, zum ersten Termin erschienen noch 83 (66,9%) und die Schulung erfolgreich abgeschlossen haben 75 (90,3%) Migranten. 41 (54,7%) der ausgebildeten Mediatoren haben selbständig eine Informationsveranstaltung geplant und durchgeführt.
- Die weiblichen Migranten wurden durch die in der Schulung vermittelten Themen mehr angesprochen. Der Frauenanteil betrug 83%.
- 50 Schulungsteilnehmer sind in Deutschland geboren oder leben schon länger als 10 Jahre in Deutschland
- Vor dem Hintergrund dieser Gruppeneinteilung des Sozialindex verfügen 87% der befragten potentiellen Mediatoren über einen hohen Sozialindex.
- Das Interesse der Schulungsteilnehmer für die einzelnen Themen war hoch. Am meisten interessierten sich die Schulungsteilnehmer für die Themen das deutsche Gesundheitswesen (59), Kindergesundheit (60) sowie Ernährung und körperliche Bewegung (63).
- Im Anschluss an die Schulung wurden die Schulungsteilnehmer um eine Bewertung der Schulung gebeten. Zur Frage der Zufriedenheit gaben 52 Personen an, dass sie mit der Schulung sehr oder gut zufrieden waren. 7 Personen waren zufrieden und eine Person war weniger zufrieden. Keiner der Befragten gab an, gar nicht zufrieden zu sein. 53 ausgebildete Mediatoren gaben an, dass ihre Erwartungen voll und ganz oder überwiegend erfüllt werden. Nur eine Person hatte sich etwas anderes von der Schulung versprochen. 38 befragte Migranten gaben an, sehr viel gelernt zu haben. 14 Personen waren der Ansicht, dass sie viel gelernt haben und nur ein Mediator gab an, dass er wenig gelernt hat.
- Die einzelnen Schulungsveranstaltungen wurden von den Referenten und den ausgebildeten Mediatoren bewertet. Insgesamt waren an den Schulungen im MiMi-Gesundheitsprojekt 36 Referenten beteiligt. Es lässt sich feststellen, dass das Feed-

back der Referenten fast durchgehend im positiven bis sehr positiven Bereich liegt. Im Gegensatz zur Einschätzung der Referenten war bei den Teilnehmern zu erkennen, dass der Gesamteindruck der Veranstaltung als durchgehend positiv bis sehr positiv gesehen wurde.

5.2 Ergebnisse der Kampagnenphase

- Insgesamt wurden 63 dokumentierte Veranstaltungen durchgeführt, die sich aber nicht gleichmäßig auf die Projektstandorte verteilen. Im Erhebungszeitraum von April bis Juni 2004 fanden in Hannover 14, in Hildesheim 11, in Bielefeld und in Münster jeweils 19 erfolgreich dokumentierte Veranstaltungen statt.
- 51 Veranstaltungen fanden in den Sprachen Türkisch, Russisch, Serbisch, Bosnisch und Kroatisch statt. Darüber hinaus wurden auch Informationsveranstaltungen in den Sprachen Arabisch (6) Kurdisch (3) Spanisch (1) Rumänisch (1) und auch Deutsch (4) durchgeführt.
- Die ausgebildeten Gesundheitsmediatoren wählten vorrangig aufsuchende Strukturen in Form von Gemeinschaftszentren, Begegnungsstellen und Jugendzentren als Informationsort (16) aus. Dem Community-Ansatz entsprachen Veranstaltungen in Flüchtlingsheimen (9) und religiösen Einrichtungen (8). Darüber hinaus wurden 12 Veranstaltungsorte gewählt, dem öffentlichen Ansatz entsprachen.
- Bei 9 Veranstaltungen konnte die geforderte Mindestteilnehmerzahl von minimal 10 Personen nicht erreicht werden. Im Durchschnitt nahmen 13 Personen an den Veranstaltungen teil.
- Die meisten Veranstaltungen (28) dauerten länger als 3 Stunden. Bei 59 Veranstaltungen wurde von den ausgebildeten Mediatoren das deutsche Gesundheitssystem anhand eines erstellten Foliensatzes vorgestellt. 43 Mediatoren wählten noch ein zusätzliches Thema aus. Das Thema Ernährung und körperliche Bewegung wurde von den Mediatoren am häufigsten als frei wählbares Thema referiert (20).
- An den Kampagnen haben insgesamt 856 Personen teilgenommen.
- 72% der Teilnehmer wurden durch Dritte auf die Informationsveranstaltungen aufmerksam.
- An den Informationsveranstaltungen nahmen mit einem Anteil von ca. 67% mehr Frauen als Männer teil. Über 65% der Teilnehmer waren zwischen 21 und 50 Jahren alt.

- Rund 25% der Interessierten leben seit 3 Jahren oder kürzer in Deutschland. Etwa 32% der Kampagnenteilnehmer sind vor über 10 Jahren nach Deutschland eingereist. 12% der befragten Migranten sind in Deutschland geboren.
- 84% der Kampagnenteilnehmer hatten einen niedrigem oder mittlerem Sozialindex
- Ca. 83% der Teilnehmer waren mit den Veranstaltungen sehr oder gut zufrieden.
- Rund 76% der befragten Migranten gaben an, dass ihre Erwartungen an die Informationsveranstaltung voll und ganz oder überwiegend erfüllt worden sind.
- Ca. 70% der Teilnehmer waren der Ansicht, dass sie in der Veranstaltung sehr viel oder viel gelernt haben.

5.3 Ergebnisse zur Erstellung des Wegweisers

- Der Wegweiser wurde viel umfangreicher als vorher angenommen. Er umfasste 42 anstatt der geplanten 15 – 20 Seiten.
- Der Wegweiser wurde in fünf Sprachen, und nicht wie bei Projektbeginn geplant in drei, übersetzt.
- Der Wegweiser konnte aufgrund dieser Faktoren erst zum Projektende fertiggestellt vorgestellt werden. Somit konnte der Wegweiser noch keiner Nutzerevaluation unterzogen werden.

5.4 Ergebnisse zur Evaluation

- Es konnten alle Erhebungsinstrumente während der Schulungen und Kampagnen eingesetzt werden.
- Alle Erhebungsinstrumente für die Kampagnenteilnehmer wurden übersetzt und standen mehrsprachig zur Verfügung.
- Die Beteiligung der Mediatoren, der Referenten und der Kampagnenteilnehmer war in allen Bereichen sehr hoch (über 80%).

6. Kritischer Rückblick/Fazit

Mit den Erhebungsinstrumenten wurden Basisdaten erhoben und analysiert, um hieraus Empfehlungen, Handlungsvorschläge und Konzepte für die zweite Projektphase und für einen möglichen Einsatz der Mediatoren außerhalb der Projektregionen abzuleiten. Darüber hinaus wurden die Erfahrungen der Projektpartner und der Mediatoren in den einzelnen Projektstandorten in gemeinsamen Projektkonferenzen ausgetauscht und Optimierungsvorschläge erarbeitet. Diese Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

6.1 Optimierungspotential Schulungsphase

- Es ist empfehlenswert, Referentenhonorare zu bezahlen, um eine Ausgewogenheit im Vergleich zu den Honoraren der Mediatoren zu erreichen
- Vorabinformationen zur Schulung sind den Mediatoren vor allem durch telefonische Beratung vermittelt worden. Um nur die wirklich interessierten Teilnehmer herauszufiltern und den Zeitaufwand der Organisatoren zu reduzieren, sollte eine Informationsveranstaltung vor Schulungsbeginn angeboten werden.
- Den zukünftigen Kooperationspartnern sollte der Aufbau eines lokalen Kooperationsnetzwerks nahe gelegt werden. Bei der Wahl der Kooperationspartner ist darauf zu achten, dass in der Region Zugänge zu den Migrationsdiensten bestehen oder relativ kurzfristig aufgebaut werden können. Gleiches gilt für die Gesundheitsdienste. Wenn keine Netzwerkstrukturen vorhanden sind, muss für die Aufbauarbeit eines solchen Netzwerkes ausreichend Zeit einkalkuliert werden
- Die Arbeitsmaterialien und eingesetzten Hilfsmittel der Schulung könnten noch weiter bearbeitet und verbessert werden. Hier wäre es optimal, die Referenten einzubinden, denn sie können am besten die notwendigen Verbesserungen durch die von ihnen durchgeführte praktische Anwendung benennen.

6.2 Optimierungspotenzial Kampagnenphase

- Bei der Durchführung der Veranstaltungen sollte von Seiten der Gesundheitsmediatoren mehr auf die Einhaltung des Zeitplans geachtet werden, denn bei einem Zeitraum von über 2 1/2 Stunden ist die Informationsaufnahme der Teilnehmer nicht mehr optimal.

- Es ist zu erkennen, dass auch weitere Sprachgruppen, die zu Beginn nicht im MiMi-Gesundheitsprojekt eingeplant waren, Interesse an den Schulungen und an den Veranstaltungen zeigten. Daher ist eine Erweiterung des Projekts auf andere Sprachen notwendig.

6.3 Optimierungspotenziale Wegweiser

- Der Zeitplan für die Schritte bei der Erstellung: 1. Verfassen, 2. Inhaltliche Absicherung und Qualitätskontrolle durch Experten, 3. Übersetzung 4. Korrektur durch zweiten unabhängigen Dolmetscher muss realistischer geplant werden, zumal wenig Honorar für die Erstellung und Übersetzung eingeplant und man auf ehrenamtliche Mitarbeit angewiesen war.
- Bei den Sprachen serbisch/bosnisch/kroatisch hätte vorher ein Sprachexperte eingebunden werden sollen, um die Unterschiede der drei Sprachen realistisch einschätzen und die nachträgliche Aufteilung umgehen zu können.
- Die Evaluation des Wegweisers sollte auch durch die Mediatoren oder die Kampagnenteilnehmer und nicht nur durch Experten erfolgen.
- Um eine professionelle Qualitätssicherung zu gewährleisten, hätten die Übersetzungshonorare für den Wegweiser höher veranschlagt werden müssen.

Von Beginn an hätte ein Budget für Layout und Druck einkalkuliert werden müssen.

6.4 Optimierungspotenzial der Evaluationsinstrumente

- Eine Stundenerfassung aller Projektkoordinatoren wäre sinnvoll, um den Arbeitsaufwand berechnen zu können.
- Bei den Erhebungsinstrumenten wurden Fragen gestellt, die aufgrund der hohen Missingrate in weiteren Projektverlauf anders oder gar nicht gestellt werden. Hierzu gehören folgende Items und Fragen:
 - a. Fragen zur schulischen Bildung (veränderte Fragestellung / Schulungs- und Kampagnenfragebogen)
 - b. Fragen zur Gesundheits- und Krankheitsdefinition (entfallen / Schulungsfragebogen)
 - c. Fragen zur Gruppenzusammensetzung (entfallen / Veranstaltungsbericht)
- Darüber hinaus muss noch intensiver darauf geachtet werden, dass einzelnen Erhebungsinstrumente von allen Befragten vollständig ausgefüllt werden.
- Die modifizierten Erhebungsinstrumente sollten einen Pretest unterzogen werden

7. Ausblick: Fortführung des Projektes

Auf den folgenden Seiten wird die geplante Projektfortsetzung von November 2004 bis Dezember 2005 beschrieben. Das Projekt soll mit den bereits bewährten Konzepten und zusätzlichen neuen Bausteinen fortgeführt und um weitere 2 (auf insgesamt 4) Bundesländer erweitert werden. Es sollen 3 neue Projektstandorte zu den bisherigen 4 hinzukommen.

7.1 Die Finanzierung

des Folgeprojekts wird mit Zuwendungen des BKK Bundesverbandes und Eigenmitteln des EMZ sichergestellt. Sie beinhaltet auch Infrastruktur und zusätzliche Mitarbeiterressourcen (auch ehrenamtliche) des EMZ.

7.2 Zielgruppen des Projektes

sollen, neben den bisherigen türkisch-, russisch-, bosnisch-, serbisch- und kroatischsprachigen Migranten, nun auch arabisch-, englisch- oder französischsprachige Teilnehmer sein.

7.3 Ziele des Projekts sind

- Das Projekt soll auf große Migrationballungszentren ausgedehnt werden.
- Es werden mindestens 7 Kultur- und Sprachgruppen der Migranten angesprochen.
- Der Projektansatz soll bundesweit verbreitet und implementiert werden.
- Es sollen regionale und bundesweite Migranten- und Migrationnetzwerke für „Mehr Gesundheit für alle“ entstehen und mit ihnen zusätzliche Settingansätze (Arztpraxen und Industriebetriebe) entwickelt und getestet werden.
- Der Projektansatz und die gebildeten Netzwerke sollen mittelfristig selbstständig funktionieren und sich weitgehend selber tragen.
- Prävention und Gesundheitsförderung sollen bundesweit Zugang zur Migrantenpopulation und ihren Medien finden.

7.4 Neue zusätzliche Projektthemen

werden in Absprache mit dem BKK Bundesverband und auf Wunsch der bisherigen Kooperationspartner ausgewählt. Zu Auswahl stehen seelische Gesundheit, Vermeidung von Übergewicht und **gesundes Kochen** (Kochkurse).

7.5. Neue Projektstandorte und Bundesländer sollen hinzukommen:

- Nordrhein-Westfalen: Projektausbau um einen Standort, Duisburg/Essen
- Bayern: München. *Alternativen wären Hamburg oder Berlin*
- Hessen: Frankfurt

7.6 Steuerung und Evaluation des Projekts

erfolgt durch das EMZ in Hannover. In den Projektregionen werden Kooperationspartner konzeptionell und arbeitstechnisch eingebunden. Die Absprachen sollen wie bisher in regelmäßigen Projektkonferenzen getroffen werden.

7.7 Die fünf Bausteine

7.7.1 Baustein 1: Schulung für Mediatoren

- Nachschulungen für bisher geschulte Gesundheitsmediatoren in den bisherigen 4 Standorten im Umfang von jeweils 12 Std.
- Vollschulungen zum „Interkulturellen Gesundheitsmediator“ im Umfang von jeweils 50 Std. an den 3 neuen Standorten und erneut in Hannover

7.7.2 Baustein 2: Mehrsprachige Gesundheitskampagne

- An den bisherigen vier Projektstandorten werden jeweils 10, an den 3 neuen Standorten und in der Region Hannover werden insgesamt 60 mehrsprachige Aufklärungsveranstaltungen durchgeführt

7.7.3 Baustein 3: Gesundheitswegweiser (mehrsprachige Informationen)

- Weiterentwicklung des aktuellen Wegweisers: „Gesundheit Hand in Hand - Das Deutsche Gesundheitssystem (1. Band)“. Zusätzlich soll der Gesundheitswegweiser zum Herunterladen im Internet bereitgestellt werden.
- Erstellung des Wegweisers: „Gesundheit Hand in Hand - Gesund sein und gesund bleiben (2. Band)“ Der zweite Band des Gesundheitswegweisers enthält Informationen und Ratschläge für eine gesundheitsbewusste Lebensführung und soll zu gesundheitsförderndem Handeln anregen.

7.7.4 Baustein 4: Projektevaluation

- Alle Projektschritte sollen evaluiert und bewertet werden. Hierbei kommen qualitative und quantitative Instrumente zur Anwendung.
- Die Fragebögen müssen überarbeitet und in zwei neue Projektsprachen übersetzt werden.
- Es werden drei eintägige Projektkonferenzen für Koordinatoren, die in den Projektstandorten die Organisation der Schulungen, Kampagnen und Öffentlichkeitsarbeit übernehmen, veranstaltet.

7.7.5 Baustein 5: Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung und Service

- Internetseiten für Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen, für die ausgebildeten interkulturellen Gesundheitsmediatoren und für Migranten (Klienten) sollen die Handlungskompetenz und Kommunikation der Beteiligten unterstützen.
- Es wird ein Rundbrief mit Projektinformationen für Fachkräfte, Kooperationspartner und allgemein Interessierte erstellt („Hand in Hand Interkulturelle Gesundheit“).
- Es soll ein Arbeitskreis der interkulturellen Gesundheitsmediatoren gegründet werden.
- In der Weiterführung des Projekts wird der Öffentlichkeitsarbeit durch Presseerklärungen, Publikationen in einschlägigen Fachzeitschriften und Eigenveröffentlichungen größerer Raum gegeben.

Bei Projektbeginn müssen in den Projektstandorten, lokale Gesundheits-/ Migrationnetzwerke aufgebaut werden.

Tabellenverzeichnis:

Tab. 1:	Zeit und Phasenplan des MiMi-Projektes	12
Tab. 2:	Verwendete Erhebungsinstrumente	19
Tab. 3:	Beteiligung der Referenten und der Schulungsteilnehmer an den unterschiedlichen Evaluationsmethoden innerhalb der Schulungsphase.....	20
Tab. 4:	Beteiligung der Mediatoren und der Kampagnenteilnehmer an den unterschiedlichen Evaluationsmethoden innerhalb der Kampagnenphase	22
Tab. 5:	Veranstaltungen im Theorieteil der Schulung der Mediatoren.....	30
Tab. 6:	Veranstaltungen im Praxisteil der Schulung der Mediatoren.....	31
Tab. 7:	Punktwerte für die Variable „Schulbildung“.....	35
Tab. 8:	Punktwerte für die Variable „Momentane Beschäftigung“	35
Tab. 9:	Punktwerte für die „Variable Deutschkenntnisse“	35
Tab. 10:	Gruppeneinteilung zur Berechnung des Sozialindexes	35
Tab. 11:	Veranstaltungssprachen nach Projektstandorten (absolut).....	46
Tab. 12:	Veranstaltungsorte der Informationsveranstaltungen in den einzelnen Regionen (absolut).....	48

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Projektbausteine des MiMi-Projektes.....	11
Abb. 2: Informationsquellen der Schulungsbeginner (absolut).....	27
Abb. 3: Geburtsorte der Migranten bei Schulungsbeginn (absolut)	28
Abb. 4: Schulungsteilnehmer in allen Regionen (absolut).....	32
Abb. 5: Geschlechterverteilung der befragten Migranten (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut).....	33
Abb. 6: Geburtsorte der befragten Migranten (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut).....	33
Abb. 7: Kindervorkommen der befragten Migranten (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut).....	34
Abb. 8: Einreisejahr der befragten Migranten (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut).....	34
Abb. 9: Grafik zum Sozialindex der befragten Migranten (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut).....	36
Abb. 10: Deutschkenntnisse der befragten Migranten (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut).....	36
Abb. 11: Höchste schulische Ausbildung der befragten Migranten (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut)	37
Abb. 12: Momentane Beschäftigung der befragten Migranten (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut)	37
Abb. 13: Interesse der Migranten an Themen der Schulung (Erhebung bei Schulungsbeginn / absolut).....	38
Abb. 14 Zufriedenheit der ausgebildeten Mediatoren insgesamt bei Schulungsabschluss (absolut).....	39
Abb. 15: Erwartungen der ausgebildeten Mediatoren bei Schulungsabschluss (absolut)	39
Abb. 16: Lernerfolg der ausgebildeten Mediatoren bei Schulungsabschluss (absolut).....	40
Abb. 17: Referentenbewertung der Mediatorenschulungen nach Projektstandorten (absolut)	41
Abb. 18: Seminarbeurteilung der Mediatoren nach Projektstandorten (absolut).....	42
Abb. 19: Anzahl der Teilnehmer in den Informationsveranstaltungen (absolut).....	49
Abb. 20: Informationsquellen der Kampagnenteilnehmer in Prozent	50
Abb. 21: Dauer der Informationsveranstaltungen (absolut).....	50
Abb. 22: Themenwahl innerhalb der Informationsveranstaltungen (absolut)	51
Abb. 23: Themenauswahl der Mediatoren für Durchführung einer Informationsveranstaltung (absolut).....	51
Abb. 24: Geschlecht der Kampagnenteilnehmer in Prozent	52
Abb. 25: Altersverteilung der Kampagnenteilnehmer in Prozent.....	53
Abb. 26: Muttersprache der Kampagnenteilnehmer in Prozent	53

Abb. 27: Kinder der Kampagnenteilnehmer in Prozent	54
Abb. 28: Einreisejahr der Kampagnenteilnehmer nach Deutschland in Prozent.....	55
Abb. 29: Sozialindex der Kampagnenteilnehmer in Prozent	55
Abb. 30: Deutschkenntnisse der Kampagnenteilnehmer in Prozent	55
Abb. 31: Höchste schulische Ausbildung der Kampagnenteilnehmer in Prozent.....	56
Abb. 32: Momentane Beschäftigung der Kampagnenteilnehmer in Prozent.....	57
Abb. 33: Kenntnisstand der Kampagnenteilnehmer (absolut).....	58
Abb. 34: Zufriedenheit der Kampagnenteilnehmer mit den Informationsveranstaltungen in Prozent	59
Abb. 35: Erwartungserfüllung der Kampagnenteilnehmer an die Informationsveranstaltungen in Prozent	59
Abb. 36: Lernerfolg der Kampagnenteilnehmer in den Informationsveranstaltungen in Prozent	60