



Das Gesundheitsprojekt
Mit Migranten
für Migranten

MiMi-Reha: Implementierung und Evaluation eines Info-Angebotes für MigrantInnen zur medizinischen Reha auf Basis der „MiMi-Kampagnentechnologie“



Abschlussbericht für die Projektlaufzeit 2013-2016



Medizinische Hochschule
Hannover

**Ethno-
Medizinisches
Zentrum e.v.**



Abschlussbericht

MiMi-Reha: Implementierung und Evaluation eines Info-Angebotes für MigrantInnen zur medizinischen Reha auf Basis der ,MiMi-Kampagnentechnologie‘

Vorgelegt von:

Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover
Ethnomedizinisches Zentrum e.V.

Hannover, 20.03.2017

Zusammenfassung

Hintergrund: Menschen mit Migrationshintergrund haben häufig einen schlechteren Gesundheitszustand und Rehabilitationsbedarf als die deutsche Bevölkerung, nehmen Rehabilitationsangebote aber dennoch seltener wahr. Im Rahmen des Projektes sollten Zugangsbarrieren ermittelt, sowie ein mehrkanaliges Informationsangebot konzipiert, durchgeführt und evaluiert werden.

Methode: Zu Projektbeginn wurden Fokusgruppen mit MigrantInnen und Experten durchgeführt. Auf dieser Basis wurden Schulungen für kultursensible MediatorInnen, Reha(fach-)beraterInnen und MigrantInnen entwickelt. Daneben wurden mehrsprachige, schriftliche Materialien erstellt. Die Schulungen wurden quantitativ u. qualitativ evaluiert.

Ergebnisse: Es konnten vielfältige Zugangsbarrieren ermittelt werden. Sie wurden in die Kategorien

1. systembezogene, migrantenspezifische
2. personenbezogene, migrantenspezifische
3. systembezogene, vom Migrationsstatus primär unabhängige
4. personenbezogene, vom Migrationsstatus primär unabhängige

Barrieren eingeordnet. Es wurden 48 MediatorInnen ausgebildet und Reha(fach-)beraterInnen geschult. Es wurden 155 Informationsveranstaltungen durchgeführt und auf diesem Wege 1464 MigrantInnen erreicht und aufgeklärt. Subjektive Zugangsbarrieren wurden reduziert, die Antragsintention stieg und hing mit der subjektiven Erwerbsprognose zusammen.

Schlussfolgerungen: MiMi-Reha ist ein vielversprechender Ansatz und konnte einen Beitrag zur Versorgungsgerechtigkeit in Deutschland leisten.

Abstract

Background: Migrants often have a worse health status and increased need for rehabilitation, yet they use rehabilitation services less frequently than Germans. Goal of the project was to identify access barriers and to develop, implement and evaluate a multi-channel education schedule.

Methodology: Focusgroups with migrants and experts were performed. Based on their results, education courses for culture-sensitive mediators, administrative personnel and migrants were developed. Additional written materials in several languages were developed. Education classes were evaluated using quantitative and qualitative approaches.

Results: Manifold barriers were identified. They were classified into:

1. system- & migrantspecific
2. person- &, migrantspecific
3. systemspecific & migrant unspecific
4. personspecific & migrant unspecific barriers.

48 Mediators were educated and education classes for administrative personnel were held. 155 community group sessions for 1464 migrants were held. Subjective access barriers could be reduced and intention for rehabilitation was raised in migrants with a less than optimal outlook on their future worklife.

Conclusion: MiMi-Reha is a promising approach and could add to justice of care in Germany.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
1. Ziele, Einführung und Aufgabenstellung.....	6
2. Projektverlauf.....	10
2.1 Schulungen (EMZ).....	14
2.1.1 Mediatorenschulungen.....	14
2.1.2 Fortbildung für Reha-(fach)beraterInnen z. Erwerb der interkulturellen Kompetenz ..	21
2.2 Kampagnen (EMZ).....	24
2.3 Broschüren (EMZ).....	27
2.3.1 Reha-Wegweiser und Begleitheft G100 für MediatorInnen und MigrantInnen	27
2.3.2 Praxisleitfaden für Reha(fach-)beraterInnen.....	30
2.4 Begleitende Evaluation/Studie (MHH/EMZ)	33
2.4.1 Qualitativ	33
2.4.2 Quantitativ	35
2.5 Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit.....	36
3. Erhebungs- und Auswertungsmethodik, Instrumente, Auswertungsverfahren.....	38
3.1 Studiendesign.....	38
3.2 Instrumente.....	38
3.3 Darstellung Zielgruppe (Menschen mit russischem u. türkischem Migrationshintergrund)	40
3.4 Rekrutierung der Stichprobe und Erhebung der Daten.....	41
3.4.1 Qualitativ	41
3.4.2 Quantitativ	43
3.5 Auswertungsmethoden.....	44
3.5.1 Qualitativ	44
3.5.2 Quantitativ	45

4. Ergebnisse.....	45
4.1 Qualitativ	45
4.1.1 Identifikation von Zugangsbarrieren für MigrantInnen zur medizinischen Rehabilitation der DRV sowie notwendige Inhalte des Informationsangebots Fokusgruppen zu Projektbeginn mit MigrantInnen und ExpertInnen.....	45
4.1.2 Wissen, Vorstellungen, Einstellungen, Erwartungen, Antragsintention bzgl. Reha vor und nach der Informationsveranstaltung sowie Bewertung des Informationsangebots	51
4.1.3 Problemzentrierte Interviews mit MigrantInnen	51
4.1.4 Identifikation von Stärken/Nutzen, Schwächen und Optimierungspotenzialen des MiMi- Informationsangebotes Fokusgruppe mit ExpertInnen zum Projektende	59
4.2 Quantitativ.....	63
4.2.1 Evaluation der Mediatorenschulung.....	63
4.2.2 Evaluation der Fortbildung für Reha-(fach)beraterInnen	67
4.2.3 Evaluation der Informationsveranstaltung	69
5. Diskussion und Ausblick	78
5.1 Methodik	79
5.2 Bezug zu übergeordneten Fragestellungen des Förderschwerpunktes	80
5.3 Gesundheitsökonomische Relevanz der Ergebnisse.....	81
5.4 Relevanz und Nutzen für die Versorgungspraxis	81
5.5 Überlegungen und Vorbereitungen zur Umsetzung der Ergebnisse (Praxistransfer)	82
5.6 Limitationen	83
5.7 Ausblick.....	83
Literaturverzeichnis.....	85
Anhang.....	88
Danksagung.....	89

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Bausteine des MiMi-Programms.	8
Abb. 2: Bausteine des MiMi-Reha-Forschungsprojekts.....	10
Abb. 3: MiMi-Bremen Flyer S. 1.....	20
Abb. 4: MiMi-Bremen Flyer S. 2.....	20
Abb. 5: MiMi-Bremen Plakat.....	21
Abb. 6: Kompetenzschulung Flyer S. 1	22
Abb. 7: Kompetenzschulung Flyer S. 2	23
Abb. 8: Kompetenzschulung in Hamburg, Ergebnisse einer Gruppenarbeit.....	24
Abb. 9: Titelblatt des Reha-Mediatoren-Wegweisers (Langversion, links), Titelblatt des Reha-Migranten-Wegweisers (Kurzversion, Mitte), Titelblatt des Begleithefts (rechts).....	28
Abb. 11: Beispielseiten aus dem Reha-Migranten-Wegweiser (Kurzversion).....	29
Abb. 12: Beispielseiten aus dem Begleitheft	30
Abb. 13: Vorversion Praxisleitfaden für Reha-BeraterInnen	31
Abb. 14: Titelseite des Praxisleitfadens.....	32
Abb. 15: 2 Beispielseiten aus dem Praxisleitfaden	33
Abb. 16: Forschungsprojekt MiMi-Reha (Flyer)	36
Abb. 17 Motivationslage der SchulungsteilnehmerInnen, Mehrfachauswahl möglich	64
Abb. 18 Informationsquellen der MediatorInnen, Mehrfachauswahl möglich.....	65
Abb. 19: Subjektiver Wissensgewinn der MediatorInnen.....	65
Abb. 20: Detaillierte Aufschlüsselung der Zufriedenheit mit Teilbereichen der Schulung	66
Abb. 21: Zusammenfassende Bewertung der Mediatorenschulung	66
Abb. 22 Subjektiver Kenntnisstand der TeilnehmerInnen vor der Schulung.....	67
Abb. 23: Bewertung der schriftlichen Arbeitsmaterialien	67
Abb. 24: Bewertung des Nutzens für die Praxis	68
Abb. 25: Gesamtbewertung der interkulturellen Kompetenzschulung	68
Abb. 26: Berichtete Zugangswege oder Informationsquellen zur Veranstaltung	70
Abb. 26 Relative Anteile von Antragsintention u. subjektivem Reha-Bedarf vor u. nach der Veranstaltung...72	72
Abb. 27: Zufriedenheit mit der Organisation der Veranstaltung.....	74
Abb. 28: Zufriedenheit mit den Kenntnissen des/der MediatorIn	74
Abb. 29: Zufriedenheit mit der Didaktik des/der MediatorIn.....	75
Abb. 30: Zufriedenheit mit den Inhalten der Schulung.....	75
Abb. 31: Zufriedenheit mit den verwendeten Lehrmaterialien	76
Abb. 32: Zufriedenheit mit der Möglichkeit zur Interaktion.....	76
Abb. 33: Zufriedenheit hinsichtlich der Erfüllung der eigenen Erwartungen	77
Abb. 34: Zufriedenheit mit der Veranstaltung insgesamt	77

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Programm der MiMi-Reha-Schulung in Bremen.....	15
Tab. 2: Übersicht der ausgebildeten MiMi-Reha-MediatorInnen nach Sprachen und Schulungsorten.....	18
Tab. 3: Kampagnenphasen der jeweiligen Schulungsorte.....	26
Tab. 4: Verteilung der Kampagnen nach Schulungsort	26
Tab. 5: Übersicht aller Fokusgruppen.....	34
Tab. 7: Übersicht der Veranstaltungen/Tagungen.....	37
Tab. 8: Übersicht der Veröffentlichungen in Zeitschriften/Magazinen.....	38
Tab. 9 Zusammenfassung der wahrgenommenen Zugangsbarrieren	49
Tab. 10: Merkmale der interviewten MigrantInnen.....	51
Tab. 11: Gegenüberstellung der Hauptaussagen zum Wissenstand bezüglich der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung.	52
Tab. 12: Gegenüberstellung der Hauptaussagen zu Vorstellungen/Erwartungen, Einstellungen/Überzeugungen, Ängste bzgl. der medizinischen Rehabilitation.	53
Tab. 13: Gegenüberstellung d. Hauptaussagen zur subjektiven Bedarfseinschätzung u. Antragsintention ...	55
Tab. 14 Soziodemografie der SchulungsteilnehmerInnen	63
Tab. 15: Stichprobenbeschreibung.....	69
Tab. 16: Subjektiv wahrgenommene Zugangsbarrieren vor und nach der Informationsveranstaltung	71
Tab. 18: Logistisches Regressionsmodell zur Analyse des Einflusses der subjektiven Erwerbsprognose auf die Antragsintention.....	73

1. Ziele, Einführung und Aufgabenstellung

Wissenschaftlicher Stand, an den angeknüpft wurde

Die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) richtet sich an Personen, die unter körperlichen oder psychischen Erkrankungen mit Beeinträchtigungen oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit leiden. Ziel der Rehabilitationsmaßnahme ist es, die Erwerbsfähigkeit mit der Behandlung von Gesundheitsproblemen zu verbessern oder wiederherzustellen. In der Regel haben alle erwerbsfähigen Versicherten mit chronischen Erkrankungen (körperlich oder psychisch) Anspruch.

MigrantInnen¹ weisen im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund höhere und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten, stärker chronifizierte Krankheitsbilder zu Beginn einer medizinischen Rehabilitation sowie eine höhere Frühberentungsquote auf (BKK 2007; Brzoska et al. 2008, Brzoska & Razum 2015a, Rommel et al 2015). Dies können Merkmale für einen erhöhten Reha-Bedarf von MigrantInnen sein. Personen mit Migrationshintergrund haben formalrechtlich einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation der DRV, sofern sie einen gesicherten Aufenthaltsstatus haben und die allgemeinen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Verschiedene Studien belegen jedoch, dass MigrantInnen die Rehabilitationsleistungen der DRV trotz ihres möglicherweise erhöhten Bedarfs seltener in Anspruch nehmen als Personen ohne Migrationshintergrund (Dietzel-Papakyriakou & Olbermann 2005, Brzoska & Razum 2015, Erbstößer & Zollmann 2016,). Voigtländer et al (2013) bezifferten die Differenz in der Inanspruchnahme auf 40%. In der Fachliteratur wurden bisher verschiedene Zugangsbarrieren diskutiert, die jedoch hauptsächlich auf theoretischen Annahmen sowie auf der Übertragung von bereits untersuchten Zugangsbarrieren aus anderen Versorgungszweigen beruhten. Die wissenschaftliche Überprüfung der Relevanz der diskutierten Barrieren für den Zugang zur medizinischen Rehabilitation der DRV stand bisher noch aus. Die diskutierten Barrieren lassen sich entweder auf der Seite der Systemstrukturen (z.B. Intransparenz des Gesundheits- und Sozialsystems, mangelnde interkulturelle Öffnung der Strukturen und Einrichtungen) oder auf der Seite der MigrantInnen (z.B. kultur- und religionsspezifische Krankheits- und Gesundheitskonzepte, Angst vor Arbeitsplatzverlust) verorten (Schwarz et al. 2015 [Aus dem Projekt entstanden]; Brause et al. 2010; Geiger & Razum 2006). Die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten seitens MigrantIn-

¹ Zu MigrantInnen/Personen mit Migrationshintergrund sollen hier zählen „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt 2015).

nen ergibt sich dabei insbesondere auch aus dem Zusammen- und Wechselwirken von unterschiedlichen Barriere-Arten. So kann der Zugang zu Versorgungsangeboten zum Beispiel durch das Zusammentreffen von mangelnden Sprachkenntnissen (erschwert z. B. durch Behördensprache) und Informationsdefiziten auf der einen Seite und fehlenden mehrsprachigen Informationsmaterialien, Kommunikationshilfen und Übersetzungsdiensten auf der anderen Seite noch stärker erschwert werden.

Die Identifizierung von Zugangsbarrieren sowie die Entwicklung und Evaluation von Ansätzen zu deren Überwindung kann zu einer gleichberechtigten Teilhabe an sowie zu einer bedarfsgerechten Versorgung mit rehabilitativen Leistungen beitragen. Dies gewinnt vor dem Hintergrund einer zunehmend alternden Gesellschaft und den Herausforderungen, die damit für den Arbeitsmarkt und das System der sozialen Sicherung einhergehen, zusätzlich an Relevanz. So hatten in Deutschland im Jahr 2014 ca. 20,3 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund, Tendenz steigend. Der Altersdurchschnitt liegt derzeit zwar unter dem der Bevölkerungsgruppe ohne Migrationshintergrund (35,4 gegenüber 46,8 Jahre), aber auch hier steigt die Zahl von Personen in den höheren und damit reha-relevanten Altersgruppen an (Statistisches Bundesamt 2015).

Ansatz: Arbeit mit MiMi-GesundheitsmediatorInnen

Um die Teilhabe und den Zugang von MigrantInnen im Bereich der medizinischen Versorgung zu fördern, sind sprach- und kultursensible Maßnahmen notwendig, die der Heterogenität dieser Zielgruppe gerecht werden und helfen können, bestehende Barrieren zu überwinden. Im Jahr 2003 wurde vom Ethno-Medizinischen Zentrum (EMZ) das Programm ‚Mit MigrantInnen für MigrantInnen (MiMi)‘ zur interkulturellen Gesundheitsförderung entwickelt und zunächst in vier deutschen Städten erprobt. Das Ziel des Programms besteht darin, den Menschen mit Migrationshintergrund – vor allem schwererreichbare Gruppen wie diejenigen mit geringen oder keinen Deutschkenntnissen und wenig Kontakt zur Aufnahmegesellschaft – bessere Gesundheits- und Integrationschancen zu ermöglichen. Sie sollen in ihrer Selbstverantwortung gestärkt und zur bewussten und gesundheitsförderlichen Nutzung der Gesundheits- und Präventionsangebote motiviert werden. Denn wer gesund ist und das notwendige Wissen an die Hand bekommt, wie er seine Gesundheit stärken und fördern kann, hat auch gute Chancen, an der Aufnahmegesellschaft erfolgreich zu partizipieren. Das Programm basiert auf einem settingorientierten Peergroupansatz und besteht aus sechs Bausteinen (vgl. Abb. 1).

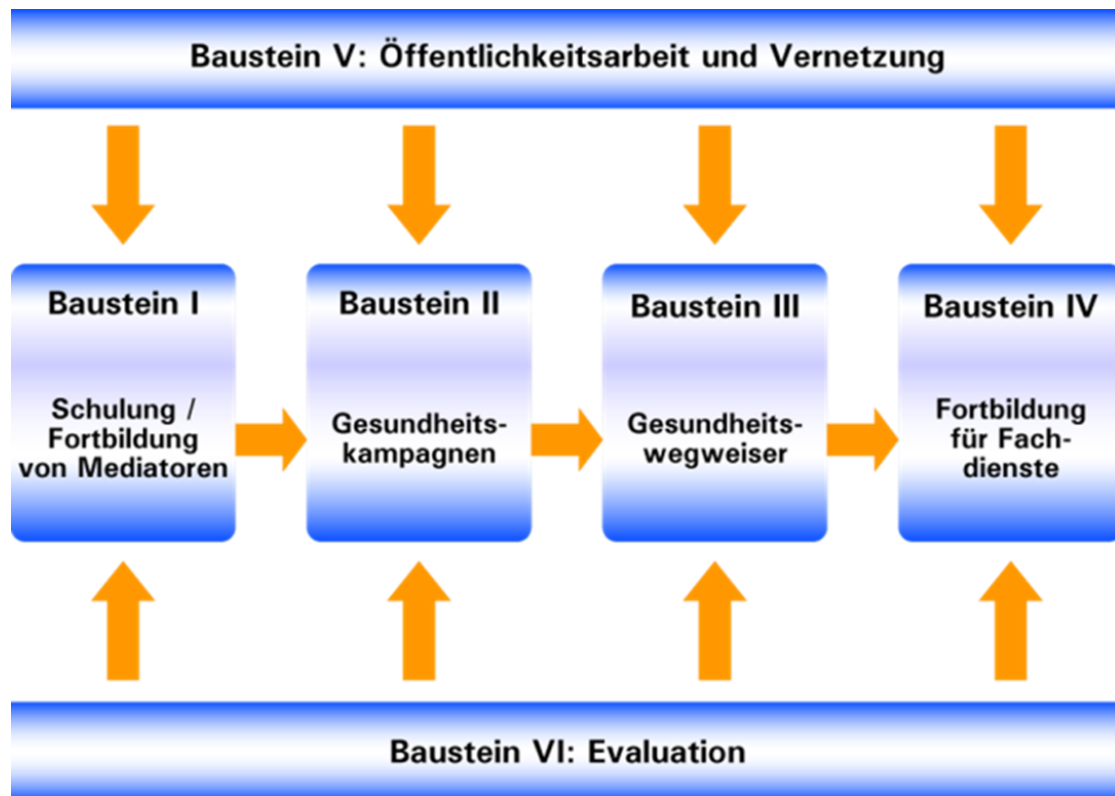


Abb. 1: Bausteine des MiMi-Programms.

Im ersten Baustein werden erfolgreich integrierte und sozial engagierte Menschen mit Migrationshintergrund zu sogenannten interkulturellen GesundheitsmediatorInnen ausgebildet. Anschließend suchen diese ihre Landsleute in deren Lebenswelten (z. B. religiöse Einrichtungen, Kulturzentren, Migranteneinrichtungen etc.) auf und informieren sie in muttersprachlichen/mehrsprachigen und kultursensiblen Informationsveranstaltungen (Gesundheitskampagnen) zu mittlerweile über 20 Präventionsthemen (z. B. Impfschutz, Diabetes, Kindergesundheit etc.) und über die Angebote sowie Leistungen des hiesigen Gesundheitssystems (Baustein II). Durchgeführt werden die Informationsveranstaltungen in Deutsch und in mindestens 15 weiteren Sprachen. Damit stellen sie eine Art Brücke zwischen der Aufnahmegesellschaft und den Menschen mit Migrationshintergrund dar. Hierfür nutzen sie eigens dafür entwickeltes muttersprachliches Informationsmaterial, unter anderem Wegweiser zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen sowie muttersprachliche Kampagnenpräsentationen (Baustein III). Zusätzlich werden auch die MitarbeiterInnen von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens im Rahmen von Fachkräftefortbildungen zur interkulturellen Kompetenz weitergebildet (Baustein IV). Auf diese Weise können die Zugangsbarrieren zu den Angeboten des Gesundheitssystems nicht nur aufseiten der Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, sondern auch aufseiten des Systems abgebaut werden. Darüber hinaus leisten alle Projektbeteiligten Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit mit Hilfe von Vorträgen, Presseberichten, Tagungen etc. und

tragen so zur Bekanntmachung und zum Erfolg des Programms bei (Baustein V). Die *Effektivität* des MiMi-Programms wird mittels spezifischer Dokumentations- und Evaluationsinstrumente sowohl während der Schulungs- als auch während der Kampagnenphase kontinuierlich dokumentiert und evaluiert (Baustein VI).

Der gewählte Ansatz des MiMi-Programms wurde im Rahmen der WHO-Studie zum Best-Practice-Modell in der Gesundheitsförderung und Integration von schwererreichbaren Gruppen gewählt (Salman 2015; Salman & Weyers 2010; Gerken & Salman 2008). Die Effektivität und Kosteneffektivität des Programms wurde in Studien nachgewiesen (Krauth et al. 2011, Praxisleitfaden). Durch die große Akzeptanz des Programms wurden MiMi-GesundheitsmediatorInnen in 64 Städten und Landkreisen in Deutschland sowie Österreich ausgebildet (Salman 2015; Salman & Wentzlaff-Eggebert 2012).

Im Rahmen des Forschungsprojekts ‚MiMi-Reha‘: Implementierung und Evaluation eines Informationsangebots für MigrantInnen zur medizinischen Reha auf Basis der ‚MiMi-Kampagnentechnologie‘, wurden MiMi-GesundheitsmediatorInnen auch zum Thema „Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung“ geschult. Diese führten anschließend muttersprachliche MiMi-Reha-Informationsveranstaltungen (auch Kampagnen genannt) durch. Im Rahmen dieses Forschungsprojekts erhielten auch MitarbeiterInnen der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation eine Fortbildung zur interkulturellen Kompetenz in der Reha-Beratung. Weiterhin wurden verschiedene Informationsmaterialien rund um das Thema „Medizinische Rehabilitation der DRV“ erstellt. Die Dokumentation und Bewertung des kompletten Informationsangebots erfolgte mittels verschiedenen eigens dafür entwickelten Dokumentations- und Evaluationsinstrumenten. Das Forschungsprojekt wurde von den DRV´en Bund, Nord und Oldenburg-Bremen gefördert sowie von der DRV Rheinland-Pfalz unterstützt. Die Umsetzung des Projekts erfolgte durch das EMZ und die Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH).

Fragestellung

Vor dem Hintergrund des dargelegten Forschungsstandes zielte das Projekt „MiMi-Reha“ auf:

- 1. die Identifizierung von Zugangsbarrieren für MigrantInnen in die medizinische Rehabilitation der DRV sowie auf**
- 2. die Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Informationsangebotes zur medizinischen Rehabilitation der DRV auf Basis der MiMi-Kampagnentechnologie einschließlich interkultureller Kompetenzentwicklung von DRV-Reha-BeraterInnen.**

Folgende Fragestellungen wurden für das Projekt formuliert:

1. Welche Barrieren des Reha-Zugangs existieren für MigrantInnen, wo lassen sich diese verorten (z.B. strukturelle, personenbezogene, interaktionelle Ebene) und wie wirken sie im konkreten Einzelfall?
2. Welches Wissen und welche Einstellungen, Vorstellungen, Überzeugungen und Erwartungen haben MigrantInnen bezüglich medizinischer Rehabilitation?
3. Wie bewerten MigrantInnen und ExpertInnen den Nutzen des entwickelten Informationsangebotes, wo sehen sie Stärken und Optimierungspotentiale?
4. Welche Barrieren können durch das Informationsangebot abgebaut werden?
5. Wie verändern sich Wissen, Einstellungen, Vorstellungen, Überzeugungen und Erwartungen bezüglich medizinischer Rehabilitation sowie die Reha-Antragsintention durch das Informationsangebot?
6. Wie ist die Akzeptanz des Angebotes?

2. Projektverlauf

Das dreijährige Forschungsprojekt bestand insgesamt aus fünf Bausteinen. In der Abb. 2 werden die anfangs festgelegten Projektbausteine dargestellt.

V. Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit		
I. Schulungen	II. Kampagnen	III. Broschüren
<ul style="list-style-type: none"> • MediatorInnen • DRV-MitarbeiterInnen 	<ul style="list-style-type: none"> • MiMi-Reha-Informationsveranstaltungen • Tandemkampagnen mit DRV-MitarbeiterInnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Reha-Wegweiser für MigrantInnen • Praxis-Leitfaden für DRV-MitarbeiterInnen
IV. Begleitende Evaluation/Studie		
<ul style="list-style-type: none"> • Fokusgruppen zu Zugangsbarrieren mit MigrantInnen und ExpertInnen • Interviews mit ausgewählten KampagnenteilnehmerInnen (4 in Deutsch, 3 in Russisch, 3 in Türkisch) • Befragung von MediatorInnen, DRV-MitarbeiterInnen und Kampagnen-TeilnehmerInnen zur Bewertung der Schulungen und Kampagnen • Fokusgruppe mit ExpertInnen zur abschließenden Bewertung des Projekts 		

Abb. 2: Bausteine des MiMi-Reha-Forschungsprojekts

Baustein I: Schulungen (vgl. Kap. 2.1.1)

In diesem Modul wurden zu Anfang in insgesamt drei Reha-Mediatorenschulungen mit jeweils 8 Terminen neue sowie bereits qualifizierte MiMi-MediatorInnen zu MiMi-Reha-MediatorInnen ausgebildet. Weiterhin fand in der zweiten Projekthälfte eine Fachkräftefortbildung zum Erwerb interkultureller Kompetenz für MitarbeiterInnen der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation statt. Die Durchführung beider Schulungen erfolgte unter Verwendung von eigens dafür entwickelten Schulungsmaterialien (Curricula, Infoblätter, Schulungspräsentationen, Handouts, Reha-Mediatoren-Wegweiser, Praxisleitfaden). Die Organisation und Durchführung aller Schulungen erfolgten durch das EMZ in Zusammenarbeit mit der MHH.

Baustein II: Kampagnen (vgl. Kap. 2.2)

Nach den Schulungen war eine Zahl von 140 muttersprachlichen Informationsveranstaltungen zum Thema „Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung“ durch die qualifizierten MiMi-Reha-MediatorInnen angesetzt. Diese wurden von den MiMi-Reha-MediatorInnen an den geschulten Standorten durchgeführt. Aufgrund der hohen Nachfrage und zur Sicherung der für die Studienergebnisse notwendigen Fragebogen wurden 155 Veranstaltungen durchgeführt. Die Durchführung erfolgte in den Lebenswelten der Zielgruppe unter Verwendung der dafür entwickelten Kampagnenmaterialien (muttersprachliche Kampagnenpräsentation, Informationsblätter, Reha-Migranten-Wegweiser). Weiterhin waren 20 Tandemveranstaltungen zum Thema „Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung“ durch die qualifizierten MiMi-Reha-Mediatoren und interkulturell fortgebildeten MitarbeiterInnen der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation an den geschulten MiMi-Standorten geplant. Diese konnten durch die Verschiebung der Fortbildung für die DRV-MitarbeiterInnen von ehemals Januar auf September 2015 (u. a. aufgrund einer zu niedrigen Teilnehmerzahl) nicht mehr realisiert werden, da diese die komplette Studie deutlich verlängert hätten. Eine Besprechung darüber erfolgte in der dritten Beiratssitzung. Die Organisation und Begleitung der Kampagnenphase erfolgten durch das EMZ in Zusammenarbeit mit der MHH.

Baustein III: Broschüren (vgl. Kap. 2.3)

Im Rahmen des dritten Moduls erfolgte die Erstellung eines ausführlichen Wegweisers zum Thema „Die Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung: Hilfe bei chro-

nischen Erkrankungen“ auf Deutsch. Für die Zielgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund wurde ein gleichnamiger gekürzter Wegweiser in den Projektsprachen (Türkisch und Russisch) erstellt und in den MiMi-Reha-Informationsveranstaltungen verteilt. Zusätzlich wurde ein Begleitheft als Ausfüllhilfe zum Reha-Antrag G100 erstellt. Weiterhin erfolgte die Entwicklung eines Praxisleitfadens zur interkulturellen Kompetenz in der Beratung für die MitarbeiterInnen der Auskunft- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Dieser wurde als ausführliche Vorversion in der Fachkräftefortbildung verteilt und als Kurzversion durch die in der vierten Beiratssitzung beschlossene Befragung der DRV-MitarbeiterInnen erst am Ende des Projektes veröffentlicht. Alle Broschüren befinden sich im Anhang. Die Erstellung aller Broschüren erfolgte durch das EMZ in Zusammenarbeit mit der MHH.

Modul VI: Begleitende Evaluation/Studie (vgl. Kap. 2.4)

Die Studie setzte sich aus mehreren Phasen zusammen und war eine Kombination aus den Methoden der qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden. Die Erhebung der Zugangsbarrieren erfolgte mittels Fokusgruppen mit reha-erfahrenen und reha-unerfahrenen MigrantInnen sowie mit ExpertInnen aus Praxis, Politik, Verwaltung und Forschung. Die Ergebnisse flossen in die Entwicklung des Informationsangebots (Schulungs- und Kampagnenmaterial sowie ein Wegweiser zum Thema ‚Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – Hilfe bei chronischen Erkrankungen‘) ein. Das Informationsangebot wurde mittels dafür entwickelten Dokumentations- und Evaluationsinstrumenten dokumentiert und bewertet. Bei den Schulungen und MiMi-Reha-Informationsveranstaltungen erfolgte die Bewertung mit quantitativen Fragebogen durch die SchulungsteilnehmerInnen, ReferentInnen, KampagnenteilnehmerInnen und MediatorInnen. Auch während der Kampagnenphase wurden die Zugangsbarrieren der Menschen mit Migrationshintergrund zur medizinischen Rehabilitation erhoben. Ergänzend erfolgten problemzentrierte Interviews mit ausgewählten VeranstaltungsteilnehmerInnen zum Kenntnisstand über die Thematik, zu möglichen Zugangsbarrieren und zur Bewertung des Informationsangebots. Zum Ende des Projekts wurde in einer abschließenden Fokusgruppe mit ExpertInnen das gesamte Informationsangebot bewertet. Für alle Evaluationsschritte erfolgten die Erstellung von Aufklärungsunterlagen (Teilnahmeinformationen) sowie speziell für die Fokusgruppen, Schulungen und Interviews Einverständniserklärungen. Alle Aufklärungen und Einverständniserklärungen sowie Evaluationsinstrumente (Leitfäden für Fokusgruppen und Interviews sowie quantitative Fragebogen) befinden sich im Anhang. Die Organisation der Anfangs-Fokusgruppen erfolgte durch das EMZ in Zusammenarbeit mit der MHH, die Organisation der End-Fokusgruppe durch die MHH in Zusammenarbeit mit dem EMZ. Die Auswertung der Anfangs-Fokusgruppe erfolgte durch die MHH in Zusammenarbeit mit dem EMZ, die der

End-Fokusgruppe durch das EMZ in Zusammenarbeit mit der MHH. Die Organisation der Interviews sowie deren Auswertung erfolgten durch das EMZ in Zusammenarbeit mit der MHH. Die Auswertung aller Schulungen und der Kampagnenphase erfolgte durch die MHH in Zusammenarbeit mit dem EMZ.

Baustein V: Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit (vgl. Kap. 2.5)

Zur Bekanntmachung des Projekts erfolgte die Erstellung eines Projektflyers. Für die Bewerbung von SchulungsteilnehmerInnen wurden Rekrutierungsflyer zum Verteilen und – plakate zum Aushängen u. a. in Migrantenvereinen, Bildungseinrichtungen und religiösen Einrichtungen (z. B. Moscheen) etc. entwickelt. Alle Flyer und Plakate befinden sich im Anhang. Die Bewerbung des MiMi-Reha-Informationsangebots erfolgte durch die Organisation der MiMi-Reha-Informationsveranstaltungen seitens der MediatorInnen. Dafür war eine kontinuierliche Kontaktaufnahme und Betreuung der StandortkoordinatorInnen sowie MediatorInnen einzeln und in Gruppen notwendig. Weiterhin wurden Rekrutierungsflyer für die Fortbildung der DRV-MitarbeiterInnen erstellt und verteilt. Zur Ergebnisdarstellung/–diskussion und Vernetzung fanden regelmäßige Beiratstreffen statt. Zur Bekanntmachung erfolgten weiterhin regelmäßige Vorstellungen der Projektergebnisse auf öffentlichen und Fachveranstaltungen (z. B. Rehakolloquien 2014, 2015, 2016). Die Erstellung der Werbematerialien erfolgte durch das EMZ in Zusammenarbeit mit der MHH. Die Organisation der Beiratssitzungen sowie die Vorstellung auf Veranstaltungen erfolgten durch beide Projektpartner.

Im Laufe des dreijährigen Projekts mussten einige Änderungen in der Umsetzung vorgenommen werden (s. o.). Diese wurden stets mit dem Projektbeirat und der DRV abgestimmt.

Zusätzlich zu den Hauptprojektbausteinen mussten weitere Zwischenschritte (z. B. Material-erstellung) vorangeschaltet werden, die auch die Voraussetzungen für die Realisierung weiterer Projektbausteine bildeten. Die einzelnen Projektschritte und die Änderungen werden im Folgenden analog der eben dargestellten Bausteine vorgestellt. Ein vergleichender Zeitplan befindet sich im Anhang

2.1 Schulungen (EMZ)

2.1.1 Mediatorenschulungen

Materialerstellung

Bevor die Mediatorenschulungen durchgeführt werden konnten, mussten entsprechende Schulungsmaterialien entwickelt und mit den Projektbeteiligten abgestimmt werden. Als Handreichung erfolgte die Erstellung des Reha-Mediatorenwegweisers zum Thema „Die Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung: Hilfe bei chronischen Erkrankungen“ basierend auf den Ergebnissen der Fokusgruppen zu Beginn des Projekts und der langjährigen Fachexpertise des EMZ. Der Wegweiser grenzt das Wissen zur Thematik für die MediatorInnen ein und diente als Handout. Basierend auf dem Mediatoren-Wegweiser mussten alle Schulungspräsentationen zur Verwendung in den jeweiligen Schulungsterminen durch die FachreferentInnen erstellt und ebenfalls mit ExpertInnen gegengeprüft werden. Zuletzt erfolgte die Erstellung der Schulungscurricula aller Schulungstermine samt Tagesablauf, Gruppenarbeiten und Arbeitsblätter.

Schulungsinhalte und -ablauf

Zu Beginn des Projekts wurde die Ausbildung der MiMi-Reha-MediatorInnen an insgesamt vier Standorten geplant:

- Lübeck/Hamburg
- Hannover
- Oldenburg/Bremen
- Rheinland-Pfalz

Durchgeführt wurden die Schulungen letztendlich in Lübeck, Hannover und Bremen. Die Schulung in Rheinland-Pfalz konnte nicht realisiert werden. Für die Organisation waren die Standortverantwortlichen zuständig. Hierzu gehörte die Suche und Buchung von Schulungsräumen, die Sicherstellung der Verpflegung, eine stetige Kommunikation mit den SchulungsteilnehmerInnen sowie die Suche und Betreuung der ReferentInnen. Die ReferentInnen wurden vom EMZ angefragt und engagiert, mit ihnen sowohl die Schulungsinhalte als auch die Schulungsgruppenzusammensetzung und die Besonderheiten im Unterrichten von Menschen aus anderen Kulturkreisen abgestimmt. Abgerundet wurde dies durch die stetige Kommunikation und Absprachen mit dem EMZ. Essentiell bei der Auswahl der Schulungsräume waren eine zentrale Lage, die technische Ausstattung und eine angenehme Atmosphäre. Jede Schulungseinheit wurde von einer verantwortlichen Person des

Standorts bzw. des EMZ begleitet. Diese war für die Begrüßung, Moderation, Gruppenarbeiten, Diskussionen und Sicherstellung der Evaluation zuständig.

Im Vorfeld der geplanten Schulungen wurden geeignete SchulungsteilnehmerInnen aus dem bestehenden Mediatorenstamm der MiMi-Standorte sowie neue MigrantInnen rekrutiert. Die Auswahlkriterien waren:

- Beherrschung der deutschen Sprache in Wort und Schrift
- Beherrschung der russischen oder türkischen Sprache in Wort und Schrift
- Zugang zu den Landsleuten/zum eigenen Kulturkreis
- Offenheit gegenüber dem Herkunfts- und dem Aufnahmekulturkreis
- Ausgeprägtes soziales Engagement
- Die Bereitschaft und Fähigkeit, muttersprachliche und kultursensible Informationsveranstaltungen in den Lebenswelten der Zielgruppe selbständig zu organisieren und durchzuführen

Jede der Schulungen folgte einem einheitlichen Schulungsprogramm, bestehend aus insgesamt acht Terminen, die einen theoretischen und einen methodischen/praktischen Teil umfassten (siehe Beispiel des Schulungsprogramms aus Bremen, Tab. 1). Jeder Schulungstermin beinhaltete theoretischen Input, Gruppenarbeiten, Diskussionen und eine Evaluation am Ende. Die Evaluation erfolgte mittels entsprechender Fragebögen sowohl durch die SchulungsteilnehmerInnen als auch durch die ReferentInnen. Jeder Evaluationsbogen wurde mit einer entsprechenden ID-Nummer zur Anonymisierung versehen (vgl. Kap. 3.2). Als ReferentInnen für die Einführungsveranstaltung und für die methodischen Termine fungierten die MitarbeiterInnen des EMZ, für den Schulungstermin „Teilnehmergewinnung, Fragebogenerhebung und Interviewführung“ eine Mitarbeiterin der MHH und für die theoretischen Schulungstermine zum Schwerpunktthema MitarbeiterInnen der DRV oder anderen Reha-Einrichtungen.

Tab. 1: Programm der MiMi-Reha-Schulung in Bremen

TEIL I: Theorieteil: Gesundheit, Rehabilitation und Migration			
Datum	Zeit	Referenten/ Institutionen	Thema
Mi., 29.04.2015	17:00 – 20:30 Uhr	EMZ	Einführung: Migration, Gesundheit und Rehabilitation
Mi., 13.05.2015	17:00 – 20:30 Uhr	Deutsche Rentenversicherung	Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – Grundlagen
Mi., 20.05.2015	17:00 – 20:30 Uhr	Deutsche Rentenversicherung	Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – von der Antragstellung bis zur Bewilligung

Mi., 27.05.2015	17:00 – 20:30 Uhr	Rehabilitationszentrum	Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – in der Reha und nach der Reha
Mi., 10.06.2015	17:00 – 20:30 Uhr	MHH	Teilnehnergewinnung, Fragebogenerhebung und Interviewführung
TEIL II: Praxisteil: Praktische Methoden der Gesundheitsförderung			
Datum	Zeit	Referenten / Institutionen	Thema
Sa., 09.05.2015	10:00 – 17:00 Uhr	EMZ	<ul style="list-style-type: none"> • Didaktik und Medieneinsatz bei MiMi-Reha-Informationsveranstaltungen • Organisatorische Hinweise für die Durchführung einer MiMi-Reha-Informationsveranstaltung
Sa., 30.05.2015	10:00 – 17:00 Uhr	EMZ	<ul style="list-style-type: none"> • Exemplarische Durchführung einer MiMi-Reha-Informationsveranstaltung zum Thema „Medizinische Rehabilitation“ • Vorbereitung der Praxisübung
Sa., 27.06.2015	10:00 – 17:00 Uhr	EMZ	<ul style="list-style-type: none"> • Praxisübung/ Prüfung

In der Einführungsveranstaltung wurden das Projekt mit seinen Zielen, Fragestellungen und Inhalten, das Schulungsprogramm, die Teilnahmemodalitäten und Formalitäten erläutert. Weiterhin erfolgte eine Vorstellung der ersten Projektergebnisse aus den Fokusgruppen sowie eine Einführung in das Thema „Migration, Gesundheit und Rehabilitation“. Mit einer Partnerübung erhielten die SchulungsteilnehmerInnen die Gelegenheit, sich besser kennenzulernen. Die SchulungsteilnehmerInnen bekamen zudem eine Teilnehmerinformation und die Einwilligungserklärung zur Unterschrift (erforderlich für die Verwendung der Evaluationsdaten) ausgehändigt. Darüber hinaus wurde das Verfahren der Anonymisierung erklärt. Die SchulungsteilnehmerInnen erhielten je eine ID-Nummer, die sie während der Schulungs- und der Kampagnenphase begleitete und auf die Evaluationsbogen eingetragen wurde (vgl. Kap. 3.2). Die Liste mit den ID-Nummern wurde im EMZ aufbewahrt, um die Anonymität der Evaluation zu wahren.

Beim ersten thematischen Schulungstermin „Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – Grundlagen“ erhielten die SchulungsteilnehmerInnen einen Überblick über die Leistungen des Deutschen Sozialversicherungssystems, der Deutschen Rentenversicherung, Arten der Rehabilitation, Rechte der RehabilitandInnen/PatientInnen, Voraussetzungen zur Teilnahme an der Rehabilitation, Finanzierungsmöglichkeiten, Auswirkungen auf den Arbeitsplatz, die Sozialversicherungsbeiträge und Rente.

Beim zweiten thematischen Schulungstermin „Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – von der Antragstellung bis zur Bewilligung“ bekamen die SchulungsteilnehmerInnen Informationen über die Praxis der Antragstellung und lernten die wichtigsten Antragsformulare, Pflichten und Freiheiten der RehabilitandInnen/PatientInnen, die Möglichkeit des Widerspruchs bei Ablehnung des Rehabilitationsantrags sowie Alternativen zur medizinischen Rehabilitation kennen.

Einen Einblick in den Praxisalltag einer Rehabilitationseinrichtung (Anreise, Unterbringung, Verpflegung, Rehabilitationsteam, Rehabilitations- und Tagesablauf, Therapien, Besuchs- und Begleitregeln, Berücksichtigung der religiösen und kulturellen Besonderheiten, Möglichkeit der Unterstützung bei sprachlichen Hürden, Mitwirkungspflicht, Rehabilitationsabbruch) sowie in die Nachsorgeangebote, Berufliche Wiedereingliederung und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben konnten die SchulungsteilnehmerInnen beim dritten thematischen Schulungstermin „Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – in der Reha und nach der Reha“ erhalten.

Bei der Einheit „Teilnehmergewinnung, Fragebogenerhebung und Interviewführung“ wurden einerseits die Kampagnenevaluation und andererseits die Rekrutierung der geeigneten Kampagnen-/InterviewteilnehmerInnen sowie die Interviewführung geschult.

Der erste methodische Samstag umfasste neben einer Kennenlernrunde (als Methodenbeispiel für die Kampagnen) die Besprechung der Medienkunde mit den häufigsten Medienarten in der Informationsvermittlung/bei Vorträgen. Dabei wurden die Anwendungsmöglichkeiten sowie die jeweiligen Vor- und Nachteile besprochen. Anschließend erfolgte eine Einteilung der SchulungsteilnehmerInnen in Gruppen, in denen sie am dritten Samstag ihre Praxisübung vorstellen sollten. Die Modalitäten der Praxisübung und die Erwartungen an die SchulungsteilnehmerInnen wurden besprochen. Bereits am ersten Samstag sollten sie sich in zwei Gruppenarbeiten mit der Planung, Organisation und Durchführung einer Informationsveranstaltung auseinandersetzen sowie die verschiedenen Methoden und Materialien einsetzen/austesten. Die Ergebnisse wurden im Plenum vorgestellt und diskutiert. Des Weiteren wurden verschiedene Persönlichkeitsmerkmale der KampagnenteilnehmerInnen, die die Gruppendynamik beeinflussen, vorgestellt und Reaktionsmöglichkeiten der Referierenden erläutert.

Der zweite methodische Samstag befasste sich inhaltlich mit der detaillierten Durchführung einer Informationsveranstaltung. Dabei wurde neben allen erforderlichen Unterlagen für die Anmeldung, Abwicklung und Durchführung einer Informationsveranstaltung auch die Evaluationspraxis der Kampagnen besprochen. Anschließend erfolgte eine Beispielveranstaltung durch die Referentin. Diese diente der Veranschaulichung und Wiederholung der Inhalte. Anschließend konnten die SchulungsteilnehmerInnen ihre Praxisübung am dritten methodischen Samstag vorbereiten.

Der dritte methodische Samstag bildete den Abschluss der Schulung. Die am ersten Samstag gebildeten Gruppen stellten eine fiktive Präsentation zu einem festgelegten Thema rund um die Rehabilitation unter Verwendung ihrer bevorzugten Medien und Materialien vor. Anschließend äußerten sie ihre eigenen Eindrücke zur Durchführung der Informationsveranstaltungen und erhielten Feedback, Tipps und Hinweise aus dem Plenum und von der Referentin. Dieser Teil diente dem Ausprobieren und der inhaltlichen Wiederholung. Zum Schluss wurden die Teilnahmebescheinigungen an die SchulungsteilnehmerInnen verteilt. Nach erfolgreicher Absolvierung der Schulung mussten die SchulungsteilnehmerInnen eine Informationsveranstaltung selbständig organisieren und durchführen. Dies war die Voraussetzung für den Erhalt des Zertifikats, welches sie als interkulturelle MiMi-Reha-MediatorInnen auszeichnete und zur Durchführung weiterer Kampagnen in Abstimmung mit dem EMZ berechnete.

Insgesamt wurden im Rahmen der drei MiMi-Reha-Schulungen 48 MiMi-Reha-MediatorInnen ausgebildet (vgl. Tab. 2).

Tab. 2: Übersicht der ausgebildeten MiMi-Reha-MediatorInnen nach Sprachen und Schulungsorten

Schulungsort	Russischsprachige MediatorInnen	Türkischsprachige MediatorInnen	Gesamt
Lübeck	5	9	14
Hannover	9	7	16
Bremen	8	10	18
Gesamt	22	26	48

Mediatorenschulung in Lübeck

Die erste MiMi-Reha-Mediatorenschulung fand am langjährigen und erfahrenen MiMi-Standort Lübeck im Zeitraum vom 07.05.2014 bis zum 28.06.2014 statt. Hier wurden erfahrene MediatorInnen aus den drei Standorten Lübeck, Kiel/Neumünster/Elmshorn und Hamburg ausgebildet. Hierfür mussten die SchulungsteilnehmerInnen aus Kiel/Neumünster/Elmshorn und Hamburg zu den Schulungsterminen nach Lübeck reisen. Insgesamt wurden 14 MediatorInnen (vgl. Tab. 2) ausgebildet. Die Auswahl der geeigneten MediatorInnen anhand der festgelegten Kriterien oblag den jeweiligen Standorten, die Organisation der Schulung dem Standort Lübeck mit Unterstützung und Begleitung des EMZ.

Mediatorenschulung in Hannover

Die zweite MiMi-Reha-Mediatorenschulung fand am ebenfalls langjährigen und erfahrenen Standort Hannover vom 30.09.2014 bis zum 07.02.2015 statt. Insgesamt wurden neun erfahrene und sieben neue MediatorInnen aus Hannover, Göttingen und Hannover Münden

ausgebildet (vgl. Tab. 2). Die Auswahl der geeigneten MediatorInnen anhand der festgelegten Kriterien und die Organisation und Begleitung der Schulung oblagen dem EMZ. Mit den BewerberInnen wurden Auswahlgespräche durch die Projektverantwortliche geführt, um ihre Eignung zu überprüfen.

Mediatorenschulung in Bremen

Die dritte Mediatorenschulung war im Frühjahr/Sommer 2014 in Oldenburg angedacht. Die Kooperation mit dem Landkreis Oldenburg konnte jedoch nicht geschlossen werden. Aus diesem Grund wurde als weiterer MiMi-Standort Bremen gewählt. Dadurch verschob sich auch der Zeitpunkt der Schulung auf 2015 (Schulungszeitraum: 29.04.2015 – 27.06.2015). Hier wurden insgesamt 18 MediatorInnen ausgebildet (vgl. Tab. 2). Die Auswahl der geeigneten TeilnehmerInnen anhand der festgelegten Kriterien und die Organisation und Begleitung der Schulung oblagen dem EMZ. Für die Rekrutierung wurden Flyer und Plakate entwickelt und mit Hilfe der EMZ-Mitarbeiterin vor Ort sowie des Bremer Rats für Integration in den Einrichtungen mit hohem Migrantenaufkommen verteilt bzw. über digitale Kommunikationskanäle weitergeleitet (vgl.

Anmeldung/ Termine

Der Kurs umfasst insgesamt ca. 40 Stunden, die sich auf mehrere Abend- und Samstagsveranstaltungen verteilen. In Anschluss an die Schulung werden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen gegen Honorar muttersprachliche Informationsveranstaltungen zur Gesundheit und medizinischer Rehabilitation in Bremen und Bremerhaven durchführen.

Die Teilnahme an der Schulung ist kostenlos.

Sie können sich bei der unten aufgeführten Koordinatorin, Frau Klara Markin, telefonisch oder per E-Mail bewerben.

Wir benötigen von Ihnen folgende Angaben:
Name, Vorname, Sprachkenntnisse, Geschlecht, Adresse, Telefonnummer und Ihre E-Mail-Adresse.

Bitte melden Sie sich rechtzeitig an, da die Teilnehmerzahl begrenzt ist.

Schulungsbeginn:
29.04.2015 von 17.00 - 20.00 Uhr

Weitere Informationen zur MiMi-Schulung sowie zur Anmeldung:
Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
Klara Markin
Telefon: 0511 1684 1037
E-Mail: ethno@onlinehome.de

Förderer/ Träger/ Partner

Projektförderer und Co-Kooperationspartner

Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Nord
Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen
Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Projekträger

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
Königstraße 6
30175 Hannover

Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Rehabilitationsmedizin
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Kooperationspartner in Bremen

Bremer Rat für Integration
Am Markt 20
28195 Bremen

Migrantinnen und Migranten gesucht

Gesundheit Hand in Hand in Bremen

Schulung zu interkulturellen Gesundheitsmediatoren 2015

MiMi Das Gesundheitsprojekt Mit Migranten für Migranten

Abb. 3,

Abb. 4 & Abb. 5). Mit den BewerberInnen wurden Auswahlgespräche durch die Projektverantwortliche geführt, um ihre Eignung zu überprüfen.

Anmeldung/ Termine

Der Kurs umfasst insgesamt ca. 40 Stunden, die sich auf mehrere Abend- und Samstagsveranstaltungen verteilen. In Anschluss an die Schulung werden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen gegen Honorar muttersprachliche Infoveranstaltungen zur Gesundheit und medizinischer Rehabilitation in Bremen und Bremerhaven durchführen.

Die Teilnahme an der Schulung ist kostenlos. Sie können sich bei der unten aufgeführten Koordinatorin, Frau Klara Markin, telefonisch oder per E-Mail bewerben.

Wir benötigen von Ihnen folgende Angaben: Name, Vorname, Sprachkenntnisse, Geschlecht, Adresse, Telefonnummer und Ihre E-Mail-Adresse.

Bitte melden Sie sich rechtzeitig an, da die Teilnehmerzahl begrenzt ist.

Schulungsbeginn:

29.04.2015 von 17.00 - 20.00 Uhr

Weitere Informationen zur MiMi-Schulung sowie zur Anmeldung:

Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.
Klara Markin
Telefon: 0511 1684 1037
E-Mail: ethno@onlinehome.de



Förderer/ Träger/ Partner

Projektförderer und Co-Kooperationspartner

Deutsche Rentenversicherung Bund 

Deutsche Rentenversicherung Nord 

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen 

Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz 

Projekträger

Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.
Königstraße 6
30175 Hannover 

Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Rehabilitationsmedizin
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover 

Kooperationspartner in Bremen

Bremer Rat für Integration
Am Markt 20
28195 Bremen 

Migrantinnen und Migranten gesucht



Gesundheit Hand in Hand in Bremen

Schulung zu interkulturellen Gesundheitsmediatoren 2015


Das Gesundheitsprojekt
MiMi Mit Migranten für Migranten

Abb. 3: MiMi-Bremen Flyer S. 1

Das MiMi-Projekt

Teilnahmebedingungen

Themen und Inhalte

„Mit Migranten für Migranten“ lautet das Motto dieses Projekts für Gesundheitsinformation und gesunde Lebensweisen für Migrantinnen und Migranten.

Wir wollen zu gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen. Unser Ziel ist, engagierte Migranten zu gewinnen, die in einer Schulung zu interkulturellen Mediatoren für Integration und Gesundheit geschult werden. Sie erfahren wie das deutsche Gesundheitssystem funktioniert, welche Angebote es bereithält und welche Lebensweisen Gesundheit fördern.

Gemeinsam lernen wir muttersprachliche Infoveranstaltungen zu entwickeln und zu organisieren. Nach der Schulung wollen wir gemeinsam mit den Mediatoren Infoveranstaltungen in Gemeinschaften der Migranten in Bremen und Bremerhaven durchführen. Muttersprachlich und kultursensibel! Für die Infoveranstaltungen zahlen wir Ihnen ein Honorar.

Die MiMi-Schulung wird im Rahmen des Forschungsprojekts „MiMi-Reha: Implementierung und Evaluation eines Info-Angebotes für Migrantinnen“ angeboten. Die Deutschen Rentenversicherungen Bund, Oldenburg-Bremen und Nord haben sich bereit erklärt die Finanzierung zu übernehmen.



Für die Schulung suchen wir aufgeschlossene und engagierte Migrantinnen und Migranten, die an der Gesundheitsförderung ihrer Landsleute interessiert sind.

Herzlich eingeladen sind Teilnehmer aus Bremen, Bremerhaven und Umgebung. Gerne können auch Interessierte aus dem Oldenburger Raum kommen.

Es sollen Migrantinnen und Migranten teilnehmen, die auch bereit sind, im Anschluss an die Schulung mit unserer Unterstützung Infoveranstaltungen durchzuführen. Diese werden mit einem Honorar vergütet.

Hilfreich wäre es, wenn Sie guten Kontakt und Zugang zu Ihren Landsleuten haben. Wichtig sind uns gute Kenntnisse der deutschen Sprache sowie einer zweiten Sprache.

Sprachen

Für diese erste Schulung wollen wir uns zunächst auf einige wenige Sprachen beschränken. Besonders wichtig sind zunächst die Sprachere:

■ Russisch ■ Türkisch

Andere Sprachen sind in Abstimmung mit uns möglich, zum Beispiel für Teilnehmer mit folgenden Sprachen:

■ Arabisch ■ Kurdisch ■ Englisch ■ Polnisch

Wenn Sie über andere als die hier genannten Sprachkenntnisse verfügen, zögern Sie bitte nicht, sich an uns zu wenden. Wir können dann im Einzelfall entscheiden oder Sie für spätere Kurse vormerken.

Die Schulung ist in drei Teile gegliedert:

- Theorie (Gesundheitsthemen & Handlungsfelder)
- Praxis (Durchführung von Kampagnen)
- Übung und Gruppenarbeit für Infoveranstaltungen

Im theoretischen Teil werden Grundkenntnissen über Angebote des deutschen Gesundheitswesens, der Deutschen Rentenversicherung und über ausgewählte Gesundheitsthemen vermittelt. Im praktischen Teil wird die Entwicklung und Durchführung von Infoveranstaltungen erlernt. Im Übungsstil werden die erlernten Kenntnisse in Gruppenarbeit exemplarisch erprobt.

Schulungsthemen

In der Schulung werden folgende Themen und Handlungsfelder der Gesundheit behandelt:

- Das deutsche Gesundheitssystem
- Medizinische Rehabilitation (Rentenversicherung)
- Gesundheit von Müttern und Kindern
- Vorsorge und Impfschutz
- Diabetes

Nach der Schulung und den durchgeführten Infoveranstaltungen wird ein Zertifikat überreicht.

Mehr über das Ausbildungsprogramm erfahren Sie beim Ethno-Medizinischen Zentrum e. V.

Abb. 4: MiMi-Bremen Flyer S. 2

**Das Gesundheitsprojekt
Mit Migranten für Migranten**

**Ethno-
Medizinisches
Zentrum e.V.**

MiMi

Wir suchen Migranten!

Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. und der Bremer Rat für Integration laden zur Schulung zu Gesundheitsmeditation im Handlungsfeld Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation.

Wir wollen zu gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen. Unser Ziel ist es, ungepflegte Migranten zu gewinnen, die in ihrer Schulung zu Meditationen für Integration und Gesundheit geschult werden. Sie erfahren, wie das deutsche Gesundheitssystem funktioniert, welche Angebote es beinhaltet und welche Lebensweisen Gesundheit fördern können.

Später wollen wir mit Ihnen gegen ein Honorar Informationsveranstaltungen für Ihre Landsleute durchführen.

Hand In Hand Gesundheit In Bremen

Für die Schulung suchen wir:

- Aufgeschlossene und engagierte Migrantinnen und Migranten, die an der Gesundheitsförderung ihrer Landsleute interessiert sind.
- Hilfreich wäre es, wenn Sie guten Kontakt und Zugang zu Ihren Landsleuten haben. Wichtig sind uns gute Kenntnisse der deutschen Sprache sowie einer zweiten Sprache.
- Für diese erste Schulung wollen wir uns zunächst auf einige wenige Sprachen konzentrieren. Besonders wichtig sind uns die Sprachen Türkisch und Russisch. Andere Sprachen sind in Abstimmung mit uns möglich (beispielsweise Arabisch, Kurdisch, Englisch, Polnisch, Bulgarisch u.a.).

Teilnehmer können Migranten aus Bremen, aus Bremerhaven und aus dem Raum Oldenburg.

Info und Anmeldung: Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
Telefon: 0511 1064 1037 (Klara Markin)
E-Mail: ethno@onlinahome.de

Schulungsbeginn: Mittwoch, 29.04.2015, 17.00 - 20.00 Uhr
und weitere Abendtermine und Samstage
Schulungsort ist das Haus der Wissenschaft
Sandstraße 4/5 · 28195 Bremen

Förderer und Co-Kooperationspartner:

- Deutsche Rentenversicherung
- Deutsche Rentenversicherung
- Deutsche Rentenversicherung
- Deutsche Rentenversicherung
- Rheinische Rentenversicherung
- Rheinische Rentenversicherung
- Niederrheinische Rentenversicherung
- Niederrheinische Rentenversicherung

Kooperationspartner in Bremen:

Bremer Rat für Integration

Abb. 5: MiMi-Bremen Plakat

Mediatorenschulung in Rheinland-Pfalz

Zu Beginn des Projekts sollten auch MiMi-Reha-MediatorInnen in Rheinland-Pfalz ausgebildet werden. Diese Schulung konnte aus organisatorischen Gründen in Absprache mit der DRV Rheinland-Pfalz, den Förderern und dem Beirat nicht stattfinden. Auch die geografische Entfernung ließ die Ausbildung von MigrantInnen zu MiMi-Reha-MediatorInnen an einem der MiMi-Reha-Standorte nicht zu.

2.1.2 Fortbildung für Reha-(fach)beraterInnen zum Erwerb der interkulturellen Kompetenz

Materialerstellung

Für die MitarbeiterInnen der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation wurde eine zweitägige Fortbildung zum Erwerb der interkulturellen Kompetenz durchgeführt. Auch dafür mussten entsprechende Schulungsmaterialien entwickelt werden. Als Handreichung erfolgte die Entwicklung, Erstellung und Verteilung einer ausführlichen Vorversion des Praxisleitfadens zur

interkulturellen Kompetenz zwecks Anregung und Verwendung in der Arbeitspraxis. Basierend darauf wurde ein Curriculum für die zweitägige Fortbildung, zwei Präsentationen und zwei Handouts, Tagesabläufe, Gruppenarbeiten sowie Arbeitsblätter erstellt und abgestimmt. Im Anschluss an die Fortbildung wurde ein Kurzprotokoll mit Fotos, den Ergebnissen aus allen Gruppenarbeiten sowie der Evaluation (EMZ-intern) erstellt und per E-Mail verschickt.

Schulungsinhalte und -ablauf

Durch den theoretischen Input und die Arbeit an Fallbeispielen sollten die MitarbeiterInnen dabei unterstützt werden, die Beratung von Menschen aus anderen Kulturen weiter auszubauen und ihre Beratungspraxis zu erleichtern. Hierdurch sollte auch die interkulturelle Öffnung der Beratungsangebote weiter gefördert werden. Die Fortbildung wurde zunächst für Januar 2015 geplant, später für den 21. und 28. April 2015 in Hamburg festgelegt und organisiert, musste jedoch mangels Anmeldungen in Abstimmung mit der DRV kurzfristig abgesagt werden. Die neuen Termine wurden auf den 22. und 23. September 2015 in Hamburg im Hause der DRV Nord gelegt. Die Hauptorganisation erfolgte durch die DRV Nord, die Materialerstellung durch das EMZ in Kooperation mit der DRV. Die Bewerbung der Fortbildung erfolgte über die internen Kanäle der Deutschen Rentenversicherung. Hierfür wurde auch ein Flyer (vgl. Abb. 6 & Abb. 7) entwickelt.

Anmeldung	Termine, Orte und Information zu den Schulungen	Beratung im interkulturellen Kontext
<p>Hiernit melde ich mich verbindlich für die Schulung an:</p> <p>Name, Vorname _____</p> <p>Institution, Organisation _____</p> <p>Straße, Nr. _____</p> <p>PLZ, Ort _____</p> <p>Telefon _____ Fax _____</p> <p>E-Mail _____</p> <p>Ort, Datum _____</p> <p>Unterschrift _____</p> <p>Anmeldung: Es wird keine Teilnahmegebühr erhoben. Wir bitten alle TeilnehmerInnen, sich vor dem Seminar mit dem Anmeldeformular, per Brief, per E-Mail, Fax oder Telefon anzumelden: E-Mail: ethno@onlinehome.de Telefon: 0511/ 168 410 37 Fax: 0511/ 45 72 15</p> <p>Bitte Name, Adresse, Telefon, E-Mail angeben. Wir bitten um Anmeldung bis zum 31.07.2015.</p>	<p>Schulungen für MitarbeiterInnen:</p> <p>Teil I: Dienstag, 22.09.2015 10.00 – 17.00 Uhr</p> <p>Teil II: Mittwoch, 23.09.2015 08.30 – 15.30 Uhr</p> <p>Schulungsort: Deutsche Rentenversicherung Nord Friedrich-Ebert-Damm 245 22159 Hamburg</p> <p>Informationen zu der Schulung: Klara Markin Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. Königstr. 6 30175 Hannover Tel.: 0511/ 168 410 37 E-Mail: ethno@onlinehome.de</p> <p>Projektträger: Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. Königstraße 6 30175 Hannover Medizinische Hochschule Hannover Klinik für Rehabilitationsmedizin Carl-Neuberg-Strasse 1 30625 Hannover</p> <p>Projektförderer und Co-Kooperationspartner:</p> <p>Deutsche Rentenversicherung Nord Deutsche Rentenversicherung Nord Deutsche Rentenversicherung Hamburg Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz</p>	<p>Schulung zum Erwerb interkultureller Kompetenz</p> <p>für MitarbeiterInnen der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation</p>  <p>     </p>

Abb. 6: Kompetenzschulung Flyer S. 1

Warum ist interkulturelle Kompetenz notwendig?	Was wird in den Schulungen vermittelt?	Anmeldung an das Ethno-Medizinische Zentrum e.V.
<p>Die wachsende kulturelle, ethnische und religiöse Vielfalt in Deutschland hat zur Folge, dass sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich immer mehr Menschen aus unterschiedlichen Kulturen aufeinander treffen. Diese Begegnungen verlaufen aufgrund von migrations- und kulturspezifischen Besonderheiten leider nicht immer reibungslos, können zu Verunsicherungen, Misstrauen und Schwierigkeiten führen.</p> <p>In Anbetracht der rund 18 Mio. in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund gewinnen migrationspezifische und interkulturelle Fragen und Aufgaben in der Beratung eine immer größere Bedeutung. Beraterinnen und andere Berufsgruppen arbeiten zunehmend mit Menschen zusammen, die andere kulturell geprägte Einstellungen und Verhaltensweisen zu Gesundheit, Krankheit, Erziehung, Familie etc. mitbringen. Um in diesem Feld eine gute und bedarfsorientierte Unterstützung der Fachkräfte und ihrer Institutionen zu gewährleisten, bedarf es der Vermittlung von Handlungsanleitungen, Kenntnissen und Konzepten in Bezug auf die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Migration. Hier liegen Potentiale und Ressourcen, die Fachkräften und Institutionen dabei helfen können, neue Sichtweisen zu erschließen und an Modellen guter Praxis zu partizipieren, um MigrantInnen noch besser zu erreichen und zu versorgen. Dadurch kann mehr Teilhabe und Chancengleichheit an Gesundheit, Bildung und Arbeit für alle ermöglicht werden.</p> <p>Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. möchte die MitarbeiterInnen der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation dabei unterstützen, geeignete Strategien für die Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund zu entwickeln. Hierfür wird eine zweitägige Schulung angeboten.</p>	<p><u>Schulung für MitarbeiterInnen:</u></p> <p>Zielgruppen sind MitarbeiterInnen der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Diese Schulung besteht aus zwei aufeinander aufbauenden Teilen. In der Schulung werden folgende Inhalte vermittelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung für das Thema Migration und Gesundheit sowie die Bedürfnisse und Besonderheiten von MigrantInnen • Besonderheiten der interkulturellen Kommunikation • Vermittlung von Fähigkeiten, Konzepten und Fertigkeiten im Umgang mit Menschen mit einem Migrationshintergrund • Erweiterung des Fachwissens und Reflexion der Praxisrelevanz • Erfahrungsaustausch und Möglichkeiten zur persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung <p>Wir freuen uns auf Ihre Anmeldungen!</p>	<p>Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. Königstr. 6 30175 Hannover</p>

Abb. 7: Kompetenzschulung Flyer S. 2

Erfreulicherweise meldeten sich hierfür 17 Personen aus Nord- und Ostdeutschland von der DRV Nord, Oldenburg-Bremen und Bund an, die auch an der Fortbildung teilnahmen. Der erste Schulungstag ermöglichte den TeilnehmerInnen, sich bei Gruppenaktivitäten und Gruppenarbeiten näher kennenzulernen. Weiterhin erfolgte eine Vorstellung des EMZ, des MiMi-Reha-Projektes sowie der Ziele dieser Fortbildung. Bei den Gruppenarbeiten ging es in an diesem Fortbildungstag um das Kennenlernen von interkulturellen Aspekten beim Umgang mit Menschen aus anderen Kulturkreisen. Am zweiten Tag wurde ein vertiefender theoretischer Einblick in die interkulturelle Kompetenz als Aufbau auf die praktischen Aktivitäten am Tag davor gegeben. Hierbei lagen der Schwerpunkt auf der Migration und ihre Auswirkung auf die Menschen und ihre Gesundheit. Anschließend ging es in den Gruppenaktivitäten um die Integration dieser Kenntnisse in die Beratungspraxis (vgl. Abb. 8). Eine Diskussionsrunde sowie die Evaluation seitens der TeilnehmerInnen und des Referenten bildeten den Abschluss dieser zweitägigen Schulung.

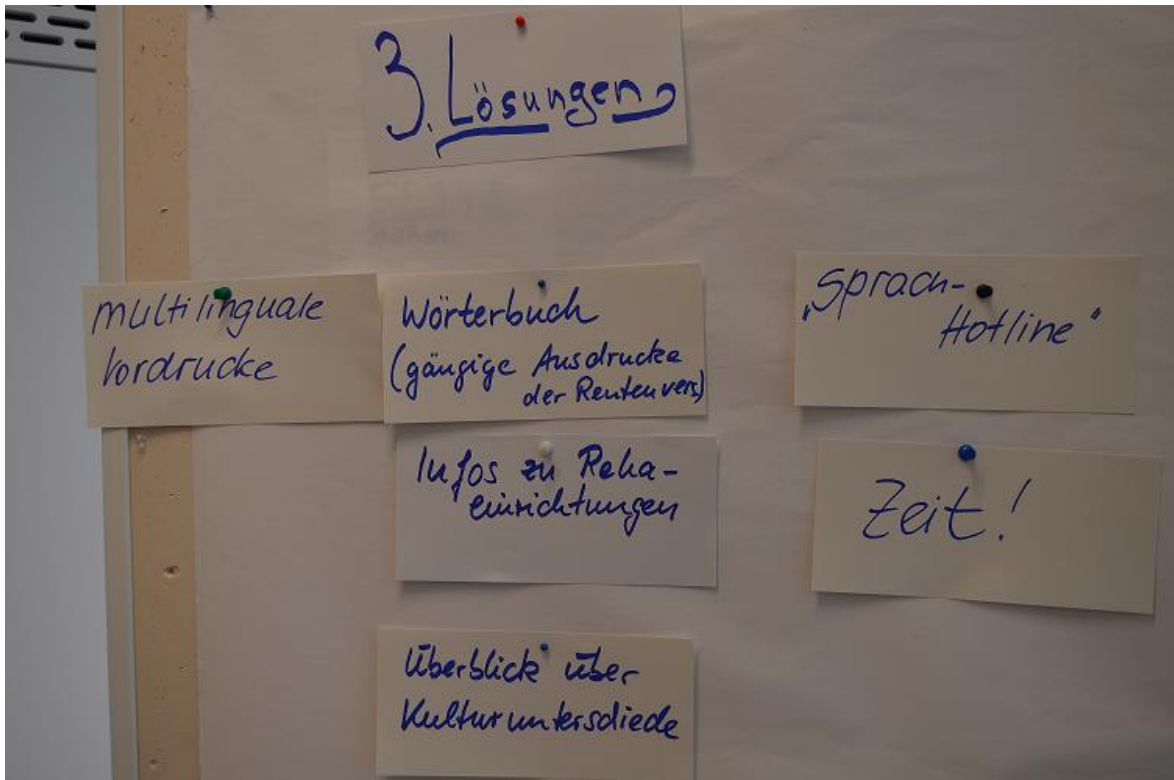


Abb. 8: Kompetenzschulung in Hamburg, Ergebnisse aus einer Gruppenarbeit

2.2 Kampagnen (EMZ)

Materialerstellung

Für die Durchführung der muttersprachlichen MiMi-Reha-Informationsveranstaltungen (auch Kampagnen genannt) erhielten die ausgebildeten MiMi-Reha-MediatorInnen eigens dafür entwickelte Kampagnenmaterialien. Dabei handelte es sich um niedrigschwellige Materialien. In diesen ist das Wissen zum Thema auf das Wesentliche begrenzt und in einfacher Muttersprache dargestellt. Hierfür erfolgte die Erstellung des gekürzten Wegweisers zum Thema „Die Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung: Hilfe bei chronischen Erkrankungen“ für MigrantInnen (Migranten-Wegweiser) basierend auf dem Mediatoren-Wegweiser. Basierend auf dem Migranten-Wegweiser wurde eine deutschsprachige Kampagnenpräsentation entwickelt, die anschließend ebenfalls in die Projektsprachen übersetzt wurde. Für die TeilnehmerInnen der Kampagnen wurde eigens eine Teilnehmerinformation erstellt und übersetzt, für die Durchführung der Interviews zusätzlich zu einer Teilnehmerinformation eine Einwilligungserklärung und ein Interviewleitfaden (vgl. Kap. 3.4).

Ablauf der Kampagnenphase

Die Kampagnenphase stellte ein weiteres Kernelement des MiMi-Reha-Forschungsprojekts dar. Dabei führten die vorher ausgebildeten MiMi-Reha-MediatorInnen muttersprachliche und kultursensible Informationsveranstaltungen für ihre Landsleute durch. Hierfür suchten sie die Landsleute in ihren Lebenswelten auf (z.B. religiöse oder kulturelle Einrichtungen, Treffpunkte etc.) und bewarben/boten ihre Kampagnen an. Die Koordination der Kampagnenphase erfolgte durch die Standortkoordinatorinnen in Abstimmung mit dem EMZ oder durch das EMZ selbst. Zuerst wurde die Informationsveranstaltung bei den Standortverantwortlichen bzw. dem EMZ angemeldet und der Werkvertrag für die Durchführung der Informationsveranstaltung unterschrieben.

Die MediatorInnen erhielten daraufhin die Kampagnenunterlagen in der benötigten Sprache:

- Kampagnenpräsentation
- Mediatorenbericht
- Bilingualer Teilnehmerfragebogen
- Informationsblatt zum Forschungsprojekt für die TeilnehmerInnen
- Reha-Migranten-Wegweiser

Die Mindestteilnehmerzahl betrug zehn. Die Dauer der Kampagnen variierte zwischen zwei und drei Stunden, je nach Informationsbedarf und Fragen der KampagnenteilnehmerInnen. Jede Informationsveranstaltung folgte einem festgelegten Ablauf

- Vorstellung des Mediators/der Mediatorin, seiner/ihrer Funktion und des Projekts
- Ausfüllen des ersten Teils des Teilnehmerfragebogens durch die TeilnehmerInnen
- Ggf. Anfrage von TeilnehmerInnen für ein Interview
- Vortrag zum Thema
- Diskussion und Fragenrunde
- Ausfüllen des zweiten Teils des Teilnehmerfragebogens durch die TeilnehmerInnen
- Verteilen des Reha-Migranten-Wegweisers

Nach der Durchführung der Informationsveranstaltung erfolgte das Ausfüllen des Mediatorenberichts durch den/die MediatorIn. Diese gab die Person zusammen mit den Teilnehmerfragebogen bei den Standortverantwortlichen zur Weiterleitung an das EMZ oder beim EMZ selbst ab. Nach Überprüfung der Richtigkeit und Vollständigkeit fand die Auszahlung des Honorars in Höhe von 200,- € an den/die MediatorIn statt.

Die Teilnehmerfragebogen wurden durch das EMZ mit den entsprechenden ID-Nummern versehen. Der Mediatorenbericht erhielt die ID-Nummer des Mediators/der Mediatorin, die

Fragebogen eine laufende ID-Nummer des jeweiligen Schulungsorts. Alle Informationen, die Rückschlüsse auf die Personen erlauben, mussten unkenntlich gemacht und die muttersprachlichen Aussagen im Fragebogen ins Deutsche übersetzt werden. Danach wurden die Bogen an die MHH zur Dateneingabe und -auswertung weitergeleitet.

In der Regel erfolgte die Kampagnenphase im Anschluss an die abgeschlossene Mediatorenschulung. Auch im MiMi-Reha-Forschungsprojekt war dies so geplant. Nach der ersten Mediatorenschulung in Lübeck sollte die Kampagnenphase im Norden nach den Schulferien ab Ende August 2014 beginnen. Aufgrund unerwartet verzögerter Abstimmungsprozesse der Kampagnenmaterialien musste der Start der Kampagnenphase auf Februar 2015 verschoben werden. In Abstimmung mit dem Projektbeirat wurden unter Berücksichtigung des Aktivitätspotenzials der Schulungsorte die jeweiligen Kampagnenphasen der Schulungsorte neu festgelegt (vgl. Tab. 3)

Tab. 3: Kampagnenphasen der jeweiligen Schulungsorte

Schulungsort	Zu Beginn des Projekts geplante Kampagnenphase	Angepasste Kampagnenphase
Lübeck	September 2014 – November 2015	Februar – November 2015
Hannover		Februar – Juli 2015
Bremen		Juli – November 2015

Insgesamt waren im MiMi-Reha-Forschungsprojekt 140 Informationsveranstaltungen zum Thema „Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung“ mit jeweils festgelegter Verteilung nach Schulungsort geplant. Im Verlauf des Projekts wurde in Abstimmung mit den Projektförderern eine Neuverteilung vorgenommen, um eine gleichmäßigere Verteilung der Informationsveranstaltungen zu erreichen und die jeweilige Aktivität der Standorte zu berücksichtigen (vgl. Tab. 4).

Tab. 4: Verteilung der Kampagnen nach Schulungsort

Schulungsort	Zu Projektbeginn geplante Verteilung der Kampagnen	Angepasste Verteilung der Kampagnen	Real durchgeführte Kampagnen
Lübeck	75	60	70
Hannover	20	40 (inkl. 5 aus Rheinland-Pfalz und 15 aus Lübeck)	45
Bremen	40	40	40
Rheinland-Pfalz	5	-----	-----
gesamt	140	140	155 (1464 Fragebogen)

Des Weiteren waren 20 Tandem-Veranstaltungen geplant, d. h. eine gemeinsame Informationsveranstaltung der MediatorInnen und eines/einer MitarbeiterIn der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation zwecks interkultureller Öffnung der Beratungsangebote. Dabei sollte der/die Reha-BeraterIn einerseits seine/ihre Funktion und Arbeit vorstellen (falls erforderlich mit Hilfe der Übersetzung durch den/die MediatorIn) und andererseits Zugang zu der Zielgruppe finden. Die Voraussetzung hierfür war jedoch die Teilnahme des/der Reha-BeraterIn an der Fortbildung zum Thema „Interkulturelle Kompetenz in der Beratung“. Durch die Verschiebung der Fortbildung auf Ende September 2015 war die Umsetzung der 20 Tandemveranstaltungen im Rahmen der Kampagnenphase ohne erhebliche Verlängerung der Projektlaufzeit nicht mehr möglich. In Abstimmung mit dem Projektbeirat wurde von der Durchführung der Tandemveranstaltungen abgesehen.

2.3 Broschüren (EMZ)

2.3.1 Reha-Wegweiser und Begleitheft G100 für MediatorInnen und MigrantInnen

Im Projektjahr 2014 wurde der Wegweiser „Die Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – Hilfe bei chronischen Krankheiten“ entwickelt. Dabei wurde zunächst der ausführliche Wegweiser für die MediatorInnen und SemiexpertInnen (Langversion) erstellt. Dieser diente als Basis für die Erstellung des Wegweisers für die Endverbraucher (Kurzversion, Migranten-Wegweiser). Vor der Erstellung erfolgte zuerst die Entwicklung des Konzepts sowie eine umfangreiche Literaturrecherche und –sichtung. Darauf basierend wurden die Texte erstellt und durch FachexpertInnen aus der DRV, Praxis und Wissenschaft überprüft. Die Rückmeldungen wurden eingearbeitet. Am Ende erfolgten die Einholung der Grußworte von Frau Aydan Özoğuz (Staatsministerin bei der Bundeskanzlerin und Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration) und Frau Dr. Ingrid Künzler (Vorsitzende der Geschäftsführung der DRV Nord), die Erarbeitung des Layoutkonzepts (grafische Darstellung) sowie Satz und Druck. Der Druck des Wegweisers musste auf Anfang 2015 verschoben werden, da noch gesetzliche Aktualisierungen, die ab 2015 gültig waren, vorgenommen werden mussten. Nach intensiver Prüfung der Inhalte durch FachexpertInnen der DRV, Praxis und Wissenschaft wurde die Langversion gekürzt. Auch die gekürzte Version wurde von den ExpertInnen der DRV sowie aus der Wissenschaft und Praxis geprüft und die Rückmeldungen berücksichtigt. Nach dem Kürzungsprozess wurde ein Sprachlektorat zur Anpassung der Sprache an die Zielgruppe durchgeführt. Anschließend fand eine Erarbeitung des Layoutkonzepts (grafische Darstellung) sowie der Satz der deutschen Version statt. Gemäß der sprachlichen Schwerpunktsetzung im Projekt

erfolgte zunächst eine Übersetzung in die Sprachen Russisch und Türkisch. Vor der Übersetzung in die Muttersprachen wurde eine tabellarische, zweiseitige Übersetzungsdatei aus der gesetzten deutschen Version entwickelt. Hierbei wurde die deutsche Version in die einzelnen Absätze unterteilt in einzelne Zellen der linken Spalte eingetragen. In der rechten Spalte erfolgte dazu die Übersetzung, ebenso aufgeteilt in die einzelnen Absätze, parallel dazu die Ansprache der ÜbersetzerInnen. Diese sind stets staatlich geprüft und bereits schon lange Mitglied im Dolmetscherservice des EMZ. Zusätzlich wurden die Übersetzungen noch zweitlektoriert, ebenfalls durch staatlich geprüfte ÜbersetzerInnen des Dolmetscherservice. Nach der Übersetzung folgte der Satz der muttersprachlichen Versionen aus den Übersetzungsdateien. Hierbei wurden die deutschen Absätze durch die äquivalenten Stellen der Muttersprachen in der Satzdatei ersetzt. Anschließend erfolgte eine erneute Prüfung sowie Freigabe durch die ÜbersetzerInnen, um Fehler der Fremdsprachen beim Satz auszuschließen. Anschließend wurden die Wegweiser gedruckt und an die MediatorInnen verteilt. Der Migranten-Wegweiser wurde neben der Ausgabe an die MediatorInnen zuerst in den MiMi-Reha-Kampagnen an die Zielgruppe verteilt. Weiterhin erfolgte der Versand auf Nachfrage an die Deutsche Rentenversicherung, gemeinnützige Einrichtungen (z. B. Arbeiterwohlfahrtverband) sowie an Kliniken und andere Gesundheitseinrichtungen. Zusätzlich wurde auf Grundlage der Fokusgruppenergebnisse ein Begleitheft zur Kurzversion, welches Erläuterungen zum Ausfüllen des Rehabilitationsantrags G100 enthält und nur in deutscher Sprache vorliegt, erstellt und durch die FachexpertInnen überprüft. Nach Einarbeitung der Rückmeldungen wurde dieses ebenso gesetzt und gedruckt.



Abb. 9: Titelblatt des Reha-Mediatoren-Wegweisers (Langversion, links), Titelblatt des Reha-Migranten-Wegweisers (Kurzversion, Mitte), Titelblatt des Begleithefts (rechts)

Der Reha-Migranten-Wegweiser gibt einen Überblick unter anderem über die Arten der Rehabilitation, die Voraussetzungen zur Teilnahme sowie zum Alltag in den Rehabilitations-einrichtungen und räumt mit den häufigsten, in der Migrantenbevölkerung vorherrschenden Mythen auf. So können selbstverständlich auch MigrantInnen eine medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch nehmen, sofern sie die versicherungsrechtlichen, persönlichen und aufenthaltsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Ebenso steht ihnen ihre Rente trotz der Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation zu.

Der Wegweiser weist eine einfache Struktur auf, orientiert an den einzelnen Handlungsschritten – von den Gedanken über die Rehabilitation, über die Antragstellung bis zur Teilnahme und zu Nachsorgeprogrammen; kurz gesagt „vor der Reha“, „während der Reha“ und „nach der Reha“.

Kann ich meinen Arbeitsplatz verlieren, wenn ich in die Rehabilitation gehe?

In Betrieben mit mehr als zehn Angestellten gilt das Kündigungsschutzgesetz. Darin ist festgelegt, unter welchen Voraussetzungen der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer kündigen darf.

Bevor der Arbeitgeber eine Kündigung anspricht, muss er zunächst Gespräche zum sogenannten *Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)* aufnehmen. Dazu ist er bei jedem Beschäftigten, der innerhalb eines Jahres über einen Zeitraum von länger als sechs Wochen durchgehend (ununterbrochen) oder wiederholt arbeitsunfähig (krankgeschrieben) war, verpflichtet. In diesem BEM-Gespräch werden alle Lösungsmöglichkeiten, die eine Arbeitsunfähigkeit abwenden und den Arbeitsplatz erhalten können, erörtert.

Im Falle einer Rehabilitationsmaßnahme sollen Betroffene dazu befähigt werden, weiterhin erwerbstätig zu sein. Dies ist auch von dem Arbeitgeber gewünscht. Daher ist eine Kündigung wegen der Inanspruchnahme einer Rehabilitation zunächst einmal ausgeschlossen.

Medizinische Rehabilitation allein ist kein Kündigungsgrund.

Das heißt, es kann dem Betroffenen nicht gekündigt werden, nur weil er in die Rehabilitation geht. Wenn er allerdings einen zeitlich befristeten Arbeitsvertrag hat, kann es passieren, dass dieser während der Krankheitsperiode beziehungsweise während der Rehabilitation auslauft und nicht verlängert wird.

In kleineren Betrieben mit weniger als zehn Mitarbeitern gilt das Kündigungsschutzgesetz nicht. Wichtig ist, dass Patienten bereits vor ihrem Rehabilitationsaufenthalt mit ihrem Arbeitgeber in Kontakt treten, ihm die Problematik erläutern und gemeinsam überlegen, wie es nach der Rehabilitation weiter gehen kann.

Welche Auswirkungen hat die Rehabilitation auf Sozialversicherungsbeiträge und die spätere Rente?

Während des Bezugs von Übergangsgeld bleibt der Patient weiter sozialversichert. Die Deutsche Rentenversicherung übernimmt die Beiträge zur Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung.

Da die Deutsche Rentenversicherung die Beiträge zur Rentenversicherung während der Rehabilitation trägt, wirkt sich diese nicht negativ auf die Höhe der späteren Rente aus. Auch wenn mehrere Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen, vermindern diese nicht den Rentenanspruch. Die Voraussetzung für den Erhalt einer Altersrente ist, dass mindestens 60 Monate Beiträge (allgemeine Wartezeit) zur Gesetzlichen Rentenversicherung geleistet sein müssen. Dies gilt auch für Migranten, die im Rentenalter in ihr Heimatland zurückkehren.

Die Rehabilitation wirkt sich nicht auf die spätere Rente aus.

Beltragsersatzung statt Rente

Unter bestimmten Voraussetzungen können die eingezahlten Rentenbeiträge erstattet werden. **Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit** können sich ihre Beiträge grundsätzlich nur dann erstatten lassen, wenn sie die Regelaltersgrenze erreicht und weniger als 60 Monate lang (allgemeine Wartezeit) Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt haben. **Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit** haben unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf die Erstattung ihrer Beiträge, auch wenn sie länger als 60 Monate eingezahlt haben. Erfüllt der Betroffene die Voraussetzungen zur Beitragsersatzung, so muss er Folgendes berücksichtigen:

- Der Antrag auf Beitragsersatzung darf erst 24 Monate nach Aufgabe der versicherungspflichtigen Beschäftigung gestellt werden. Während dieser Zeit darf auch nicht die Altersrente bezogen werden.

Es werden nur diejenigen Beiträge erstattet, die nach der Inanspruchnahme der Leistung der Deutschen Rentenversicherung eingezahlt wurden. Das heißt, wenn der Betroffene zum Beispiel medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung erhalten hat, so werden ihm nur diejenigen Beiträge erstattet, die er **nach** der Rehabilitation eingezahlt hat.

Die Mitarbeiter der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung beraten Individuell zu jedem einzelnen Fall.

Auswirkung der Rehabilitation auf die spätere Rente bei Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit

Was bedeutet das genau? - Erklärung an einem Fallbeispiel

Herr S. hat 32 Jahre in einer Möbelfabrik ununterbrochen in Deutschland gearbeitet. Aufgrund der schweren körperlichen Arbeit erlitt er vor elf Jahren einen Bandscheibenvorfall. Nach der Behandlung des Bandscheibenvorfalles begab er sich in die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung, so dass er anschließend an seinen Arbeitsplatz zurückkehren konnte. Nun, wenige Monate vor seiner wohlverdienten Altersrente (ab November 2014), plant Herr S. mit seiner Frau in die Türkei zurückzukehren, um dort seinen Ruhestand zu genießen. Dabei überlegt er, sich seine Rentenbeiträge auszahlen zu lassen. Gemeinsam mit seinem Sohn geht er zur Filiale der Deutschen Rentenversicherung in der Nähe, um die Beitragsersatzung zu beantragen und sich die Erstattungssumme berechnen zu lassen. Dort erfährt er allerdings, dass er erst nach 24 Monaten nach seiner letzten Beitragszahlung den Antrag auf Beitragsersatzung stellen kann. Zudem kann er nur diejenigen Rentenbeiträge erstattet bekommen, die er **nach** der Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation eingezahlt hat. Somit ergibt sich für Herrn S. folgende Berechnung der erstattungsfähigen Beitragszeiten:

Voraussichtlicher Antrag auf Beitragsersatzung:	20.11.2016
Beiträge zur Rentenversicherung:	01.11.1982 – 31.10.2014
Antrag auf medizinische Rehabilitation:	03.03.2003
Bewilligung der medizinischen Rehabilitation:	31.03.2003
Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation:	07.04.2003 – 25.04.2003
Erstattungsfähige Beitragszeiten:	01.04.2003 – 31.10.2014

Damit hat Herr S. nicht gerechnet. Er fragt sich, ob er auf die medizinische Rehabilitation besser verzichtet hätte. Dann hätten ihm die Beiträge der 32 Berufsjahre erstattet werden können. Sein Sohn beruhigt ihn jedoch. Es sei schließlich viel wichtiger, dass es seinem Vater mit Hilfe der medizinischen Rehabilitation gesundheitlich besser geht. Er rät seinem Vater auf die Beitragsrückerstattung zu verzichten. Außerdem steht ihm dann ja seine Altersrente zu, so dass er seinen Ruhestand ohne finanzielle Sorgen genießen kann. Herr S. entschließt sich seine Altersrente zu beantragen.

Abb. 10: Beispielseiten aus dem Reha-Migranten-Wegweiser (Kurzversion)

Der Migranten-Wegweiser wurde im letzten Drittel des Projektes zusätzlich zu den vorgesehenen Projektsprachen noch in Englisch, Griechisch, Spanisch, Serbokroatisch/Bosnisch und Italienisch übersetzt und gesetzt sowie in einer Auflage von insgesamt 10.000 (à 2.000) Exemplaren zur großflächigeren Verbreitung gedruckt.

Das Begleitheft, in welchem die einzelnen Blöcke des Rehabilitationsantrags erklärt und Tipps zum Ausfüllen gegeben werden, wurde bisher nur an die MediatorInnen, MigrantInnen sowie auf Anfrage an einzelne Einrichtungen verteilt. Im letzten Projektdrittel wurde es

jedoch mit einer Auflage von 500 Exemplaren zur weiteren Verbreitung gedruckt. Dieser Schritt erfolgte aufgrund der Nachfrage seitens der Einrichtungen zusätzlich zu den geplanten Projektinhalten.

<p><input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke (§ 15 SGB VI in Verbindung mit § 20 ff. SGB IX) Anlage (Formular G110) bitte beifügen!</p> <p><input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant <input type="checkbox"/> ambulant</p>	<p>Unter diesem Punkt kann der Antragsteller einen Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung bei einer Alkohol-, Medikamenten- oder Drogensucht beantragen. Er kann zwischen stationärer, ganztägig ambulanter und ambulanter Behandlung wählen.</p> <p>Stationär bedeutet, dass der Antragsteller in der Einrichtung Therapie und Mahlzeiten bekommt und dort auch übernachtet.</p> <p>Ganztägig ambulant bedeutet, dass der Antragsteller den ganzen Tag in der Einrichtung verbringt (mit Verpflegung), aber zu Hause schläft.</p> <p>Ambulant bedeutet, dass der Antragsteller nur zu bestimmten Terminen (z.B. Therapie-sitzung, Beratung, Behandlung) in die Einrichtung kommt.</p> <p>Wenn diese Leistung beantragt wird, muss der Antragsteller das Formular G110 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) ausfüllen und dem Rehabilitationsantrag beifügen. Zudem sollte der Antragsteller Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle aufnehmen, die einen Sozialbericht erstellt.</p>
<p><input type="checkbox"/> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (§ 15 oder § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI) Anlage (Formular G110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen!</p>	<p>Unter diesem Punkt kann der Antragsteller eine Rehabilitation bei einer Krebserkrankung nach seiner Krebsbehandlung beantragen.</p> <p>Wenn diese Leistung beantragt wird, muss der Antragsteller das Formular G110 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) ausfüllen und dem Rehabilitationsantrag beifügen. Das muss er allerdings nicht machen, wenn er bereits Altersrente bekommt.</p>
<p><input type="checkbox"/> Medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen - § 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI) Anlage (Formular G110) bitte beifügen!</p>	<p>Unter diesem Punkt kann der Antragsteller medizinische Vorsorgemaßnahmen beantragen, mit dem Ziel, seine Arbeit weiterhin ausüben zu können. Dies ist häufig der Fall bei besonders gesundheitsgefährdenden Berufen (z.B. schwere körperliche Arbeit bei Bauarbeitern oder Masseuren oder psychischer Druck bei Ärzten oder Sozialarbeitern). Mit den medizinischen Vorsorgemaßnahmen sind „normale“ Rehabilitationsmaßnahmen mit Schwerpunkt auf den beruflichen Gefährdungsfaktoren gemeint.</p> <p>Wenn diese Leistung beantragt wird, muss der Antragsteller das Formular G110 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) ausfüllen und dem Rehabilitationsantrag beifügen.</p>

Abb. 11: Beispielseiten aus dem Begleitheft

2.3.2 Praxisleitfaden für Reha(fach-)beraterInnen

Für die MitarbeiterInnen der Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation wurde zuerst ähnlich wie bei den Reha-Wegweisern für MediatorInnen und MigrantInnen eine ausführliche Version erstellt. Nach einer umfassenden Konzepterstellung und Literaturrecherche erfolgte die Erstellung durch mehrere MitarbeiterInnen des EMZ in Kooperation mit der MHH. Anschließend erfolgte eine Überprüfung und Abstimmung durch/mit FachexpertInnen aus der Deutschen Rentenversicherung, Praxis und Wissenschaft. Diese Vorversion wurde im Rahmen der Reha-(fach)beraterInnen-Fortbildung als Handreichung verteilt (vgl. Abb. 12).

Beratung im inter- kulturellen Kontext

3. Praxisleitfaden für BeraterInnen



**Schulung zum Erwerb interkultureller
Kompetenz am 22.09./23.09.2015 in Hamburg**

für MitarbeiterInnen der Auskunfts- und Beratungsstellen der
Deutschen Rentenversicherung und der Gemeinsamen Servicestellen
für Rehabilitation



MIMI
Das Gesundheitsprojekt
für MigrantInnen



**Ethno-
Medizinisches
Zentrum e.V.**



Deutsche
Rentenversicherung

Abb. 12: Vorversion Praxisleitfaden für Reha-BeraterInnen

Die TeilnehmerInnen wurden ebenfalls gebeten, diesen auf die Anwendung in der Praxis zu überprüfen. Nach den Rückmeldungen durch die TeilnehmerInnen und die FachexpertInnen wurde daraus ein gekürzter Praxisleitfaden (56 Seiten) mit dem Schwerpunkt „Interkulturelle Kompetenz in der Beratung von Menschen aus anderen Kulturen“ entwickelt (vgl. Abb. 13). Er soll die Beratungstätigkeit und Arbeit der Reha-BeraterInnen mit MigrantInnen unterstützen.



Abb. 13: Titelseite des Praxisleitfadens

Intention des Praxisleitfadens:

- Haltungen & Einstellungen reflektieren und adaptieren
- Wissen erwerben & Verständnis entwickeln
- Angemessen und effektiv kommunizieren
- Reflexion, Flexibilität & Empathie entwickeln/fördern

Auch diese Version wurde inhaltlich durch die FachexpertInnen überprüft und abgestimmt. Nach der Einarbeitung der Rückmeldungen wurde der Praxisleitfaden zur weiteren Bewertung bzgl. der Praxistauglichkeit an sechs Reha-(fach)beraterInnen zusammen mit einem kurzen quantitativen Fragebogen versandt. Nach den Rückmeldungen wurde die Endversion erstellt. Anschließend erfolgte die Erarbeitung des Layoutkonzepts (grafische Darstellung) sowie Satz und Druck. Der Praxisleitfaden wurde zum Projektende hin mit einer Auflage von 2.000 Exemplaren gedruckt und zusammen mit allen anderen Reha-Wegweisern

über das MiMi-Bestellportal (www.mimi-bestellportal.de) der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Die Inhalte des Praxisleitfadens erstrecken sich vom Hintergrundwissen zur Migrant*innenbevölkerung mit den Lebensumständen/Herausforderungen im Migrationsprozess über den Kulturbegriff bis hin zum Konzept der interkulturellen Kompetenz mit Besonderheiten/Tipps in der Kommunikation sowie für die Anwendung der interkulturellen Kompetenz in der Beratungspraxis (vgl. Abb. 14).



Abb. 14: 2 Beispielseiten aus dem Praxisleitfaden

2.4 Begleitende Evaluation/Studie (MHH/EMZ)

Die begleitende Dokumentation und Auswertung des Projekts setzte sich aus qualitativen sowie quantitativen Methoden zusammen.

2.4.1 Qualitativ

Fokusgruppen

Im Verlauf des Projekts fanden zu unterschiedlichen Zeitpunkten Fokusgruppen (moderierte Gruppendiskussionen) mit den festgelegten Zielgruppen und Diskussionsschwerpunkten statt (vgl. Tab. 5). Für die Durchführung wurden im Vorfeld entsprechende Leitfäden entwickelt. Die Rekrutierung wird in Kap. 3.4 dargestellt.

Tab. 5: Übersicht aller Fokusgruppen

Fokusgruppen mit MigrantInnen zu Beginn des Projekts		Fokusgruppen mit ExpertInnen	
		Zu Beginn des Projekts	Zum Abschluss des Projekts
2 mit Reha-erfahrenen MigrantInnen in Deutsch (je n=7)	3 mit Reha-unerfahrenen MigrantInnen (1 in Deutsch (n=10), 1 in Russisch (n=8), 1 in Türkisch (n=10))	1 (n=13)	1 (n=8)
<ul style="list-style-type: none"> • Informationsstand und Wissen, Einstellungen, Vorstellungen und Erwartungen zur medizinischen Rehabilitation vor Antragstellung/Reha-Antritt • Mögliche Zugangsbarrieren in die medizinische Rehabilitation • Inhalte des zu entwickelnden Informationsangebots 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsstand und Wissen, Einstellungen, Vorstellungen, Überzeugungen, Erwartungen bzgl. der medizinischen Rehabilitation • Mögliche Zugangsbarrieren in die medizinische Rehabilitation • Inhalte des zu entwickelnden Informationsangebots 	<ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Zugangsbarrieren in die medizinische Rehabilitation & Inhalte des zu entwickelnden Informationsangebots 	<ul style="list-style-type: none"> • Abschließende Bewertung des entwickelten und umgesetzten Informationsangebots

Interviews

Ein wichtiger Baustein im Forschungsprojekt war die Durchführung von insgesamt zehn Interviews mit ausgewählten KampagnenteilnehmerInnen. Die Interviews fanden im Anschluss an die Informationsveranstaltungen statt und sollten einen vertiefenden Einblick in die Kenntnisse, Vorstellungen, Erwartungen sowie Einstellungen der Zielgruppe bzgl. der medizinischen Rehabilitation vor sowie nach dem Besuch der Informationsveranstaltung, über mögliche Zugangsbarrieren in die medizinische Rehabilitation sowie in die Bewertung

des entwickelten MiMi-Reha-Informationsangebots liefern. Weiterhin erfolgte eine Einschätzung des eigenen Reha-Bedarfs sowie der Antragsintention jeweils vor und nach der Informationsveranstaltung. Auch hier fanden Anpassungen statt. Zu Beginn des Projekts waren vier Interviews in Deutsch, drei in Russisch und drei in Türkisch geplant. Im Verlauf des Projekts wurde beschlossen, je fünf Interviews in Russisch und Türkisch durchzuführen, da es sich um ein muttersprachliches Projekt handelte und die Informationsveranstaltungen auch in der Muttersprache abgehalten wurden.

2.4.2 Quantitativ

Evaluation der Schulungen für MediatorInnen und Reha-(fach)beraterInnen

Für alle Termine der Mediatorenschulungen sowie für die Fachkräftefortbildung der Reha-(fach)beraterInnen wurden quantitative Evaluationsbögen entwickelt. Diese dienten zur Erfassung der Zufriedenheit mit den Schulungen (Organisation, Inhalte, Durchführung) sowie zur subjektiven Bewertung schulungsnahe Outcomekriterien (Aneignung/Verbesserung des Kenntnisstands zur medizinischen Reha bzw. zur interkulturellen Kompetenz, didaktische Fähigkeiten etc.). Das Ausfüllen der Fragebogen erfolgte am Ende eines jeden Schulungstermins. Bei den Mediatorenschulungen gab es zusätzlich noch jeweils einen Fragebogen zum Beginn und Abschluss der Schulung, um unter anderem die Entwicklung des Wissenstands zu erheben.

Evaluation der Informationsveranstaltungen

Für die Kampagnen wurde je ein Fragebogen für die TeilnehmerInnen und für die MediatorInnen entwickelt. Der Mediatorenfragebogen diente zur Erhebung des Verständnisses und der aktiven Teilnahme der TeilnehmerInnen, der Bewertung der eigenen Informationsvermittlung sowie der Umsetzung von Lerninhalten/-zielen. Dieser wurde am Ende der Informationsveranstaltung von den MediatorInnen ausgefüllt. Der Kampagnenfragebogen für die TeilnehmerInnen diente zur Erhebung von soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht, Bildungs-/Erwerbsstatus, Familienstand), der Reha-Antragsintention, der Zufriedenheit mit der Informationsveranstaltung, der Bewertung des eigenen Wissensstands sowie der subjektiven Erwerbsprognose. Er gliederte sich in einen „Prä- und Post-Teil“ und wurde dementsprechend zum Teil vor sowie teilweise nach der Informationsveranstaltung ausgefüllt. Dies war zur Identifikation von Veränderungen bzgl. der Antragsintention durch das Informationsangebot, die ein Teil der Forschungsfrage darstellen, notwendig (vgl. Kap. 1).

2.5 Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit

Zur Bekanntmachung des Projekts erfolgte zuerst die Erstellung eines Projektflyers (vgl. Abb. 15). Dieser enthielt neben einer Beschreibung des Hintergrunds die Projekthinhalte, eine Kurzbeschreibung des Projektablaufs sowie die Daten des Projektteams und der Förderer.

In Kürze

Forschungsprojekt zur Implementierung und Evaluation eines Info-Angebots für MigrantInnen zur medizinischen Rehabilitation auf Basis der ‚MiMi-Kampagnentechnologie‘

- Maßnahmen in Hamburg, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz

Wissenschaftliche Begleitung, Evaluation:

- Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Rehabilitationsmedizin

Projektpartner:

- Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Rehabilitationsmedizin
- Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung Nord
- Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Praxispartner:

- MiMi-Partner in Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz

Projektbeginn: 09/2013 • Projektdauer: 3 Jahre.

Kontakt

Projektleitung:

Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner
Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Klinik für Rehabilitationsmedizin, Chefarzt

Dipl.-Sozialwiss. Ramazan Salman
Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (EMZ), Geschäftsführer

Projektteam:

Dr. med. Lara-Marie Reißmann (MHH)
reissmann.lara-marie@mh-hannover.de

Klara Markin, M.Sc. in Public Health (EMZ)
ethno@onlinehome.de

Michael Kopel, Dipl.-Soz. (EMZ)
ethno@onlinehome.de

Ahmet Kimil, Dipl. Psych. (EMZ)
ethno@onlinehome.de

Ansprechpartnerinnen in Hannover:

Dr. med. Lara-Marie Reißmann
Medizinische Hochschule Hannover
Tel.: 0511/ 5328118
reissmann.lara-marie@mh-hannover.de

Klara Markin
Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
Tel.: 0511/ 16841037
ethno@onlinehome.de

Forschungsprojekt MiMi-Reha

Info-Angebot für MigrantInnen zur medizinischen Rehabilitation

gefördert durch:

Deutsche Rentenversicherung Bund

Deutsche Rentenversicherung Nord

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Abb. 15: Forschungsprojekt MiMi-Reha (Flyer)

Für die Bewerbung von TeilnehmerInnen aller Mediatorenschulungen wurden als Unterstützung für die MediatorInnen Rekrutierungsflyer zum Verteilen sowie Plakate zum Aushängen erstellt. Diese umfassten neben einer kurzen Projektbeschreibung die Ziele und Inhalte der Schulung sowie die Teilnahmevoraussetzungen (vgl. Kap. 2.1.1.). Weiterhin enthielten die Flyer und Plakate Informationen zum Schulungsablauf und zur Anmeldung. Die Rekrutierung für die Informationsveranstaltungen verlief sehr unproblematisch. Ebenso erfolgte die Erstellung von Flyern für die Rekrutierung von DRV-MitarbeiterInnen für die Fortbildung der Reha(fach-)beraterInnen (vgl. Kap. 2.1.2). Diese beinhalteten ähnlich wie die Mediatorenflyer eine Kurzbeschreibung des Projektes, die Schulungsziele/-inhalte und den Ablauf sowie die Daten zur Anmeldung. Zur Ergebnisdarstellung/-diskussion und Vernetzung fanden insgesamt fünf Beiratstreffen statt. Geplant waren vier Treffen, die Änderungen im Projekt machten jedoch ein zusätzliches Treffen im Juni 2015 notwendig.

Zur wissenschaftlichen Bekanntmachung/Diskussion des Projekts erfolgten regelmäßige Vorstellungen der Projektergebnisse auf öffentlichen und Fachveranstaltungen. Diese sind in Tab. 6 mit Veranstaltung, Datum, Ort und den wesentlichen Inhalten aufgelistet.

Tab. 6: Übersicht der Veranstaltungen/Tagungen

Veranstaltung/ Tagung	Datum	Ort	Inhalte
23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium	10.03. – 12.03.2014	Karlsruhe	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung MiMi-Reha • Ergebnisse der Fokusgruppen zu Beginn des Projektes mit dem Thema „Zugangsbarrieren in die medizinische Rehabilitation“
Sozialmedizinisches Symposium	03.06.2014	Berlin	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung MiMi-Reha • Ergebnisse der Fokusgruppen zu Beginn des Projektes mit dem Thema „Zugangsbarrieren in die medizinische Rehabilitation“
13. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung	24.06. – 27.06.2014	Düsseldorf	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung MiMi-Reha • Ergebnisse der Fokusgruppen zu Beginn des Projektes mit dem Thema „Zugangsbarrieren in die medizinische Rehabilitation“
Gemeinsamer Kongress der DGMS und der DGMP	07.09. – 20.09.2014	Greifswald	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung MiMi-Reha • Ergebnisse der Fokusgruppen zu Beginn des Projektes mit dem Thema „Zugangsbarrieren in die medizinische Rehabilitation“
3rd international and interdisciplinary Conference on Health, Culture and the Human Body, Epidemiology, ethics and history of medicine, perspectives from Turkey and Central Europe	12.09.2014	Istanbul/Türkei	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung MiMi-Reha zur Entwicklung eines Informationsangebots für MigrantInnen zum Thema „Medizinische Rehabilitation“ in Deutschland
24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium	16.03. – 18.03.2015	Augsburg	<ul style="list-style-type: none"> • Poster zum Wegweiser „Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung: Hilfe bei chronischen Erkrankungen“
Fortbildungsveranstaltung des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg	20.10.2015	Freiburg	<ul style="list-style-type: none"> • Wege in die medizinische Rehabilitation - Implementierung eines Informationsangebotes für MigrantInnen im Rahmen des Projekts MiMi-Reha
Expertengespräch zur Gesundheit von Flüchtlingen bei der BZgA	22.10.2015	Köln	<ul style="list-style-type: none"> • Kurzvorstellung MiMi-Reha
25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium	29.02. – 02.03.2016	Aachen	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung MiMi-Reha • Evaluationsergebnisse der Mediatorenschulungen
26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium	20.03. – 22.03.2017	Frankfurt/Main	Geplant: Vorstellung der zentralen Ergebnisse aus der Gesamtstudie

Zuletzt erfolgten zur großflächigen Verbreitung des Projekts Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Fachzeitschriften sowie in Zeitungen/Magazinen. Tab. 7 zeigt eine Übersicht dieser Veröffentlichungen mit Veröffentlichungsort, Datum und Titel.

Tab. 7: Übersicht der Veröffentlichungen in Zeitschriften/Magazinen

Journal/Zeitschrift	Datum	Titel
Abstract für 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium	2013	Barrieren für MigrantInnen beim Zugang in die medizinische Rehabilitation
Abstract für 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium	2014	Ein Wegweiser für MigrantInnen in die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung
Abstract für 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium	2015	Evaluationsergebnisse einer Schulung für MigrantInnen zu MediatorInnen zum Thema medizinische Rehabilitation
Die Rehabilitation	12.11.2015	Barrieren für MigrantInnen beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung
Zukunft jetzt – Das Magazin der Deutschen Rentenversicherung	29.02.2016	Nur keine Scheu bitte. Migranten wissen oft zu wenig über Reha. Dabei kann sie viel bewirken, ist sich Norbert Szczyzny sicher.
Abstract für 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium	2016	Veränderungen subjektiver Zugangsbarrieren und Antragsintention zur Rehabilitation von MigrantInnen – Abschließende Ergebnisse aus MiMi-Reha

3. Erhebungs- und Auswertungsmethodik, Instrumente, Auswertungsverfahren

3.1 Studiendesign

Es wurde ein mixed-methods Design eingesetzt, um der Komplexität des Forschungsgegenstandes gerecht zu werden. Es wurden zu Projektbeginn und -ende Fokusgruppen mit MigrantInnen und ExpertInnen durchgeführt und qualitativ-inhaltsanalytisch ausgewertet. Alle durchgeführten Mediatorenschulungen wurden summativ evaluiert und deskriptiv ausgewertet. Des Weiteren wurden zehn muttersprachliche Interviews mit an der Informationskampagne teilnehmenden MigrantInnen durchgeführt und qualitativ-inhaltsanalytisch ausgewertet. Darüber hinaus wurden die Informationsveranstaltungen in einem prä-post Design mittels standardisierter und neu-entwickelter Instrumente auch quantitativ evaluiert.

3.2 Instrumente

Für die verschiedenen Phasen des Projekts wurden unterschiedliche Erhebungsinstrumente entwickelt. Die Entwicklung erfolgte in enger Abstimmung zwischen MHH und EMZ.

Dabei wurde einerseits auf eine zielführende und andererseits auf eine weitgehend kultursensible und auf die Zielgruppe abgestimmte Fragestellung geachtet. Die erforderliche Übersetzung der Fragebogen wurde vom EMZ koordiniert. Die jeweiligen Erhebungsinstrumente werden im Folgenden dargestellt.

Die TeilnehmerInnen der Informationsveranstaltungen erhielten einen Fragebogen in wahlweise deutscher, russischer oder türkischer Sprache. Der Fragebogen war in zwei Teile aufgeteilt. Der erste Teil wurde vor der Informationsveranstaltung ausgefüllt und beinhaltete Fragen zu:

- Teilnahmemotivation
- Wissen und Vorstellungen über die medizinische Rehabilitation der DRV
 - Bisherige Rehabilitationserfahrungen
 - Subjektiver Bedarf
 - Antragsintention
 - Subjektiv wahrgenommene Zugangsbarrieren
- Patient Health Questionnaire 4 (Angst und Depression)
- Elemente des SF-36 (Allgemeiner Gesundheitszustand und körperliche Funktionsfähigkeit)
- Fragen zur Arbeit und Beruf
 - Aktuelle Erwerbssituation
 - Schulische und berufliche Bildung
 - AU-Zeiten
 - Subjektive Erwerbsprognose
 - Work-Ability-Index Screeningfrage
- Soziodemografie

Der zweite Teil wurde nach der Informationsveranstaltung ausgefüllt und beinhaltete eine Bewertung der Veranstaltung, sowie eine erneute Einschätzung des Themenblocks Wissen und Vorstellungen über die medizinische Rehabilitation der DRV.

Zur Evaluation der Schulungen für MediatorInnen und Reha(fach-)beraterInnen wurde nach der Bewertung einzelner Schulungsinhalte, sowie der Schulung insgesamt gefragt.

Anonymisierung der Daten & ID-Nummern

Um die Anonymität der Daten zu gewährleisten und dennoch eine Kausalanalyse der Daten durchzuführen, wurde ein ID-System entwickelt. Hierfür wurden alle Evaluationsinstrumente mit einer entsprechenden ID-Nummer versehen. Die jeweiligen ID-Nummer-Listen

werden im EMZ aufbewahrt, um jegliche Rückschlüsse der erhobenen Daten auf die jeweiligen Personen zu verhindern. Die ID-Nummer der MediatorInnen setzte sich aus dem KFZ-Zeichen des Schulungsorts, einer dreistelligen Zahl und dem Buchstaben M zusammen (z. B. HL/001/M), die ID-Nummer der ReferentInnen erhielt analog den Buchstaben R (z. B. HL/001/R). Die ID-Nummer eines Teilnehmerfragebogens erhielt neben dem KFZ-Zeichen des Schulungsorts eine vierstellige Zahl (z. B. HL-0001), die ID-Nummer der Teilnehmer der Kompetenzfortbildung für DRV-MitarbeiterInnen setzte sich aus dem Kürzel der Deutschen Rentenversicherung und einer zweistelligen Zahl zusammen (z.B. DRV-01). Die Vergabe der ID-Nummern für die MediatorInnen erfolgte zu Beginn der jeweiligen Mediatorenschulung. Diese begleiteten sie während der Schulung und der Kampagnenphase. Auf alle Evaluationsbögen der Schulungen, Kampagnen sowie der Kompetenzfortbildung erfolgte die ID-Nummerierung durch das EMZ. Die Dateinamen der Interviews wurden ebenfalls mit Hilfe von ID-Nummern kodiert. Diese ID-Nummer setzte sich aus einem Kürzel für die Interviews, die Sprache und der ID-Nummer der interviewenden MediatorInnen zusammen (z. B. INT1_tü_H_060_M)

3.3 Darstellung der Zielgruppe (Menschen mit russischem und türkischem Migrationshintergrund)

Da erstmalig ein MiMi-Projekt zum Thema „Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung“ durchgeführt wurde und der Zeitraum auf drei Jahre begrenzt war, wurden Personen mit russischem und türkischem Migrationshintergrund als Zielgruppe des Informationsangebots ausgewählt. Die türkischsprachigen Personen stellen eine große Gruppe aus der Gastarbeiterzeit ab den 50-er Jahren dar. Die russischsprachigen Personen decken als (Spät-)Aussiedler eine weitere große Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund ab. Beide zum Teil schwer erreichbaren Migrantengruppen leben und arbeiten teils schon lange in Deutschland. Die durchschnittlich höhere Arbeitsbelastung gerade in Bereichen wie Bauwesen, Gaststätten- und Reinigungsgewerbe, in denen Menschen mit Migrationshintergrund im Schnitt häufiger anzutreffen sind, könnte über die Jahre den Reha-Bedarf bei diesen Personen erhöhen (RKI 2008).

3.4 Rekrutierung der Stichprobe und Erhebung der Daten

3.4.1 Qualitativ

Fokusgruppen zu Projektbeginn: Identifikation von Zugangsbarrieren für MigrantInnen zur medizinischen Rehabilitation der DRV sowie notwendige Inhalte des Informationsangebots seitens MigrantInnen und ExpertInnen

Fokusgruppen mit MigrantInnen

Die Durchführung der Fokusgruppen mit Reha-erfahrenen MigrantInnen erfolgte in Deutsch in der Umsetzungsregion Lübeck. Ursprünglich war nur eine Fokusgruppe geplant, diese musste jedoch aufgrund ihrer Größe in zwei Gruppen à sieben Personen aufgeteilt werden. Die drei Fokusgruppen mit Reha-unerfahrenen MigrantInnen erfolgten in den Sprachen Deutsch, Russisch und Türkisch in Hannover. Für die Rekrutierung anhand festgelegter Kriterien wurden die Kommunikationskanäle des MiMi-Standorts Lübeck sowie des EMZ genutzt. Bei allen Fokusgruppen wurde eine größtmögliche Heterogenität bzgl. des Geschlechts, der Herkunft, der Bildung, des Berufs, des Erwerbsstatus, des Integrationsgrades sowie Indikationsgebiets für Reha angestrebt. Für beide Fokusgruppen mit MigrantInnen waren unterschiedliche Auswahlkriterien angesetzt.

Kriterien Reha-erfahrene MigrantInnen:

- In den vergangenen vier Jahren bereits eine medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung absolviert
- Ausreichende Deutschkenntnisse (Durchführung in Deutsch)
- Reha-relevantes Alter (35-65/67 J.)

Kriterien reha-unerfahrene MigrantInnen:

- Noch keine medizinische Rehabilitation absolviert
- Ausreichende Deutschkenntnisse für deutsche Fokusgruppe
- Reha-relevantes Alter (35–65/67 J.)

Zu Beginn wurde den TeilnehmerInnen mittels einer Präsentation das Projekt, seine Hintergründe, sowie die Zielsetzung der anstehenden Fokusgruppen vorgestellt.

Die TeilnehmerInnen erhielten ein Informationsblatt und unterschrieben eine Einwilligungserklärung. Die Durchführung erfolgte leitfadengestützt. Die Tonaufnahme mit anschließender Transkription und Anonymisierung fand durch die MHH statt. Für die Transkription und Übersetzung der russisch- und türkischsprachigen Fokusgruppe wurden staatlich anerkannte ÜbersetzerInnen vom EMZ beauftragt. Die Auswertung und Ergebnisdarstellung erfolgten auf der Basis anonymer Daten (getrennte, sichere Aufbewahrung der Einwilligungs-

erklärungen). Die Tonaufnahmen und Einwilligungen werden zu Projektende, die Transkripte nach zehn Jahren datenschutzgerecht entsorgt. Insgesamt nahmen 14 Personen (sieben pro Gruppe) an der Fokusgruppe mit reha-erfahrenen MigrantInnen sowie zehn Personen an der deutschsprachigen, acht Personen an der russischsprachigen und zehn Personen an der türkischsprachigen Fokusgruppe mit Reha-unerfahrenen MigrantInnen teil.

Fokusgruppe mit ExpertInnen

Die Fokusgruppe mit FachexpertInnen erfolgte ebenfalls in Hannover. Für die Rekrutierung wurden die Kommunikationskanäle des EMZ und der MHH genutzt. Dabei wurde insbesondere auf die Auswahl von ExpertInnen aus Wissenschaft und Verwaltung sowie aus verschiedenen Praxiszweigen geachtet, um eine möglichst breite Expertise vertreten zu haben. Die TeilnehmerInnen erhielten ein Informationsblatt und unterschrieben auf einer Teilnahmeliste. Die Durchführung, Transkription und Auswertung erfolgte analog der Fokusgruppen mit MigrantInnen. Insgesamt nahmen 14 ExpertInnen teil.

Problemzentrierte Interviews mit MigrantInnen

Für die Interviews wurden zehn Teilnehmende (je fünf russisch- und türkischsprachige Personen) aus den Informationsveranstaltungen durch die MediatorInnen rekrutiert.

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen erfolgte nach speziellen Einschlusskriterien:

- Beantwortung der relevanten Fragen im Teilnehmerfragebogen wie folgt:
 - Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters (22a): „auf keinen Fall“ oder „eher nein“
 - Durch derzeitigen Gesundheitszustand Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet (22b): „Ja“
 - Rentenantrag aus Gesundheitsgründen (Erwerbsminderungsrente) angedacht (22c): „Ja“ oder „Ich habe bereits einen Rentenantrag gestellt.“
 - Bewertung aktueller Arbeitsfähigkeit (23): 0 – 7 (Skala 0 = völlig arbeitsunfähig bis 10 = beste Arbeitsfähigkeit)
- Erwerbsstatus: keine Erwerbsminderungs- oder Altersrente
- Alter: 18-65/67 Jahre (erwerbsfähiges Alter)
- Schriftliche Einwilligungserklärung

Die Interviewdurchführung erfolgte durch geschulte MediatorInnen in der jeweiligen Muttersprache, die auch die Reha-Informationsveranstaltungen durchführten. Für die Durchführung der Interviews erhielten die MediatorInnen einen eigens dafür entwickelten und in die Muttersprache übersetzten Interviewleitfaden, ein muttersprachliches Informationsblatt für

die InterviewteilnehmerInnen, eine muttersprachliche Einwilligungserklärung in zweifacher Ausfertigung sowie ein digitales Aufnahmegerät. Vor der Durchführung des Interviews wurden die InterviewteilnehmerInnen über das Projekt, den Zweck des Interviews sowie über die Anonymität der erhobenen Daten mittels des Informationsblattes aufgeklärt und unterschrieben zwei Einwilligungserklärungen (ein Exemplar war für sie, eins für das Forschungsteam). Erst anschließend erfolgte die Durchführung und Aufnahme des Interviews. Die Aufnahmen und die unterschriebenen Einwilligungserklärungen wurden von den MediatorInnen im EMZ abgegeben. Die Dateinamen wurden vom EMZ gesichert, kodiert und an staatlich geprüfte ÜbersetzerInnen zur muttersprachlichen Transkription sowie Übersetzung in die deutsche Sprache weitergeleitet. Des Weiteren wurden die transkribierten und übersetzten Interviews von MitarbeiterInnen des EMZ anonymisiert, um jegliche Rückschlüsse auf die interviewte und interviewende Person zu verhindern. Zur Wahrung der Anonymität wurden die Interviewaufnahmen und die Einwilligungserklärungen getrennt voneinander aufbewahrt. Insgesamt erfolgten acht Interviews von MediatorInnen in Hannover und zwei Interviews von einer Mediatorin in Bremen.

Fokusgruppe zum Projektende: Identifikation von Stärken/Nutzen, Schwächen und Optimierungspotenzialen des Informationsangebotes seitens ExpertInnen

Die Fokusgruppe mit FachexpertInnen erfolgte ebenso in Hannover. Für die Rekrutierung wurden die Kommunikationskanäle des EMZ und der MHH genutzt. Dabei wurden bewusst überwiegend andere ExpertInnen als bei der Eingangsfokusgruppe eingeladen, um eine möglichst neutrale Bewertung zu erhalten. Vor dem Beginn der Diskussionsrunde wurde zuerst das Projekt mit zentralen Ergebnissen sowie die Informationsmaterialien vorgestellt. Weiterhin erfolgte eine Aufklärung über das Ziel und den Ablauf der Fokusgruppe sowie über datenschutzrechtliche Aspekte. Alle Teilnehmenden erhielten eine schriftliche Projektinformation und willigten durch ihre Anwesenheit in die freiwillige, informierte Teilnahme ein. Nach einer Vorstellungsrunde aller Teilnehmenden lag der Fokus auf der Bewertung des Informationsangebots (Stärken und Nutzen, Schwächen, Akzeptanz sowie Optimierungspotenziale). Die Durchführung und Transkription erfolgte analog der Experten-Fokusgruppe zu Beginn des Projekts. Insgesamt nahmen acht ExpertInnen teil.

3.4.2 Quantitativ

Zu den jeweiligen Schulungs- bzw. Informationsveranstaltungen wurden den TeilnehmerInnen durch die Projektnehmer bzw. MediatorInnen Fragebögen zur Evaluation der Veranstaltungen ausgeteilt. Die Rekrutierung der MediatorInnen erfolgte über das EMZ, die der Reha(fach-)beraterInnen über die Rentenversicherungen.

Die MediatorInnen rekrutierten für die Informationsveranstaltungen eigenverantwortlich potentielle TeilnehmerInnen aus der türkisch- oder russischstämmigen Bevölkerung, die Ausschöpfung pro Zugangsweg ist in Kapitel 4.2.3 dargestellt. Es gab keine Ausschlusskriterien für die Teilnehmer. Die Information über die Studie, Einverständniserklärung, Ausgabe und Einsammlung der Fragebögen erfolgt ebenso durch die MediatorInnen, welche diese dann an die Forschungsgruppe weitergaben.

3.5 Auswertungsmethoden

3.5.1 Qualitativ

Die Auswertung aller Fokusgruppen und Interviews erfolgte mit Hilfe der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2015), die Bildung der Kategorien hauptsächlich induktiv am Material. Als Softwareprogramme kamen dabei MAXQDA sowie Excel zum Einsatz. Folgende Schritte wurden durchlaufen:

1. Sorgfältiges Lesen der einzelnen Transkripte
2. Extraktion auffälliger thematischer Textstellen anhand der Fragestellung/diskutierten Themen
3. Paraphrasierung und Generalisierung der extrahierten Textstellen (Kürzen und textgetreue Wiedergabe der Abschnitte auf einem Sprach- und Abstraktionsniveau)
4. Thematisches Ordnen und Zusammenfassen zusammenhängender Textstellen innerhalb der einzelnen Interviews, Bildung von Überschriften (erste Kategorien)
5. Thematischer Vergleich der Textstellen und Überschriften zwischen den einzelnen Interviews, Neusortieren und Anpassen der Überschriften (finale Kategorien)
6. Ergebnisdarstellung in wissenschaftlicher Sprache und Vergleich mit aktuellem wissenschaftlichen Stand bzw. Theorien

Bei der Auswertung der Fokusgruppe mit ExpertInnen zur abschließenden Bewertung entfiel Punkt 5 (Thematischer Vergleich), da es sich nur um ein Transkript handelte. Die finalen Kategorien wurden demnach in Schritt 4 gebildet. Die initialen Fokusgruppen wurden gemeinsam und nicht getrennt nach MigrantInnen und Experten-Fokusgruppen ausgewertet, um sie miteinander in Bezug setzen zu können und so ein höheres Abstraktionsniveau zu erreichen.

3.5.2 Quantitativ

Evaluation der Schulungen

Es fand mittels Maßen der Häufigkeit und zentralen Tendenz eine rein deskriptive Evaluation der Schulungen statt. Als Auswertungsprogramme kamen IBM SPSS 24, sowie Microsoft Excel zum Einsatz.

Evaluation der Informationsveranstaltungen

Zur Evaluation wurde die Zufriedenheit mit der Schulung deskriptiv ausgewertet. Um multiples Testen zu minimieren, wurden die Items zu den Zugangsbarrieren einer Faktorenanalyse (Hauptachsenfaktorenanalyse mit Oblimin Rotation) unterzogen, nach Zustimmung oder Ablehnung dichotomisiert und zusammengefasst. Anschließend wurden gepaarte t-Tests und die Effektstärke berechnet. Veränderungen von Antragsintention und deren Zusammenhänge mit der subjektiven Erwerbsprognose wurden univariat mittels Odds-Ratios (OR) und Konfidenzintervallen (CI) sowie multivariat mittels logistischer Regression geprüft.

Fragebögen mit mehr als 30% fehlenden Antworten wurden von den Analysen ausgeschlossen.

4. Ergebnisse

4.1 Qualitativ

- 4.1.1 Identifikation von Zugangsbarrieren für MigrantInnen zur medizinischen Rehabilitation der DRV sowie notwendige Inhalte des Informationsangebots
- Fokusgruppen zu Projektbeginn mit MigrantInnen und ExpertInnen

Stichprobe

Es wurden zu Projektbeginn fünf Fokusgruppen (FG) á 7-10 MigrantInnen zur Ermittlung der Zugangsbarrieren durchgeführt (insgesamt 42 TeilnehmerInnen), davon drei auf Deutsch und jeweils eine auf Russisch und Türkisch. Darüber hinaus wurde eine deutschsprachige Fokusgruppe mit 14 ExpertInnen durchgeführt. Die Fokusgruppen waren jeweils auf 90-120 Minuten angesetzt.

Darstellung des Kategoriensystems

Die Zugangsbarrieren wurden in vier Kategorien aufgeteilt:

1. Systembezogene, migrantenspezifische Zugangsbarrieren
2. Personenbezogene, migrantenspezifische Zugangsbarrieren
3. Systembezogene, vom Migrationsstatus primär unabhängige Zugangsbarrieren
4. Personenbezogene, vom Migrationsstatus primär unabhängige Zugangsbarrieren

Diese Barrieren sind nicht als einzelne, in sich geschlossene Komplexe zu verstehen. Sie stehen in komplexen Wechselwirkungen zueinander.

1. Systembezogene, migrantenspezifische Zugangsbarrieren

Unter dieser Kategorie sind insbesondere eine ungenügende interkulturelle Öffnung der relevanten Institutionen (Leistungsträger und –erbringer) und mangelnde interkulturelle Kompetenzen der Akteure der Rehabilitation subsumiert. Diese Themen wurden in allen Fokusgruppen angesprochen.

So fehle es an verständlichen Informationen, Formularen, Dolmetschern, kultursensiblen Rehabilitationsangeboten und auch Rehabilitationsleistungen im Heimatland würden abgelehnt:

„[Formulare in verschiedenen Sprachen, Anm. B. S.] wäre sehr schön für uns. [...] Wir haben ja auch sehr viel hier gearbeitet und Rentenkasse geleistet. Ich hab 32 Jahre auf Papier gearbeitet, dafür möchte ich auch so behandelt werden“ (FG-5).

Eine weitere Hürde bestehe darin, dass es keine systematische Zusammenstellung der wenigen vorhandenen kultur- und sprachsensiblen Angebote gebe.

Diskriminierung während der Beratung, Antragstellung und -begutachtung sowie in Rehabilitationseinrichtungen (gleichermaßen von Mitarbeitern und Mitrehabilitanden) wurde ebenso diskutiert:

„Die ausländischen Mitbürger [...], wenn die zur Reha kommen, [...] anstatt gesund werden, die werden schwer krank. Erstens von diese ganze Publikum, die werden gemobbt und nicht akzeptiert und zweitens wenn er oder sie etwas hat, sogar auch viele der Bediensteten, die gucken nicht, weil sagt: ‚Zuerst musst du die Sprache lernen‘“ (FG-2).

Nicht alle diese Barrieren wurden von allen TeilnehmerInnen auch faktisch erlebt, sondern teilweise auch angenommen. In diesem Falle wurden sie der Kategorie personenbezogenen-migrantenspezifische Barrieren zuordnen.

2. Personenbezogene, migrantenspezifische Zugangsbarrieren

Hierunter sind insbesondere Wissensdefizite, unzureichende Deutschkenntnisse und verschiedene allgemeine sowie krankheitsbezogene religions- oder kulturspezifische Barrieren zu verstehen.

Die diskutierten Wissensdefizite bezogen sich einerseits auf Unkenntnis des deutschen Rehabilitationssystems, andererseits aber auch auf falsche Annahmen darüber. Diese Defizite

sind in Teilen durch die fehlende Sozialisation in Deutschland, Akkulturationsstress, Übertragung des Gesundheits- bzw. Rehabilitationssystems des Herkunftslandes auf das deutsche Gesundheits- bzw. Rehabilitationssystem sowie Sprachproblemen zu erklären:

„Du hast keine Zeit nachzudenken, du hast eine Sprache gelernt, [...] schnell arbeiten, musst für deine Familie sorgen und die Nebensachen kommen, da hat man keine Zeit [...] man merkt, dass man Informationen nicht hat, wenn die Krankheit da ist“ (FG-3). „Ich sehe einen weiteren Grund, warum die Ausländer diese Rechte nicht kennen. Das hängt [...] mit den Ländern, aus denen wir kommen, zusammen. [...] Ich z. B. komme aus Syrien. Dort gab es so etwas wie Rehabilitation nicht“ (FG-5).

Es wurden auch „Mythen“ angesprochen, wie dass Rehabilitation Deutschen vorbehalten sei oder eine Rehabilitation Rentenkürzungen oder gar –streichungen bedeute:

„Viele denken auch, dass wenn sie nicht die deutsche Staatsangehörigkeit haben, dass sie kein Recht haben auf solche Reha-Geschichten“ (FG-1)

Diese „Mythen“ wurden von vielen TeilnehmerInnen als vermeintliche Fakten dargestellt:

„[...] insbesondere die erste und zweite Generation von Türken hier hegen den Wunsch, ihre in die Rentenkasse eingezahlten Beiträge bei der Rückkehr in die Türkei wieder zurückzubekommen. [...] Wenn Sie während Ihres Aufenthalts in Deutschland Rehabilitationsdienstleistungen in Anspruch nehmen, können Sie Ihre Beitragszahlungen in die Rentenkasse nicht zurück erhalten“ (FG-5).²

Sprachliche Defizite waren Thema in allen Fokusgruppen und stellen eine erhebliche Zugangsbarriere dar. Sowohl in der Kommunikation mit niedergelassenen Ärzten, Beantragung, als auch in der Rehabilitation selbst sei die Sprache essentiell, um sich gewinnbringend im System zu bewegen.

Ebenso Thema in allen Fokusgruppen waren kulturelle und religiöse Verpflichtungen, Überzeugungen und Besonderheiten. So wurden beispielsweise Speisevorschriften oder Annahmen darüber, wie mit Krankheiten umzugehen sei angesprochen:

„Unsere Familien wollen [...] kranke Personen unbedingt zuhause betreuen“ (FG-5).

Als letzte Barriere aus diesem Bereich ist tatsächliche Diskriminierung und Stigmatisierung oder die Angst davor zu nennen.

² Im Falle einer Komplettauszahlung der Rentenversicherungsbeiträge werden nur diejenigen Beiträge erstattet, die nach einer vorangegangenen Leistung der Deutschen Rentenversicherung (zum Beispiel medizinische Rehabilitation) eingezahlt wurden.

3. Systembezogene, vom Migrationsstatus primär unabhängige Zugangsbarrieren

Unter diesem Bereich sind insbesondere das komplexe und intransparente Gesundheitssystem, die an der Mittelschicht orientierte Sprache in Informationsmaterialien zum Gesundheits- und Rehabilitationssystem, sowie die abwartende ‚Komm-Struktur‘ und bürokratische Strukturen zusammengefasst.

Es wurde darüber diskutiert, dass es sehr schwierig sei zu wissen, welcher Träger für welche Leistungen für welche Personen unter welcher Voraussetzung zuständig sei:

„Man merkt, wie kompliziert und wie komplex das ist, dass man die Überblick [...] verliert, dass man nicht mehr sieht: ‚Aha, dieses wär die Rentenversicherung, aha, das ist getrennt und wo ist die Krankenkasse? An wen soll ich mich jetzt wenden?‘ [...] ich glaube, [...] dass die Komplexität das Problem ist, dass man sich nicht mehr traut“ (FG-3).

Bestehende Informationsmaterialien wurden von den TeilnehmerInnen als wenig hilfreich bewertet und auch die HausärztInnen würden ihrer Rolle als Gatekeeper nicht gerecht: *„Hausärzte [...] das sollte der Ansprechpartner sein, aber auch deren Informationen sind unzureichend, oder sie leiten die Leute aus Zeitmangel nicht richtig weiter“ (FG-4).*

Das folgende Zitat verdeutlicht die Frustration mit der Komplexität des Antragsverfahrens aufgrund schwer zu verstehender Formulare, bürokratischen Wegen und Ablehnungsbescheiden:

„Es ist leichter, sich zu erschießen als den Antrag zu stellen“ (FG-4).

4. Personenbezogene, vom Migrationsstatus primär unabhängige Zugangsbarrieren

Hierunter sind schichtspezifische (für untere, bildungsfernere soziale Schichten relevante) Barrieren subsummiert, die zwar häufig für Menschen mit Migrationshintergrund relevant sind, aber nicht inhärent mit der Migration zusammenhängen. Dazu gehören insbesondere: maladaptive Krankheits- und Heilungskonzepte (z. B. stärker biomedizinisches statt bio-psycho-soziales Krankheitsmodell, Heilung durch Schonung statt durch Bewegung), eine geringere Gesundheitskompetenz, (funktionaler) Analphabetismus (erschwert/verhindert den Erwerb von Wissen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Antragstellung), geringere Selbstwirksamkeitserwartungen (hinsichtlich des Erfolgs einer Antragstellung und/oder Rehabilitationsmaßnahme), die Diskrepanz zwischen persönlichem Versorgungswunsch (Rente) und offizieller Versorgungskette (Reha vor Rente), mangelnde Eigeninitiative und ‚Versorgungsdenken‘ bzw. Vertrauen auf Gatekeeper sowie Ängste vor Arbeitsplatzverlust bei prekärer Beschäftigung.

„[...] vorhin fiel das Wort ‚schichtbezogen‘, sagen wir mal so ein ganz durchschnittlicher deutsch-türkischer Mensch, spielt jetzt keine Rolle, hat sehr wenig in seinem Leben eingebaut, die Vorstellung, dass man durch gewisse körperliche Aktivitäten sein Leiden verbessern kann“ (FG-6).

Als geschlechtsspezifische (aufgrund von Geschlechtsrollen für Frauen relevante) Barrieren wurden genannt: Probleme der Kinderbetreuung bei Inanspruchnahme einer Rehabilitationsleistung sowie Sorgen oder Unbehagen beim ‚Zurücklassen‘ der Familie.

In der folgenden Tabelle wird ein Überblick über das Kategoriensystem gegeben.

Tab. 8 Zusammenfassung der wahrgenommenen Zugangsbarrieren

	Migrantenspezifisch	Vom Migrationsstatus primär unabhängig
Barriere-Komplex „Sprache“		
<i>Systembezogen</i>	<ul style="list-style-type: none"> – fehlende mehrsprachige Informationsmaterialien und Beratungsangebote – fehlende mehrsprachige Antragsformulare, Patientinformationen und –fragebögen – fehlendes mehrsprachiges Personal bzw. Dolmetschendienste bei Reha-Trägern und in Reha-Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> – bürokratisch-formale, mittelschichtorientierte Sprache der Reha-Träger und Reha-Einrichtungen, von Informationsmaterialien und Formularen
<i>Personenbezogen</i>	<ul style="list-style-type: none"> – unzureichende Deutschkenntnisse – Ängste/Scham aufgrund unzureichender Deutschkenntnisse 	<ul style="list-style-type: none"> – Verständnisprobleme aufgrund eines niedrigeren Bildungsstandes – (funktionaler) Analphabetismus
Barriere- Komplex „Wissen“		
<i>Systembezogen</i>	<ul style="list-style-type: none"> – mangelnde zielgruppenspezifische Informationsmaterialien und Beratungsangebote – unzureichende Unterstützung peer-basierter Informations- und Beratungsangebote – fehlende Information über bestehende zielgruppenspezifische Angebote 	<ul style="list-style-type: none"> – Komplexität, Intransparenz und Bürokratie des Gesundheitssystems – mittelschichtorientierte Informationsmaterialien und Beratungsangebote – abwartende anstatt zugehende Strukturen

	Migrantenspezifisch	Vom Migrationsstatus primär unabhängig
<i>Personenbezogen</i>	– fehlende oder falsche Kenntnisse bzgl. medizinischer Rehabilitation aufgrund von fehlender Sozialisation in Deutschland, Akkulturationsstress usw.	– fehlende oder falsche Kenntnisse bzgl. medizinischer Rehabilitation bei Personen aus bildungsferneren, unteren sozialen Schichten aufgrund von geringerer Gesundheitskompetenz, geringerer Eigeninitiative usw.
Barriere-Komplex „Religion, Kultur, Milieu“		
<i>Systembezogen</i>	– mangelnde interkulturelle Öffnung der relevanten Institutionen und unzureichende interkulturelle Kompetenz relevanter Akteure – unzureichende Unterstützung kultursensibler Informations- und Beratungsangebote sowie von Rehabilitation im Heimatland	– Mittelschichtorientierung
<i>Personenbezogen</i>	– allgemeine und krankheitsbezogene religions- und kulturspezifische (einschl. geschlechtsspezifischen) Besonderheiten (z. B. Krankheits-, Heilungs- und Krankenversorgungskonzepte, geschlechtsspezifische Zuständigkeit für Haus- und Sorgearbeit, Ernährungs- und Gebetsvorschriften)	– schichtspezifische Besonderheiten, z. B. maladaptive Krankheits- und Heilungskonzepte, geringere Gesundheitskompetenz, mangelnde Eigeninitiative und ‚Versorgungsdenken‘ bzw. Vertrauen auf Gatekeeper sowie Ängste vor Arbeitsplatzverlust bei prekärer Beschäftigung
Barriere-Komplex „Diskriminierung“		
<i>Systembezogen</i>	– Ungleichbehandlung, Benachteiligung, Herabwürdigung von Migranten	– strukturelle Diskriminierung von Personen aus unteren sozialen Schichten sowie Diskriminierung durch relevante Akteure – prekäre Beschäftigungsverhältnisse von Personen unterer sozialer Schichten
<i>Personenbezogen</i>	– Angst vor Diskriminierung – Skepsis/Misstrauen gegenüber deutschen Institutionen und ihren Mitarbeitern	– Angst vor Arbeitsplatzverlust/Existenzängste

4.1.2 Wissen, Vorstellungen, Einstellungen, Erwartungen, Antragsintention bzgl. Reha vor und nach der Informationsveranstaltung sowie Bewertung des Informationsangebots

4.1.3 Problemzentrierte Interviews mit MigrantInnen

Stichprobe

Tab. 9 zeigt einige ausgewählte Merkmale der interviewten MigrantInnen. Die Interviews dauerten von 12 Minuten bis 72 Minuten.

Tab. 9: Merkmale der interviewten MigrantInnen

Kategorie	n <i>(Personen, die Angaben gemacht haben)</i>	Angaben der interviewten KampagnenteilnehmerInnen
Geschlecht	10	9 weiblich, 1 männlich
Alter	8	40 – 66 Jahre, im Mittel 48,25 Jahre alt
Familienstand	7	5 verheiratet 2 geschieden
Herkunftsländer	9	Russland, Belarus, Kirgisistan, Ukraine, Türkei
Seit wann in Deutschland (Aufenthaltsdauer)	9	15 – 41 Jahre, im Mittel 30 Jahre
Hauptbeschäftigung	9	9 erwerbstätig
Eigene Reha-Erfahrung	7	3 geben an, bereits mindestens eine Reha absolviert zu haben
Gesundheitsprobleme	9	Depression, orthopädische Probleme (z. B. Rücken, Knie), Alkoholismus, Diabetes, erhöhter Blutdruck, Übergewicht

Darstellung des Kategoriensystems

Aus den erhobenen Interviewdaten ließen sich mit der qualitativen Inhaltsanalyse sieben Kategorien bezogen auf die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung sowie auf die Reha-Informationsveranstaltungen ableiten:

1. Bestehende Gesundheits- und gesundheitsassoziierte Probleme
2. Informationen und Informationsquellen zum Thema „Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung“
3. Vorstellungen/Erwartungen, Einstellungen/Überzeugungen und Ängste bzgl. der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung
4. Reha-Antrag
5. Wahrgenommene Zugangsbarrieren
6. Wünsche
7. Informationsweitergabe und Nachhaltigkeit

Das komplette Kategoriensystem befindet sich im Anhang.

1. Bestehende Gesundheits- und gesundheitsassoziierten Probleme

Die Teilnehmenden berichteten über verschiedene eigene Probleme bezogen auf ihre Gesundheit. Diese waren körperlicher (u.a. orthopädische Erkrankungen, Probleme mit Übergewicht und Blutdruck) und psychischer Art (u.a. Depressionen, psychische Probleme im Zusammenhang mit der Migration, Süchte). Beides führe mitunter zu Einschränkungen bei der Arbeitsqualität sowie Arbeitsfähigkeit:

„[...] ich arbeite [...] lange in meinem Beruf. [...] jetzt schmerzen meine Knie und Rücken, [...] ich kann nicht mit solcher Energie [...] meine Arbeit [machen], [...] körperlich schaffe ich nicht mehr [...].“ (Frau aus Russland (Alter unklar), seit 16 Jahren in Deutschland; INT7_ru; #00:06:37-47#).

2. Informationen und Informationsquellen zum Thema „Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung“

Hierbei wurde der Wissensstand vor und nach dem Besuch der Reha-Informationsveranstaltung dargelegt. Insgesamt beschrieben die Teilnehmenden bei sich selbst ein Informationsdefizit über die Rehabilitation davor sowie einen Wissenszuwachs durch die muttersprachlichen Informationen. Tab. 10 zeigt die Hauptaussagen gegenübergestellt.

Tab. 10: Gegenüberstellung der Hauptaussagen zum Wissenstand bezüglich der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung.

	Vor dem Besuch der Informationsveranstaltung	Nach dem Besuch der Informationsveranstaltung
Wissen	<p>Vorhandenes Vorwissen</p> <ul style="list-style-type: none"> Keine Informationen über: eigenen Nutzen, Ziele, Zugangsvoraussetzungen, Anspruchsrecht, in Info-VA erstes Mal von Reha erfahren (2 Personen) (Grund-)Kenntnisse über: Indikationen/Ziele, Ablauf <p>Quellen</p> <ul style="list-style-type: none"> Personen im Umfeld mit schwer(st)en Erkrankungen, Operationen und Reha-Erfahrung Bereits erfolgter Antragsversuch und -ablehnung Ausbildung/Berufserfahrungen Ansprechpartner im Gesundheitswesen (Fehl-)Informationen über Reha-Maßnahmen (Zugangsvoraussetzungen: Reha altersabhängig, Indikationen und Ziele) Kurwesen im Heimatland Eigene Reha-Erfahrungen in Deutschland (Inhalte der Rehabilitation, Wissensgewinn über Verlängerung, Ziele, drei Personen) 	<p>Wissensgewinn</p> <ul style="list-style-type: none"> Rehabilitation nicht nur bei schweren Krankheiten, sondern für viele Gesundheitsprobleme Antragsintention häufig bei Versicherten, Mitarbeit wichtig für Reha-Erfolg Informationen über Anspruch, Ziele, Voraussetzungen und Gesetze zur Rehabilitation: u. a. Anspruch, Antrag, Widerspruch, Unterstützung bei Sprachhürden und Versorgungs-/ Organisationsproblemen Aufklärung über Falschinformationen/Mythen (Nachteile durch Rehabilitation wie Renten Kürzung, Ausweisung, angebliche gesetzliche Hindernisse durch Migrationsstatus) Trotz Vorwissen durch Reha-Erfahrungen noch Kenntniszuwachs Geregelte Wiedereingliederung in die Arbeit nach der Rehabilitation Keine Informationen über konkrete Inhalte der Rehabilitation (1 Person)

Die drei Teilnehmenden mit eigener Reha-Erfahrungen berichteten darüber hinaus über die erlebten positiven und negativen Aspekte:

- **Positiv:** Stärkung psychische/körperliche Gesundheit durch aktive Maßnahmen, keine Verständigungsprobleme durch Migrationsstatus, konkrete eigene Gesundheitsziele nach Reha
- **Zu beanstanden:** teils mangelnde individuelle Therapieausrichtung, Ziele durch kulturelle/sprachliche Hürden nicht immer erreichbar, Beschwerdepersistenz

Weiterhin erfolgte eine Bewertung des Informationsangebots bestehend aus Veranstaltung und Materialien (Migranten-Wegweiser) seitens der Zielgruppe. Insgesamt nahmen die Interviewten zum einen aus Interesse an Informationen zur Reha sowie wegen eigenen Gesundheitsproblemen an den Informationsveranstaltungen teil, zum anderen aber auch zur Mitwirkung an der Studie selbst. Die Veranstaltungen sowie der Wegweiser wurden

durch ausführliche, aber verständliche Informationen in der Muttersprache positiv bewertet. Eine große Rolle spielten dabei auch der Austausch mit „Gleichgesinnten“ in den Veranstaltungen sowie die Beruhigung der eigenen Bedenken bezüglich Reha durch die Informationen. Optimierungsvorschläge gingen in die Richtung von weiteren Veranstaltungen wegen eines allgemeinen Informationsdefizites der Migrantengruppe sowie der Verbreitung von Informationen und Materialien in größeren Kreisen. Dies sei durch die Interviewten teilweise schon geschehen, in dem sie die Informationen sowie Materialien an ihr Umfeld weitergegeben haben. Auch kam zur Sprache, dass MigrantInnen mit eigener Reha-Erfahrung diese an andere Personen ohne Reha-Erfahrungen weitergeben sollten, damit mögliche Bedenken abgebaut werden.

3. Vorstellungen/Erwartungen, Einstellungen/Überzeugungen und Ängste bzgl. der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

In dieser Kategorie wurden die Vorstellungen/Erwartungen, eigenen Einstellungen/Überzeugungen sowie Ängste im Zusammenhang mit der Rehabilitation vor und nach der Informationsveranstaltung beleuchtet. Insgesamt berichteten die Interviewten über eine Änderung sowie andere Bewertung durch die muttersprachlichen Informationen. Auch nach der Informationsveranstaltung sind noch Zweifel bzw. Ängste vorhanden, jedoch reduzierter. Tab. 11 zeigt die Hauptaussagen gegenübergestellt.

Tab. 11: Gegenüberstellung der Hauptaussagen zu Vorstellungen/Erwartungen, Einstellungen/Überzeugungen, Ängste bzgl. der medizinischen Rehabilitation.

	Vor dem Besuch der Informationsveranstaltung	Nach dem Besuch der Informationsveranstaltung
Vorstellungen/Erwartungen	<p>Vorhandene Vorstellungen/Erwartungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antrag auf Reha bei Verschlechterung der Gesundheit • Reha nicht zur Erholung, sondern für Therapien <p>Fehlende/falsche Vorstellungen von Rehabilitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur gemeinschaftlich durchgeführte Therapien • Veranlassung nur durch Ärzte • Nicht für Jüngere (daher selbst keinen Anspruch) • Kurz- und langfristige Nachteile durch Reha 	<ul style="list-style-type: none"> • Andere Zielgruppe (statt sterbende Personen Menschen mit reduziertem Gesundheitszustand) • Hilfen in mehreren Bereichen bzgl. Gesundheit und zur Alltagsbewältigung • Positive Erwartungen an Rehabilitation zur langfristigen Verbesserung der Gesundheit für die Arbeitsfähigkeit bis zur Rente • Es wird von einer besseren Wirksamkeit der Reha im eigenen Herkunftsland ausgegangen (durch Erfahrungen von Personen im Umfeld)

Einstellungen/ Überzeugungen	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelndes Interesse an Gesundheit • Rein symptomatische Beschwerdebekämpfung (z. B. Schmerzmittel) durch mangelnde Infos und wegen finanzieller Situation • Interesse an Maßnahmen für die Gesundheit → um Einholen von Informationen bemüht, aber nicht umgesetzt • Hinnahme der Antragsablehnung wegen Aufwand/Zweifel an Notwendigkeit in jungem Alter und Wissensdefiziten • Informationen über Rehabilitation trotz guter Sprachkenntnisse nicht eingeholt/beachtet • Beantragung Frührente wg. zunehmenden Problemen mit körperlicher Arbeit unabdingbar • Hoffnung auf Überweisung in Rehabilitation bei starker Verschlechterung • Nicht-Inanspruchnahme des Arztes/von Hilfen durch andere Einstellung über Handhabe von Beschwerden (Ertragen statt Helfen lassen) • Kein Interesse an Reha (fehlender Glauben an möglichen späteren Bedarf/Nutzen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderte Wahrnehmung des eigenen Körpers und Bewertung der Beschwerden, gesundheitliche Probleme rechtzeitig und nicht rein symptomatisch behandeln lassen • Informationsgewinn bewirkt Änderung der Einstellung von nicht vorhandener Antragsintention zum Wunsch, eine Rehabilitation zur Beschwerdebesserung zu machen • Ähnlich wie vor der Info-VA (Zweifel an Nutzen der Rehabilitation ohne ernsthafte Erkrankung, alles selbst regeln, kein Hilfesuch bei Beschwerden, Rehabilitation bei Garantie des Arbeitsplatzes und Ausbleiben von Schwierigkeiten vorstellbar, 1 Person) • Intention, aktiv in Rehabilitation zu regenerieren/gesund zu werden zur Abwendung einer Frühberentung • Änderung der Einstellung zum eigenen Inanspruchnahme-Verhalten von Ärzten/Hilfen für die eigene Gesundheit/Arbeitsfähigkeit • Rehabilitation ist ein nützlicher Weg für Menschen mit Gesundheitsproblemen • Menschen sollten offen reden können (mit Behandlern, Pflegepersonal, Mit-RehabilitandInnen etc.), • Informationsbeschaffung bei Professionellen (Ärzte, Versicherungen) ohne Scheu sehr wichtig
Ängste	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Hemmnisse, nach Ablehnung gezielter nachzufragen, aus Angst vor Blamage/Ablehnung keine Fragen gestellt • Ablehnung von Krankschreibungen/Hilfen trotz Beschwerden wegen Angst vor Kündigung • Skepsis wegen schlechten Erfahrungen im Umfeld 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion, aber weiterhin Zweifel an Behandlungserfolg durch kulturbedingte Nicht-Teilnahme an bestimmten Maßnahmen • Weiter Ängste vor Nachteilen • Sprach- und Verständigungsprobleme in Rehabilitation verschlechtern die Gesundheit
Zielvorstellungen bzgl. Reha	<ul style="list-style-type: none"> • Reine Erholung/Regeneration nach schwer(st)en Erkrankungen/Operationen • Betreuung von Pflegebedürftigen oder Sterbenden, die sich nicht selbst versorgen können 	<ul style="list-style-type: none"> • Wiederherstellung/Besserung der Gesundheit/Arbeitsfähigkeit • Gesundheitsförderung • Abwendung einer Frühberentung

	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzen der frühzeitigen Reha zur Stärkung/Aufrechterhaltung/ Wiederherstellung der Gesundheit • Im Hinblick auf die Arbeitsbelastung präventive Maßnahmen notwendig 	
--	--	--

Bezüglich der Zielvorstellungen zeigte sich bei den Teilnehmenden eine große Änderung von Reha als Maßnahme bei schwer(st)en Erkrankungen zu einer Maßnahme zur Besserung/Wiederherstellung/Förderung der Gesundheit/Arbeitsfähigkeit:

„[...] das ist darauf gerichtet, dass der Mensch regeneriert, Wiederherstellung seiner Gesundheit, damit er beruflich langfristig und erfolgreich tätig ist [...].“ (43-jährige Frau aus der Ukraine, seit 23 Jahren in Deutschland; INT1_ru; #00:05:36-33#).

4. Reha-Antrag

Hier berichteten die Interviewten über ihren eigens empfundenen Bedarf an einer Rehabilitationsmaßnahme sowie über ihre Absicht, einen Reha-Antrag zu stellen. Auch dies erfolgte im Vergleich „vor und nach der Veranstaltung“. Insgesamt konnten einige für sich ausmachen, dass sie nach der Informationsveranstaltung subjektiv einen Bedarf bei sich feststellen und eine Rehabilitation in Erwägung ziehen:

„Haben Sie denn vor der MiMi-Informationsveranstaltung schon einmal darüber nachgedacht, eine medizinische Reha-Maßnahme zu beantragen (Interviewerfrage)?“ „A Nein, vor MiMi ist mir das wirklich noch nie in den Sinn gekommen. Aber jetzt schon.“ (51-jährige Frau aus der Türkei, seit 39 Jahren in Deutschland; INT1_tü, Abs. 27-28; #00:06:20#).

Tab. 12 zeigt die Hauptaussagen gegenübergestellt.

Tab. 12: Gegenüberstellung der Hauptaussagen zur subjektiven Bedarfseinschätzung und Antragsintention

	Vor dem Besuch der Informationsveranstaltung	Nach dem Besuch der Informationsveranstaltung
Subjektive Bedarfseinschätzung/ Antragsintention	<p>Nicht vorhanden</p> <ul style="list-style-type: none"> • fehlende Informationen über/falsche Vorstellungen von Rehabilitation, Bedarf an Maßnahmen zur Besserung der Gesundheit aber gesehen • Durch bereits erfolgte Ablehnung Zweifel an Notwendigkeit 	<p>Verändert/gestiegen im Vergleich zu vorher</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch Wissensgewinn, veränderte Beschwerdewahrnehmung und Intention, diese langfristig zu verbessern • Durch körperliche/psychische Beschwerden Beeinträchtigung des privaten und beruflichen Lebens

	<ul style="list-style-type: none"> • Keinen Widerspruch bei Ablehnung • Angst vor Blamage/Ablehnung • Zurzeit guter Gesundheitszustand • Schlechte Reha-Erfahrung • Pflegebedürftige Angehörige/Kinder (Angst vor Versorgungsproblemen) <p>Vorhanden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empfehlung vom Arzt wegen Erkrankungen, bereits Infos eingeholt (über Antragsvorgang) 	<ul style="list-style-type: none"> • Trotz Zweifel erhöht, genaue Pläne zur Rehabilitation und zur Antragsstellung, Zuversicht der/Hoffnung auf Antragsannahme • Ermutigung, nach Ablehnung weiteren Antrag zu stellen <p>Weiterhin nicht/gering vorhanden (1 Person)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zweifel an Nutzen und Angst vor Arbeitsplatzverlust/Schwierigkeiten • Angst vor Diskriminierung/Ungleichbehandlung in Rehabilitation • Intention wäre höher bei Garantie von ausbleibenden Schwierigkeiten in und nach der Rehabilitation
--	--	--

5. Wahrgenommene Zugangsbarrieren

Die Interviewten berichteten über drei verschiedene Hauptarten von Zugangsbarrieren:

1. Personenbezogene Faktoren
2. Systemfaktoren
3. Fehlende/unzureichende/falsche Informationen

Diese Kategorisierung weicht geringfügig von der in Kapitel 5.1.1 ab. Dies ist zum einen darin begründet, dass es sich um unterschiedliches Datenmaterial handelt. In Einzelinterviews wird zumeist eine größere Tiefe bei persönlichen Themen erreicht als in Fokusgruppen. Zum anderen ist die Stichprobe nicht so divers, wie in Kapitel 5.1.1. Durch den Einbezug einer Expertenfokusgruppe konnte ein größeres Abstraktionsniveau erreicht werden.

Bei den personenbezogenen Faktoren ließen sich zum einen die Versorgungssituation als Barriere identifizieren, bei der mögliche Versorgungsprobleme (finanziell/organisatorisch) sowie eine mangelnde Unterstützung eine Rolle spielten. Eine weitere große personenbezogene Barriere stellten eigene Einstellungen und Ängste dar, die von anderen Krankheits-/Beschwerdehandhabungen über Ängste vor der Rehabilitationsmaßnahme (z. B. dort unter Deutschen alleine zu sein) bis hin zu Gedanken, dass Reha nicht notwendig sei, reichen: *„Ich war der Meinung, man würde mir nicht mal zuhören! Man wird sagen: Du bist auf eigenen Beinen gekommen, was für welche Reha willst du“* (Frau aus Russland (Alter unklar), seit 16 Jahren in Deutschland; INT7_ru; Abs. 120, #00:18:52-117#).

Darüber hinaus konnten Sprachdefizite (Probleme bei Verständigung, Verstehen/Ausfüllen der Informationen/Formulare) sowie kulturelle/religiöse Barrieren identifiziert werden (Essgewohnheiten, Wunsch nach Geschlechtertrennung und Beten):

„[...] dass sich die Leute fragen, „also wegen meiner Religion, ob dort wohl zwischen Männern und Frauen getrennt wird?“ Oder: „Wie wird wohl mein Zimmer aussehen, werden Männer und Frauen gemischt wohnen?“. Weil sie solche Fragen als Problem ansehen, gehen sie nicht dorthin. Weil sie zum Beispiel nicht zum Schwimmen gehen wollen, machen sie das zum Problem und wollen nicht gehen [...].“ (Frau aus der Türkei (Alter unklar), im Kleinkindalter nach Deutschland gekommen; INT2_tü, Abs. 32; #00:07:20#).

Bei den Systemfaktoren wurden einerseits der mangelnde Informationsfluss durch Fachkräfte im Gesundheits-/Sozialwesen, die überwiegenden Komm-Strukturen (Informationen/Antrag häufig nur auf Nachfrage) sowie fehlende muttersprachliche Informationen kritisiert. Auch sprachen einige Interviewte über eine Benachteiligung aufgrund des Migrationsstatus (u. a. prekäre Arbeitssituation, Absprechen der Rechte wegen sprachlichen Defiziten z. B. durch Arbeitgeber):

„Allerdings hatten wir Probleme mit dem Arbeitgeber meines Mannes. [...] Zur Kur gebe es keine Freistellung sagten die. [...] Wenn man nun mal nicht so gut Deutsch spricht, geben Sie einem nicht sein Recht.“ (45-jährige Frau aus der Türkei, seit 35 Jahren in Deutschland; INT5_tü, Abs. 102 & 112, #00:07:51# & #00:08:43#).

Weitere Themen waren die komplexe Antragsstellung (schwierig selbst bei guten Deutschkenntnissen) sowie Hürden von MigrantInnen während der Rehabilitationsmaßnahme (fehlende Verständigungshilfen z. B. durch DolmetscherInnen, fehlende interkulturelle Ausrichtung/Fachkräfte). Eine dritte Barriere war der Informationsdefizit bei MigrantInnen, der sich aus fehlenden, unzureichenden oder falschen Informationen beispielsweise über die Rehabilitation allgemein, über die Gesetze sowie Ansprechpartner und Anlaufstellen zusammensetzte. Ein Thema dabei stellten auch Mythen über angebliche Nachteile (Kürzung/Wegfall der Rente, Ausweisung) dar:

„[...] bei uns Türken heißt es immer, die Rente ist dann weg [...].“ (45-jährige Frau aus der Türkei, seit 35 Jahren in Deutschland; INT5_tü, Abs. 284, #00:23:55#).

Diese Barriere lässt sich sowohl bei den Personen (z. B. durch fehlendes Einholen von Informationen) als auch auf der Seite des Systems (fehlender Informationsfluss, schwer zugängliche Informationen) verorten und ist damit eine Konsequenz aus beiden Faktoren.

6. Wünsche

Auf der Seite der Interviewten konnten verschiedene Wünsche zum Abbau der Hürden vor einer Rehabilitation abgebildet werden:

- Möglichkeit einer Reha im Herkunftsland bzw. Kooperationen mit Einrichtungen dort, u. a. wegen dem Glauben an eine bessere Wirksamkeit: „[...] Auch in unserer Kultur gibt es [...] Rehabilitationseinrichtungen. Aber leider können wir diese nicht nutzen. [...] In meinem eigenen Land, ich denke [...], dass es aus psychologischer

Sicht noch wirksamer sein würde. [...] Ich würde mir also wünschen, dass Deutschland dazu mit der Türkei zusammen arbeitet.“ (Frau aus der Türkei (Alter unklar), mit 13 Jahren nach Deutschland gekommen; INT7_tü, Abs. 80, #00:16:31#).

- Kultursensible Angebote in Reha, z. B. Berücksichtigung der Religionen und Traditionen: *„[...] außerdem werden sie von den meisten Mitarbeitern nicht verstanden, wegen [...] des Kulturunterschieds, [...] Ich denke, dass man ihnen gegenüber mehr Sorgfalt walten lassen muss [...].“* (Frau aus der Türkei (Alter unklar), mit 13 Jahren nach Deutschland gekommen; INT7_tü, Abs. 92, #00:19:37#)
- Mehrsprachige Antragsformulare
- Individuelle Therapien für Frauen
- Größere Sorgfalt bei der Arbeit mit MigrantInnen
- Besserer Informationsfluss zwischen Fachkräften, Institutionen und Betroffenen sowie Umfeld

7. Informationsweitergabe und Nachhaltigkeit

Aus den Bewertungen des Informationsangebotes durch die interviewten TeilnehmerInnen der Informationsveranstaltungen (vgl. Kategorie 2) konnten mehrere Weiterentwicklungs-/Optimierungsaspekte sowie Faktoren für die Nachhaltigkeit identifiziert werden. Zum einen spielen die MediatorInnen eine wichtige Rolle für die teilnehmenden MigrantInnen, das MiMi-Programm wurde als bedeutend für die Zukunft beschrieben:

„[...] gut, dass es Sie (Mediatorin/MiMi) gibt. In der Zukunft werden Sie noch sehr hilfreich sein [...].“ (51-jährige Frau aus der Türkei, seit 39 Jahren in Deutschland; INT1_tü, Abs. 38, #00:07:27#).

Es bestehe ein Bedarf an weiteren Veranstaltungen sowie an muttersprachlichen Informationsmaterialien zur medizinischen Rehabilitation und anderen Themen. Der Informationsfluss funktioniere nicht nur direkt an die Teilnehmenden, sondern darüber hinaus auch an das Umfeld/ Community (Multiplikatoreneffekt). Eine Teilnehmerin berichtete, dass durch die Weitergabe der Informationen aus der Reha-Veranstaltung sogar die Antragsintention von Personen aus ihrem Umfeld gestiegen sei:

Freundin von „[...] mir, die hatte auch Schmerzen, ich sagte ihr, dass sie lernen würde, wie man mit diesen Schmerzen leben könnte, [...] dass es ihr danach besser gehen würde. Und sie haben sich überzeugen lassen [...]. Die Broschüre [...] haben sie gelesen.“ (45-jährige Frau aus der Türkei, seit 35 Jahren in Deutschland; INT5_tü, Abs. 312, #00:27:16#).

Angeregt wurde auch, dass MigrantInnen mit eigener Reha-Erfahrung diese an andere MigrantInnen weitergeben sollten, z.B. in Informationsveranstaltungen.

4.1.4 Identifikation von Stärken/Nutzen, Schwächen und Optimierungspotenzialen des MiMi-Informationsangebotes

Fokusgruppe mit ExpertInnen zum Projektende

Stichprobe

Insgesamt nahmen an der rund zweistündigen Fokusgruppe acht ExpertInnen aus Hannover und Umland teil. Darunter waren eine Stationsärztin, ein Chefarzt, eine Psychologin sowie ein Klinikmanager aus verschiedenen Reha-Einrichtungen, eine Sozialpädagogin eines Klinik-Sozialdienstes, eine beratende Psychologin einer gesetzlichen Krankenkasse, ein für das betriebliche Gesundheitsmanagement in einem metallverarbeitenden Betrieb Verantwortlicher sowie eine Geschäftsführerin eines Vereins, der sich mit der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen beschäftigt.

Darstellung des Kategoriensystems

Ausgehend von der Fokusgruppe mit ExpertInnen ließen sich nach qualitativer Inhaltsanalyse vier Kategorien ableiten. Diese Kategorien beziehen sich auf das Projekt sowie die Materialien, die angewendet wurden:

1. Stärken und Nutzen des Informationsangebots
2. Schwächen des Informationsangebots
3. Bessere Akzeptanz von Informationen durch Menschen aus dem gleichen Kulturkreis
4. Optimierungspotenzial im Hinblick auf den Transfer in die Fläche

Das komplette Kategoriensystem befindet sich im Anhang.

1. Stärken und Nutzen des Informationsangebots

Die Experten identifizierten unterschiedliche Stärken und Nutzenpotenziale des Projekts, die sich aus drei Hauptpunkten zusammensetzten:

1. Allgemeine Stärken
2. Informationsmaterialien
3. Abbau von Zugangsbarrieren

Allgemein wurden die Anerkennung und Bekanntmachung der Rehabilitationsthematik durch das Projekt sowie die Vorzüge der Informationsvermittlung und Aufklärung durch Personen aus dem eigenen Kulturkreis in speziellen Informationsveranstaltungen hervorgehoben. Bei den Informationsmaterialien wurde vor allem der Reha-Wegweiser für MigrantInnen thematisiert. Dieser sei vom Inhalt und Aufbau her gut gelungen und gäbe auch Fach-

kräften die Möglichkeit, trotz eigener Expertise noch Neues zu lernen. Auch helfen die Materialien in der Muttersprache, sich nach Informationsgesprächen nochmal eingehender mit der Rehabilitation auseinanderzusetzen sowie um eine bewusste Entscheidung zusammen mit anderen Personen (z. B. Familie) zu treffen. Weiterhin könnte der Wegweiser auch hilfreich für ÄrztInnen sein, um detailliertere Informationen zur Rehabilitation und zum Antragsvorgang zu erhalten. Schließlich wurde auch diskutiert, inwieweit das Informationsangebot zum Abbau von Zugangsbarrieren dient. Die befragten ExpertInnen äußerten die Meinung, dass MediatorInnen aus dem Kulturkreis als vertrauenswürdige AnsprechpartnerInnen fungieren und dadurch bei den MigrantInnen Barrieren abgebaut würden:

„Also ich glaube, das ist ein positiver Effekt, [...] wenn es selber Migranten sind, die hören jetzt von Migranten Erläuterungen zu einem bestimmten System, das ist ja gleich eine ganz andere Vertrauensbasis“ (Fokusgruppe Experten am Ende des Projekts, Transkript Abs.: 468-470).

Weiterhin stellen die mündlichen Erklärungen eine sinnvolle Ergänzung zu den schriftlichen Materialien dar. Der Wegweiser für MigrantInnen und der Praxisleitfaden für Reha-BeraterInnen wurden als sehr wichtig zum Barriere-Abbau hervorgehoben.

2. Schwächen des Informationsangebots

Das Informationsangebot weise auch Schwächen auf. Unter anderem liege der Schwerpunkt insgesamt sehr auf den Betroffenen und weitere Leistungsträger, wie z.B. die gesetzliche Krankenversicherung, seien inhaltlich noch nicht ausreichend involviert. Weiterhin fragte sich auch eine Expertin, ob die richtige Zielgruppe mit den Veranstaltungen erreicht werden kann. Ein großes Diskussionspotenzial stellte der Wegweiserumfang dar. Insgesamt sei der Inhalt teilweise zu anspruchsvoll und eher für Personen mit einer bestimmten Vorbildung verständlich. Zur alleinigen Verteilung ohne weitergehende Erläuterung sei er nicht geeignet, vor allem nicht für nicht deutschsprachige isoliert lebende Migrantinnen. Insgesamt bestanden bei den befragten ExpertInnen Zweifel am Barriere-Abbau durch eine alleinige Wegweiser-Verbreitung:

„[...] ich kann denen noch so viele Informationsbroschüren geben, wenn ich denen das erläutere, [...] dass das [...] ne Maßnahme ist, wo [ein] individuelles Programm mit ihnen abgestimmt werden kann [...]. Es muss ne bestimmte Rehabelastbarkeit vorliegen. Es muss ne Rehafähigkeit vorliegen. Es muss ein Rehapotenzial vorliegen. Es muss auch ne Motivation da sein und so weiter. Das kann ich nicht mit so einer Broschüre erklären [...]“ (Fokusgruppe Experten am Ende des Projekts, Transkript Abs.: 645-651).

3. Bessere Akzeptanz von Informationen durch Menschen aus dem gleichen Kulturkreis

Die ExpertInnen führten hier einstimmig die kultursensible Informationsvermittlung als Schlüssel an. Die Akzeptanz von Informationen durch Landsleute sei größer als bei Personen aus einem System:

„Also denke ich mal. Dass [...] ist glaube ich die beste Voraussetzung dass [...] für jemanden der aus einem völlig anderen Kulturkreis kommt [...] wenn der da jemanden hat eh der jetzt als [...] deutschstämmiger erzählt [...] was jetzt gut sein soll, [...] dann ist er automatisch immer erstmal [...] „Vorsicht, passt das überhaupt zu uns?“ [...] wenn dann aber jemand aus dem eignen Kulturkreis [...] sich damit befasst hat und das überzeugend rüberbringen kann, [...] das ist [...] eine unvergleichlich bessere Voraussetzung.“ (Fokusgruppe Experten am Ende des Projekts, Transkript Abs.: 472-478).

Durch den gleichen Kulturkreis genießen die MediatorInnen ein größeres Vertrauen und bauen bei der Zielgruppe Barrieren ab. Insgesamt wurde empfohlen, die MediatorInnen als AnsprechpartnerInnen für die Betroffenen einzusetzen.

4. Optimierungspotenzial im Hinblick auf den Transfer in die Fläche

Die Experten führten hier vier Hauptaspekte an:

1. Optimierung des Informationstransfers
2. Optimierung/Erweiterung des Informationsmaterials
3. Schulung von Fachkräften
4. Optimierung der Vernetzung

In Bezug auf den Informationstransfer schlugen die Teilnehmenden hier vor, dass die Informationsvermittlung nicht nur mithilfe der MediatorInnen erfolgen sollte, sondern auch durch Beratung von anderen Kontaktpersonen, z. B. BetriebsärztInnen, Personalabteilungen, Sozialdienste in größeren Betrieben (Sozialarbeiter, Psychologen, usw.) oder auch durch gesetzliche BetreuerInnen von psychiatrischen PatientInnen. Weiterhin wurde eine Verteilung der Wegweiser über Hausarztpraxen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Betriebsräte und Bürgerbüros zur breiten Thematisierung der Rehabilitation empfohlen. Auch solle der Unterschied zwischen Reha-Kliniken und Akutkrankenhaus verdeutlicht werden, das Ganze könnte ergänzt werden durch Besuche von Reha-Einrichtungen. Zudem erfolgte die Empfehlung einer praxisnäheren Durchführung der Informationsveranstaltungen, z.B. durch Erfahrungsberichte von MigrantInnen mit Reha-Erfahrungen:

„Vielleicht könnte man diese Mediatoren Vorstellungen [...] der Rehabilitation [gemeint: Reha-Info-Veranstaltungen] ergänzen durch Einladung [...] eines Migranten, [...] der grade eine Reha gemacht hat. [...], dass man den auch einfach mal so [...] seine Erfahrung berichten lässt. [...] wo dann [...] auch Fragen gestellt werden können. Wichtig wäre dann einfach wieder, das es der selbe Kulturkreis ist, [...] damit sie dann auch wirklich das Gefühl haben: so, [...] dieser Mensch, der versteht jetzt auch mein Anliegen, was dahinter steckt. [...] Oder dass sie vielleicht auch mal ne Klinik besuchen [...]. Das wäre [...] das absolute Highlight“ (Fokusgruppe Experten am Ende des Projekts, Transkript Abs.: 766-773).

Bei der Antragsausfüllung wurde die Nutzung von Medien (z. B. Videos) vorgeschlagen, um den Prozess verständlicher zu machen. In Zukunft sollten weitere Zielgruppen besser angesprochen werden (Frauen, psychiatrische Patienten usw.).

Zur Optimierung und Erweiterung des Informationsmaterials wurde die Erstellung eines kompakten, niederschweligen Flyers in Deutsch, Russisch und Türkisch oder eine kürzere Version des Wegweisers diskutiert. Auch kam die Übersetzung der Erklärungen aus dem Begleitheft zur Sprache.

Um die Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund zu erweitern, wurde die Schulung von Fachkräften (niedergelassene ÄrztInnen, MitarbeiterInnen von Krankenkassen) zum Reha-Verfahren, zu kulturspezifischen Reha-Angeboten und kultursensiblen Themen vorgeschlagen.

Zuletzt erfolgte eine Diskussion über bessere Vernetzungsmöglichkeiten. Hier kam die zukünftig stärkere Einbeziehung der Leistungsträger sowie ein Netzwerk von Fachkräften und MediatorInnen (LotsInnen), die AnsprechpartnerInnen für Betroffene und Fachkräfte sein sollten, zur Sprache:

„[...] die Lotsen sind ja Moment nur [...] Ansprechpartner in eine Richtung [...], wenn man das jetzt konkretisiert, in dem Fall auf die Reha und die dazu gehörigen Anträge, das wär vielleicht auch gar nicht schlecht, wenn der Lotse nicht nur Ansprechpartner für die Betroffenen ist, sondern auch Ansprechpartner seitens der Rentenversicherung. Das man da jemanden hat und dass auch die auf jeden Fall [...] kultursensibel geschult sind. Das finde ich ein gut, das ist, glaube ich, erfolgsversprechender wenn es in beide Richtungen [...]“ (Fokusgruppe Experten am Ende des Projekts, Transkript Abs.: 341-348)

4.2 Quantitativ

4.2.1 Evaluation der Mediatorenschulung

Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden an den Standorten Lübeck, Bremen und Hannover 48 MediatorInnen geschult, an der Abschlussbefragung haben n=39 teilgenommen. Eine Schulung in Rheinland-Pfalz war angedacht, konnte jedoch nicht realisiert werden. Die Stichprobencharakteristika sind der folgenden Tabelle 14 zu entnehmen. Etwa 90% der MediatorInnen schätzen ihre Deutschkenntnisse als gut bis sehr gut ein, nur 10% werten sie als befriedigend. Eine schlechtere Einschätzung der eigenen Sprachkompetenz erfolgte nicht.

Tab. 13 Soziodemografie der SchulungsteilnehmerInnen

Kategorien	N	Angaben der SchulungsteilnehmerInnen (gerundet)
Geschlecht	39	92 % weiblich 8 % männlich
Alter	36	Median 34 (IQR 27-42)
Familienstand	39	46 % verheiratet 44 % ledig 10 % geschieden
Anzahl der Kinder	26	Median 1 (IQR 1-2)
Hauptbeschäftigung	36	61% Erwerbstätig, 30 % Berufsausbildung/ Studium, 6 % Arbeitssuchend, 3 % Nichterwerbstätig (z.B. Hausfrau, Schüler, arbeitsunfähig)
Schulische Ausbildung	24	88 % Hochschulreife (mehr als 10 Klassen) 12 % Mittlere Reife (9 oder 10 Klassen),
Berufliche Ausbildung	33	79 % Hochschulstudium, 9 % Berufsausbildung, 9 % Keine berufliche Ausbildung, 3 % Promotion oder höherer akadem. Grad
Einreise nach Deutschland (MediatorInnen selbst o. (Groß-) Eltern)	32	Median 1991 (IQR 1971-1998)

Die Motivation der angehenden MediatorInnen war vielfältig begründet. Dominant waren das allgemeine Interesse sowie die Unterstützung des MiMi-Ansatzes. Die Gründe zur Teilnahme sind grafisch in der folgenden Abbildung 17 dargestellt.

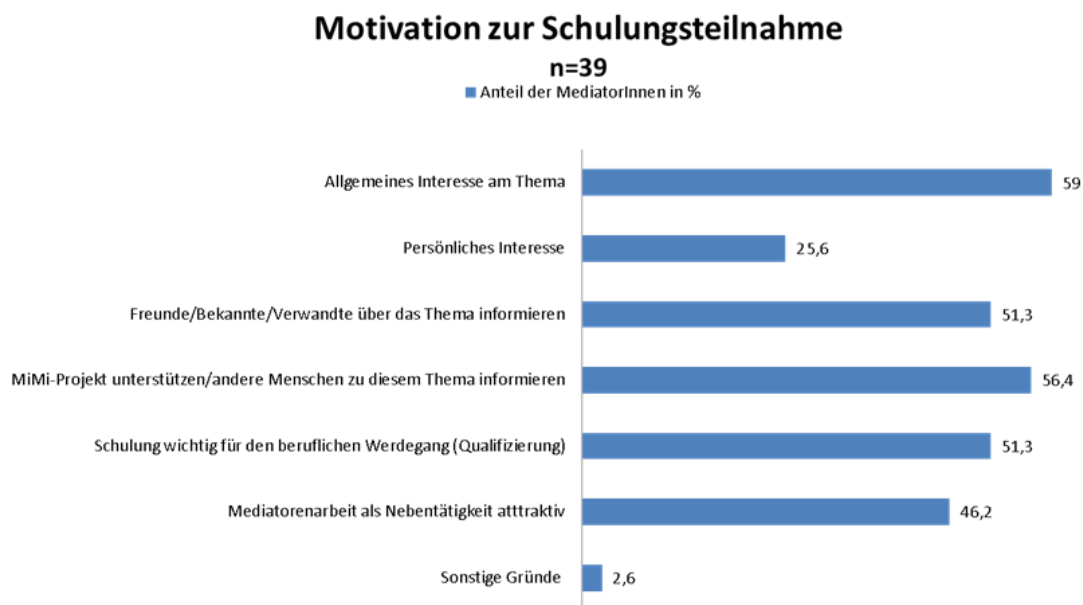


Abb: 16 Motivationslage der SchulungsteilnehmerInnen, Mehrfachauswahl möglich

Neben dieser allgemeinen Motivation zeigte sich aber auch ein finanzieller Anreiz bei knapp der Hälfte der Befragten. Hier zeigten sich deutliche Standortunterschiede. Während in Hannover und Lübeck vorrangig Berufstätige teilnahmen und der finanzielle Anreiz weniger ausschlaggebend war, war die Nebentätigkeit am Standpunkt Bremen mit 70,6% die stärkste Motivation. Dies könnte durch den hohen Anteil Studierender am Standpunkt Bremen zu erklären sein.

Bezüglich der Vorkenntnisse zur medizinischen Rehabilitation bestand Heterogenität und das ganze Spektrum war abgedeckt (s. Abb. 18). Menschen aus dem persönlichen Umfeld, die eine medizinische Rehabilitation erhalten haben, waren dabei die prioritäre Informationsquelle. Andere Quellen wie z.B. Ärzte oder Sozialversicherungsträger wurden auch angegeben, jedoch in einem deutlich geringeren Ausmaß.

Vorkenntnisse: Informationsquellen

n=39

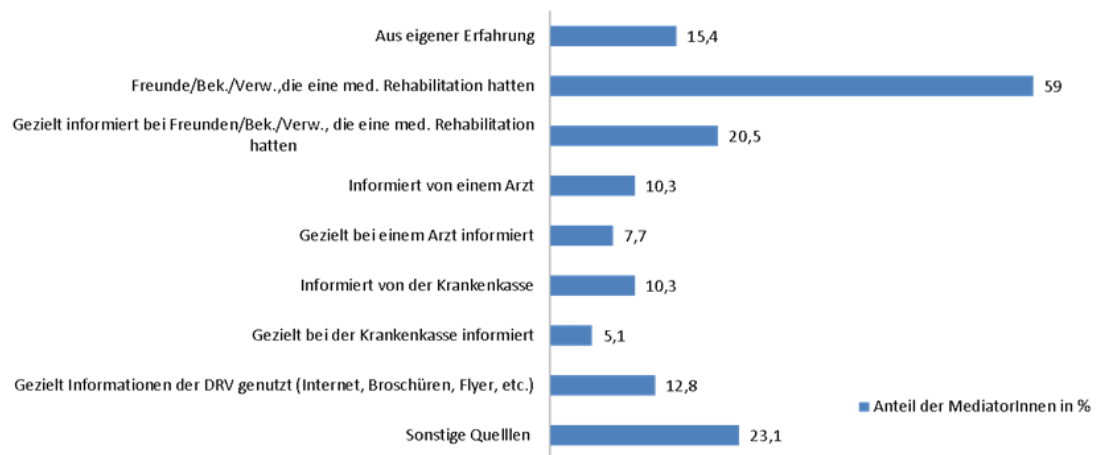


Abb: 17 Informationsquellen der MediatorInnen, Mehrfachauswahl möglich

Bewertung der Schulung

Die TeilnehmerInnen berichteten, viel Neues in der Schulung gelernt zu haben. Etwa 70% gaben an, vieles oder alles zum ersten Mal gehört zu haben und niemand gab an, nichts Neues gelernt zu haben (s. Abb. 19).

In der Schulung etwas Neues gelernt?

n=38

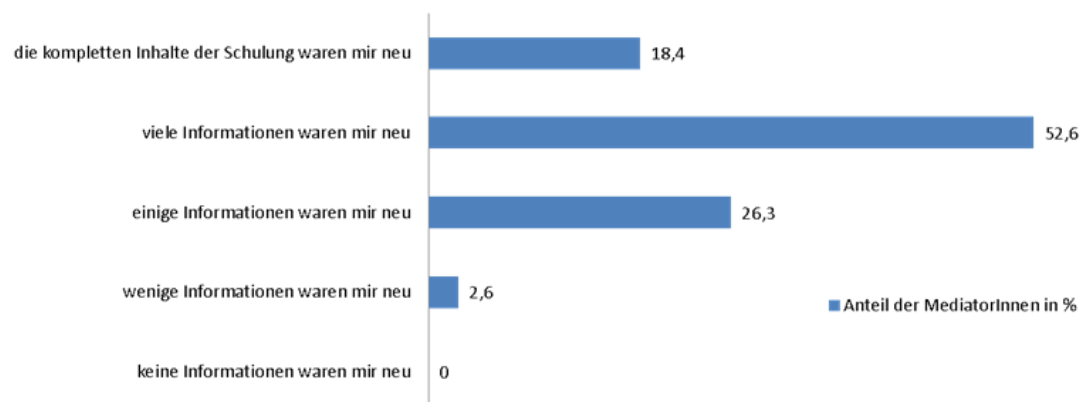


Abb. 18: Subjektiver Wissensgewinn der MediatorInnen

Betrachtet man die Schulungsinhalte differenzierter, so zeigt sich, dass insbesondere der Part zu den Grundlagen gut aufgenommen wurde. Auch das Thema Antragsstellung und Bewilligung wurde überwiegend positiv bewertet. Der Themenkomplex „In der Reha und nach der Reha“ wurde zwar auch von knapp 90% als positiv bewertet, jedoch gab es hier auch kritischere Evaluationsergebnisse. Möglicherweise besteht hier Optimierungsbedarf in der Konzeption künftiger Schulungen. In der folgenden Abbildung 20 sind die Ergebnisse dargestellt.

Wie bereichernd fanden Sie die Themen der Schulung?

n=39

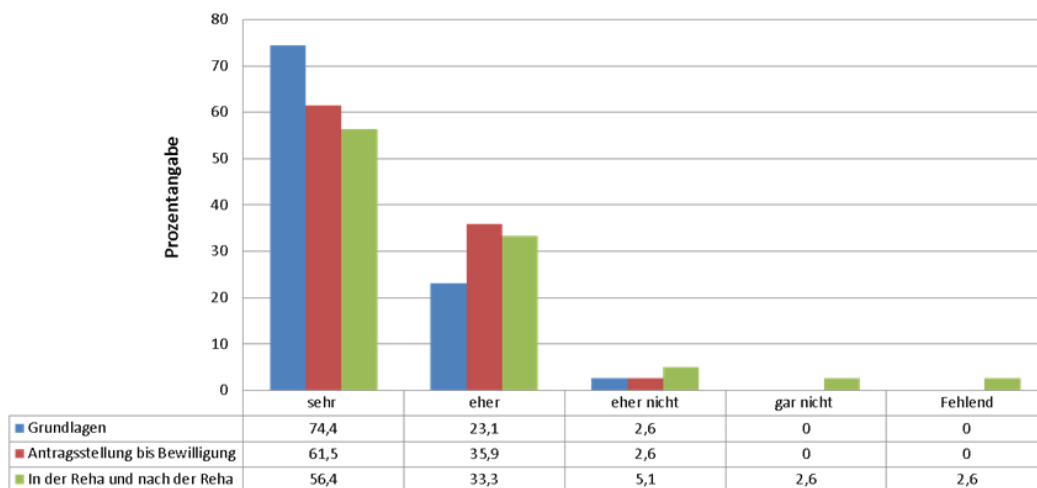


Abb. 19: Detaillierte Aufschlüsselung der Zufriedenheit mit Teilbereichen der Schulung

Insgesamt wurde die Schulung sehr positiv aufgenommen. Etwas mehr als jeder Dritte war sehr zufrieden mit der angebotenen Schulung und knapp die Hälfte gut zufrieden. Weniger zufrieden waren nur etwas über 5% der Teilnehmer, niemand war grundlegend unzufrieden.

Zufriedenheit mit der Schulung insgesamt

n=38

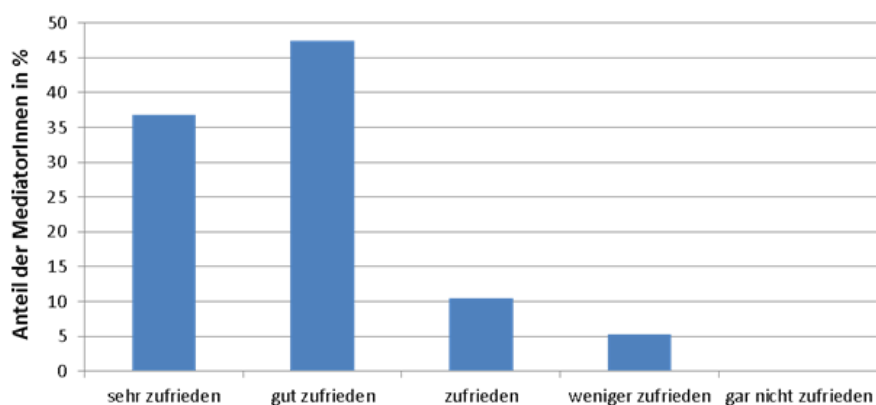


Abb. 20: Zusammenfassende Bewertung der Mediatorenschulung

4.2.2 Evaluation der Fortbildung für Reha-(fach)beraterInnen

Es gingen 14 Evaluationsbögen der Reha-(fach)beraterInnen in die folgende Evaluation ein. Es zeigte sich, dass der größte Teil der TeilnehmerInnen die eigene interkulturelle Kompetenz als eher gering einschätzte. Keine/r der TeilnehmerInnen attestierte sich selbst umfangreiche interkulturelle Kenntnisse.

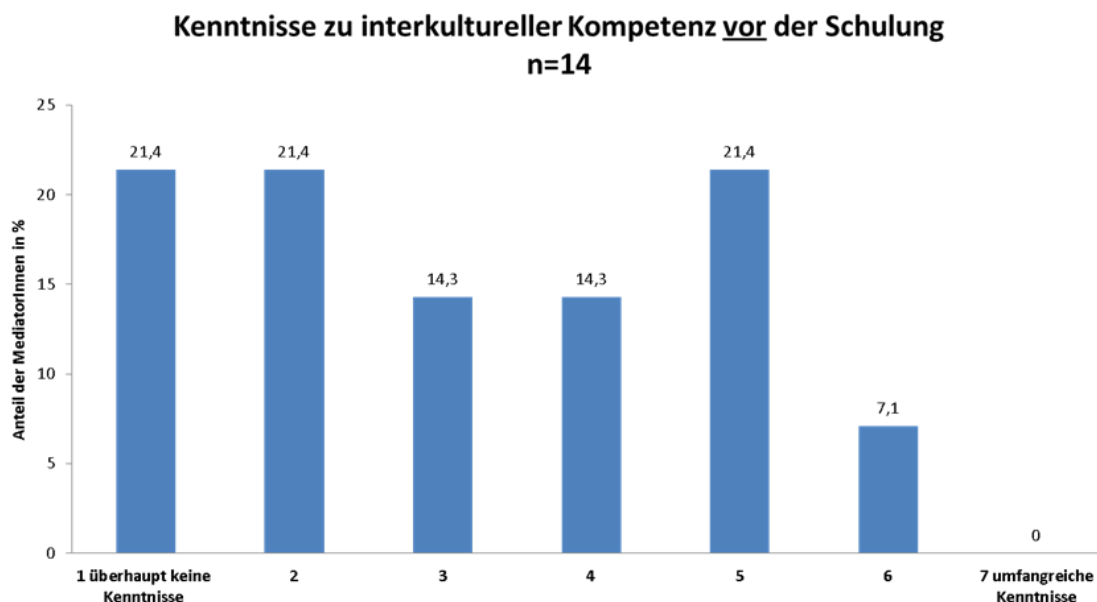


Abb. 21 Subjektiver Kenntnisstand der TeilnehmerInnen vor der Schulung

Die schriftlichen Arbeitsmaterialien, insbesondere der Praxisleitfaden, wurden als besonders hilfreich bewertet. Nahezu alle Fachkräfte empfanden die Materialien als sehr hilfreich (s. Abb. 23).

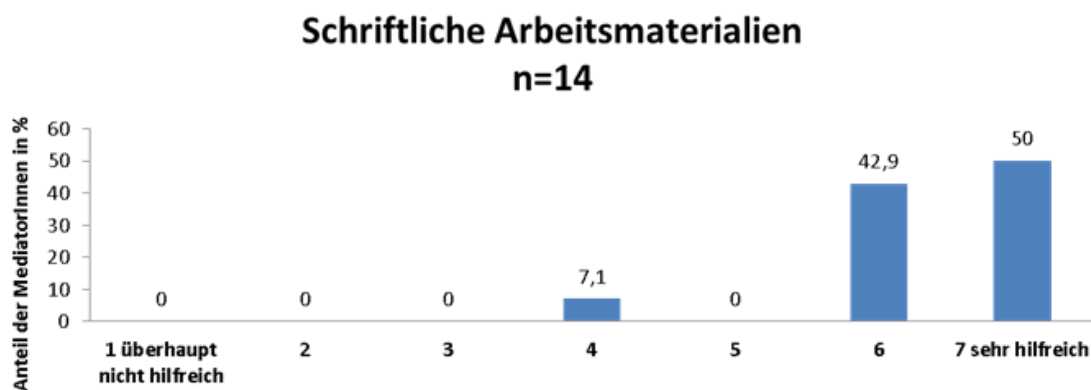


Abb. 22: Bewertung der schriftlichen Arbeitsmaterialien

Die Bewertung des Nutzens für die praktische Arbeit fiel heterogener aus (s. Abb. 24). Zwar bewerteten einige der TeilnehmerInnen die Schulung als bereichernd, doch die Mehrheit der Teilnehmer sah nur wenig oder mäßigen Nutzen in der Schulung selbst. Gemäß den

Fachkräften müsse die Fortbildung noch stärker an der praktischen Tätigkeit der Reha-(fach)beraterInnen ausgelegt werden und mit noch mehr praktischen Beispielen gearbeitet werden.

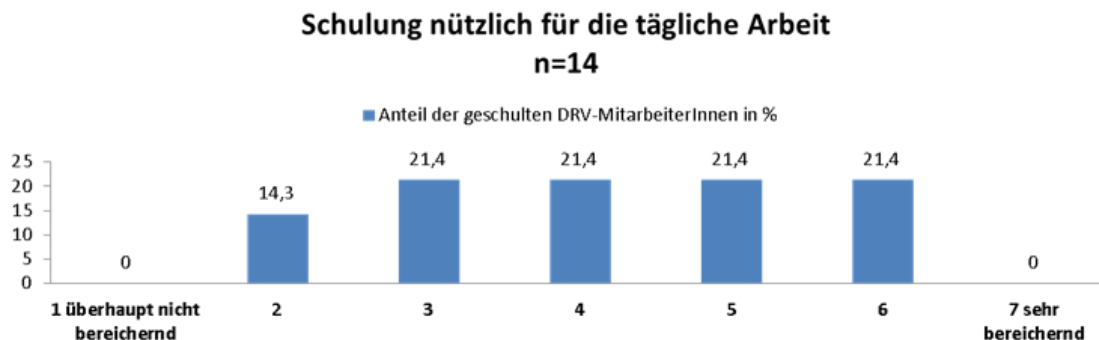


Abb. 23: Bewertung des Nutzens für die Praxis

Ebenso heterogen, jedoch insgesamt positiver, wurde die Schulung als Ganzes bewertet. Ein Teil der Fachkräfte war mit der Schulung zufrieden und ein anderer weniger zufrieden. Hilfreich könnte hier sein, dass bei künftigen Vorhaben dieser Art im Vorfeld eine stärkere Abstimmung zwischen Reha-(fach)beraterInnen, Leistungsträgern und Schulungsteam anzustreben ist. So könnte die Passung und Zufriedenheit der Teilnehmer noch mehr erhöht und damit die Qualität der Schulung angehoben werden.

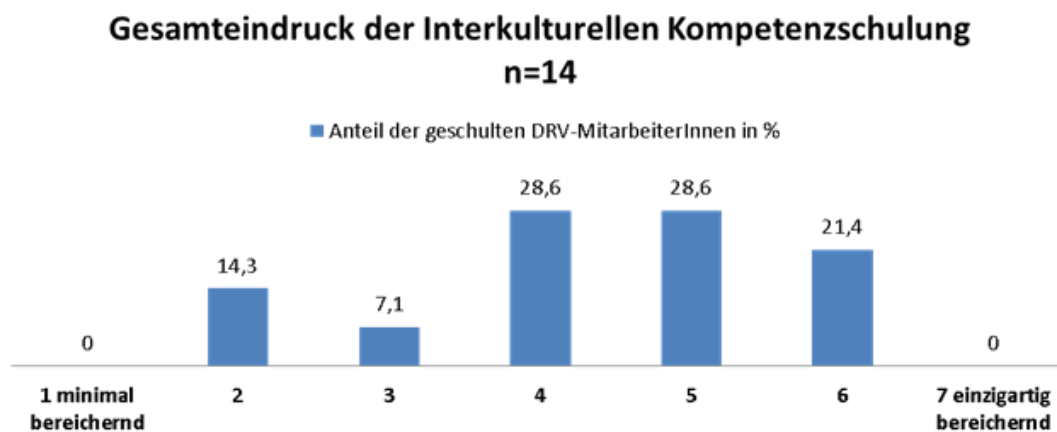


Abb. 24: Gesamtbewertung der interkulturellen Kompetenzschulung

Auf die offene Frage „Was nehmen Sie mit in Ihre Arbeitspraxis?“ fanden sich Antworten, wie beispielsweise:

- Alle Menschen sind gleich sowie mehr Toleranz, Verständnis, Wertschätzung
- Bewußtwerdung der eigenen Kultur/ Werte, da dies auch Teil der interkulturellen Kompetenz ist
- Lust die Materialien zu lesen und die Gesetzesgrundlagen der "Einwanderung" besser kennenlernen
- Menschlichkeit und Empathie als wichtige Grundlagen in der Beratung

In einer weiteren offenen Frage wurden die Reha-(fach)beraterInnen nach Optimierungsvorschlägen für die Schulung gefragt. Es wurde eine noch stärker partizipativ orientierte Moderation gewünscht, sowie ein genauerer Zuschnitt auf die praktische Beratertätigkeit vor Ort.

4.2.3 Evaluation der Informationsveranstaltung

Beschreibung der Stichprobe

Es konnten insgesamt die Angaben von 1371 TeilnehmerInnen in den folgenden folgenden Analysen berücksichtigt werden. An den Informationsveranstaltungen nahmen 1462 MigrantInnen teil, 91 Teilnehmer mussten jedoch wegen einer Quote von 30% oder mehr fehlender Antworten aus den Analysen ausgeschlossen werden.

Die TeilnehmerInnen wiesen ein medianes Alter von 46 Jahren (Range 15-81) auf und der Frauenanteil betrug 72,1%. Etwa die Hälfte der TeilnehmerInnen schätzten ihre Deutschkenntnisse als gut oder sehr gut ein. Die folgende Tabelle (Tab. 14) gibt einen Überblick über zentrale Merkmale der Stichprobe. Nur ein geringer Teil wies Ausschlusskriterien für die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung wie einen Status als Asylbewerber oder den Bezug von Altersrente auf.

Tab. 14: Stichprobenbeschreibung

Merkmal	Relativer Anteil in %
Frauen	72,1
Verheiratet	61,9
Deutschkenntnisse: gut oder sehr gut	44
Berufsausbildung	
keine Ausbildung	27,7
Studium	38,6
Promotion oder Professur	28,5
andere	0,7
Derzeitiger Erwerbsstatus	
erwerbstätig	43,7
Mutterschutz / Elternzeit	2,8
Freiwilliges Jahr	0,7
Krankgeschrieben	2,6
Ausbildung / Studium	6,3
Schüler	3,5
Asylbewerber	1,5
Arbeitslos	14
Hausfrau/-mann	13,6
Altersrente	8,2
Erwerbsminderungsrente	3,6

Zugangswege

Es zeigte sich, dass mit großem Abstand die meisten TeilnehmerInnen durch Freunde oder Bekannte auf das Angebot aufmerksam gemacht wurden ($n=1078$, s. Abb. 26). Andere Zugangswege erreichten auch einige MigrantInnen, waren aber vergleichsweise vernachlässigbar. Dieses Ergebnis unterstreicht die Bedeutsamkeit der Peergroup für die Arbeit mit in Deutschland lebenden MigrantInnen.

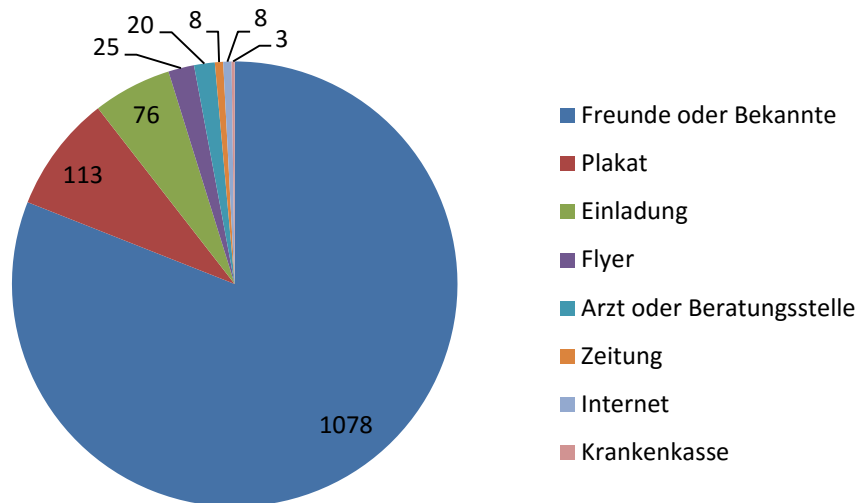


Abb. 25: Berichtete Zugangswege oder Informationsquellen zur Veranstaltung

Hinsichtlich rehabilitationsnaher Kriterien zeigte sich, dass, vor der Info-Veranstaltung gefragt, 33,8% eine negative subjektive Erwerbsprognose haben und 36,2% einen subjektiven Rehabilitationsbedarf sehen, aber nur 27,4% einen Antrag auf medizinische Rehabilitation stellen wollen. Als Ziele der Rehabilitation wurden auf einer 5-stufigen Likertskala vorrangig die Gesundheit ($M\ 4,25$; $SD\ 0,965$) und Erholung ($M\ 3,6$; $SD\ 1,321$) angesehen, die Vermeidung einer frühzeitigen Berentung wurde eher weniger als Ziel gesehen ($M\ 3,31$; $SD\ 1,43$).

Die Teilnehmer berichteten über eine Vielzahl von erlebten Zugangsbarrieren zur Rehabilitation (s. Tab. 16). Insbesondere Wissensdefizite hinsichtlich rechtlicher Ansprüche und dem Antragsverfahren waren relevante Barrieren. Sprachprobleme erwiesen sich für einen großen Teil der Befragten als ebenfalls wichtig, waren aber nicht so dominant wie erstgenannte Probleme. Ein nicht unerheblicher Anteil befürchtete auch Konsequenzen wie Arbeitsplatz- und Rentenverlust sowie Abschiebung.

Tab. 15: Subjektiv wahrgenommene Zugangsbarrieren vor und nach der Informationsveranstaltung

Barrieren	Vorhanden in %		
	vorher	nachher	Differenz
Informationsdefizit: Reha-Anrecht	68,3	15,9	-52,4
Informationsdefizit: Antragsstellung	66,4	17,6	-48,8
Keine Hilfe bei der Antragsstellung	54,1	11,8	-42,3
Verpflichtungen zu Hause	49,8	29,2	-20,6
Sprachprobleme: Antrag verstehen und ausfüllen	46,7	14,4	-32,3
Sprachprobleme: Verständigung in der Reha	40	16,8	-23,2
Religiöse und kulturelle Pflichten und Gewohnheiten	39,1	15,9	-23,2
Angst vor Diskriminierung	37,6	14,9	-22,7
Sprachprobleme: Anschluss an andere Patienten	35,9	20,4	-15,5
Sorge Arbeit zu verlieren	35,2	20,9	-14,3
Angst vor negativer Auswirkung auf beruflichen Weg	35	12,9	-22,1
Angst um Partnerschaft oder Familienleben	34,1	13,9	-20,2
Angst den Arzt anzusprechen	31,8	13,5	-18,3
Angst vor Rentenverlust	28,9	12,7	-16,2
Ablehnung durch die Familie	28,2	6,1	-22,1
Angst vor Abschiebung	17,6	6,6	-11

Veränderungen vor und nach der Informationsveranstaltung

Nach der Veranstaltung zeigte sich ein deutlicher Rückgang der subjektiv wahrgenommenen Zugangsbarrieren. Insbesondere Informationsdefizite, aber auch die „Mythen“ wie Arbeitsplatzverlust oder Abschiebung konnten substantiell verringert werden. Es bestehen jedoch weiterhin bei ca. jeder 3. Person Schwierigkeiten mit dem im Antragsformular gebräuchlichen „Amtsdeutsch“.

Eine Hauptfaktorenanalyse mit anschließender Obliminrotation legt nahe, dass die Barrieren zu einem Wert zusammengefasst werden können. Es ergab sich ein dominierender erster Faktor und auch der Screeplot war höchst indikativ für eine Einfaktorenlösung.

Ein t-Test für abhängige Stichproben zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den Messzeitpunkten ($t=30,177$; $p\leq 0,001$). Im Schnitt lagen 6,5 Barrieren vor und 2,4 Barrieren nach der Informationsveranstaltung vor. Die ermittelte Reduktion der subjektiv wahrgenommenen Barrieren entspricht einem großen Effekt (Cohen's $d = 1,03$). Gemessen an der Standardabweichung zum ersten Messzeitpunkt ist dieser Effekt einem Abbau von 4-5 Barrieren gleichzusetzen.

Die folgende Abbildung 26 zeigt die Entwicklung von Antragsintention und subjektivem Reha-Bedarf vor und nach der Veranstaltung. Es zeigte sich, dass der wahrgenommene Bedarf nicht substantiell stieg, jedoch die Intention zur Antragsstellung (Odds Ratio 1,68; 99% CI 1,36 - 2,09). Nach der Veranstaltung bestand nahezu Deckungsgleichheit zwischen Intention und Bedarf.

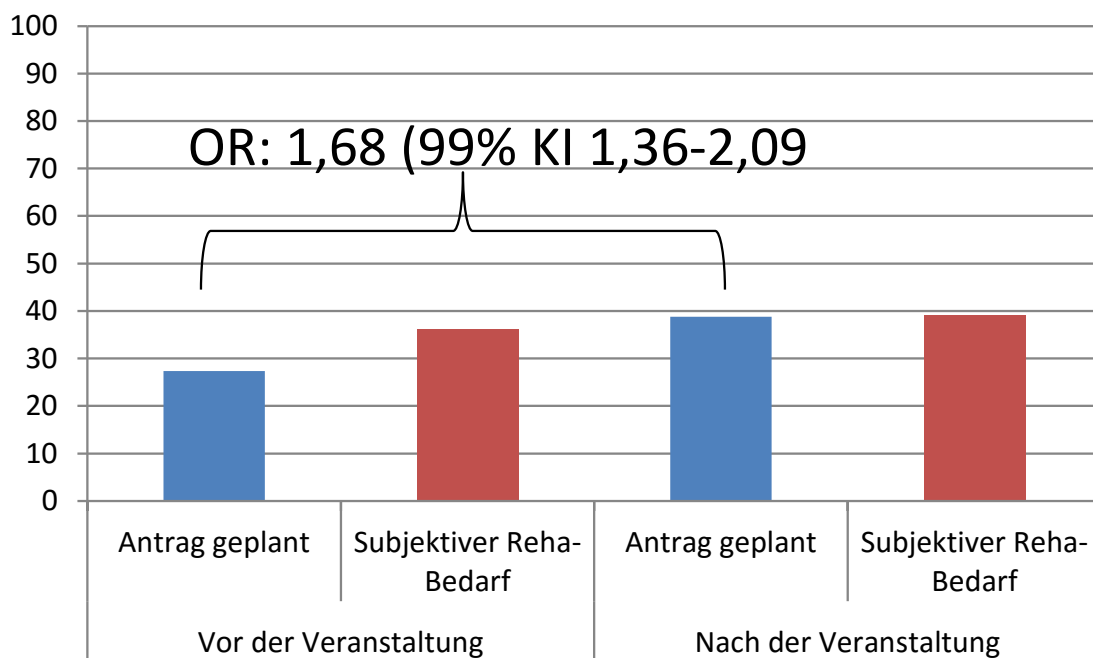


Abb. 26 Relative Anteile von Antragsintention und subjektivem Reha-Bedarf vor und nach der Veranstaltung

Weiterhin besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen einer negativen subjektiven Erwerbsprognose und einer Antragsintention (Odds Ratio 5,29; 99% CI 3,69 – 7,57), d.h. bei TeilnehmerInnen mit subjektiv schlechter Erwerbsprognose war eine Antragsintention mehr als 5-mal so wahrscheinlich wie bei TeilnehmerInnen mit guter Prognose. Dieser Effekt

blieb auch nach Adjustierung für Alter, Geschlecht, Erwerbstatus, Berufsabschluss und initialer Antragsintention bestehen, wenngleich auch etwas abgeschwächt (Odds Ratio 3,06; 95% CI 2,13 - 4,39). In der folgenden Tabelle 18 ist das multivariate Modell mit Effektschätzern und Konfidenzintervallen abgebildet.

Tab. 16: Logistisches Regressionsmodell zur Analyse des Einflusses der subjektiven Erwerbsprognose auf die Antragsintention

Einflussvariable	B	SE	p ≤	OR	95% Konfidenzintervall	
					von	bis
Antragsintention zu t1	2,138	0,200	.001	8,485	5,731	12,562
Ungünstige Erwerbsprognose	1,117	0,185	.001	3,057	2,128	4,392
Berufsabschluss*						
Ausbildung	0,312	0,220	.156	1,366	0,887	2,102
Studium	0,201	0,238	.400	1,222	0,766	1,950
andere	0,613	0,404	.129	1,847	0,837	4,074
Derzeit erwerbstätig	0,401	0,169	.018	1,493	1,072	2,079
Weibliches Geschlecht	0,493	0,198	.013	1,637	1,110	2,413
Alter	0,011	0,006	.08	1,011	0,999	1,024

*Referenzkategorie: Kein Berufsabschluss

Zufriedenheit mit der Veranstaltung

Insgesamt zeigten sich die TeilnehmerInnen sehr zufrieden mit der Informationsveranstaltung. Ungefähr 90% gaben über alle abgefragten Bereiche eine hohe oder sehr hohe Zufriedenheit an. Ebenso würden 90% der TeilnehmerInnen die Veranstaltung weiterempfehlen. In den folgenden Abbildungen 27-34 wird die Zufriedenheit mit Teilbereichen der Veranstaltungen, sowie die allgemeine Zufriedenheit dargestellt. Es kam eine 7-stufige Likertskala zum Einsatz, wobei 1 als „sehr schlecht“ und 7 als „sehr gut“ deklariert war. In keinem der abgefragten Bereiche zeigten sich klare Defizite. Jedoch könnten die Veranstaltungen noch etwas interaktiver mit mehr Möglichkeiten zu Nachfragen und Diskussion gestaltet werden.

Organisation

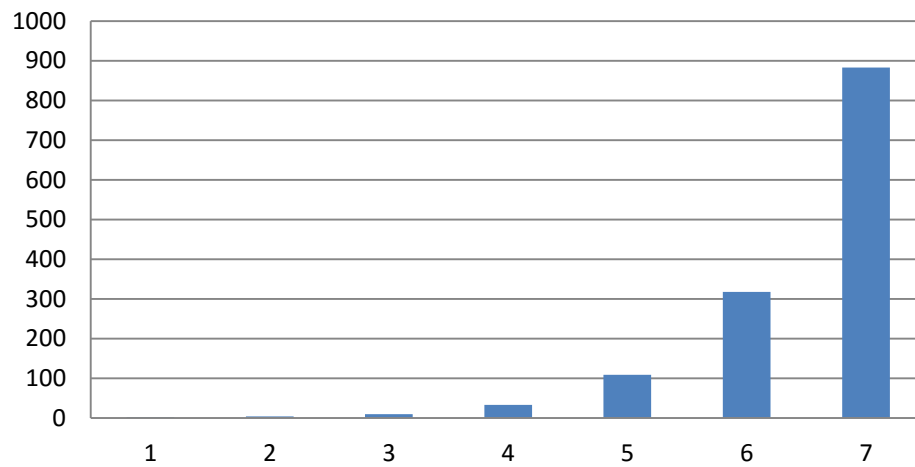


Abb. 27: Zufriedenheit mit der Organisation der Veranstaltung

Kenntnisse des Mediators

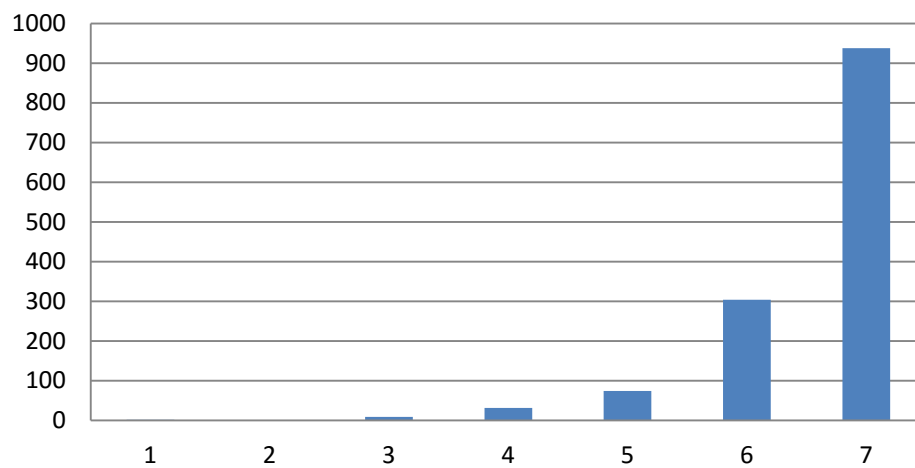


Abb. 28: Zufriedenheit mit den Kenntnissen des/der MediatorIn

Didaktik des Mediators

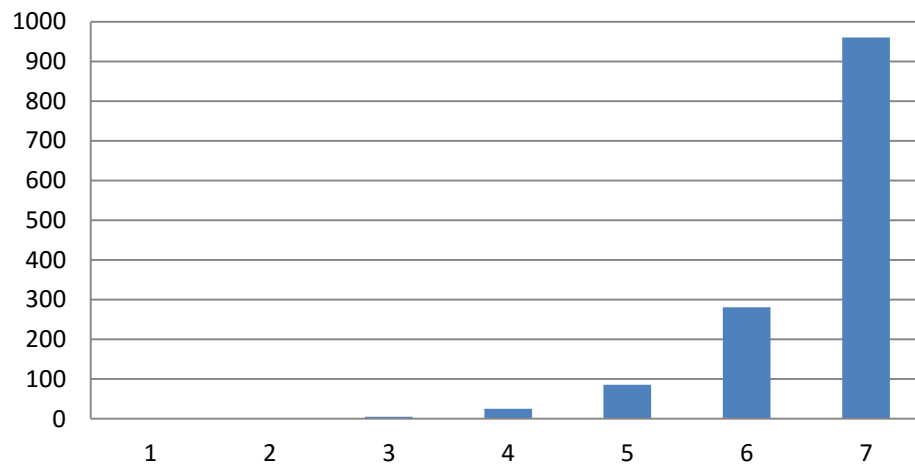


Abb. 29: Zufriedenheit mit der Didaktik des/der MediatorIn

Inhalt der Veranstaltung

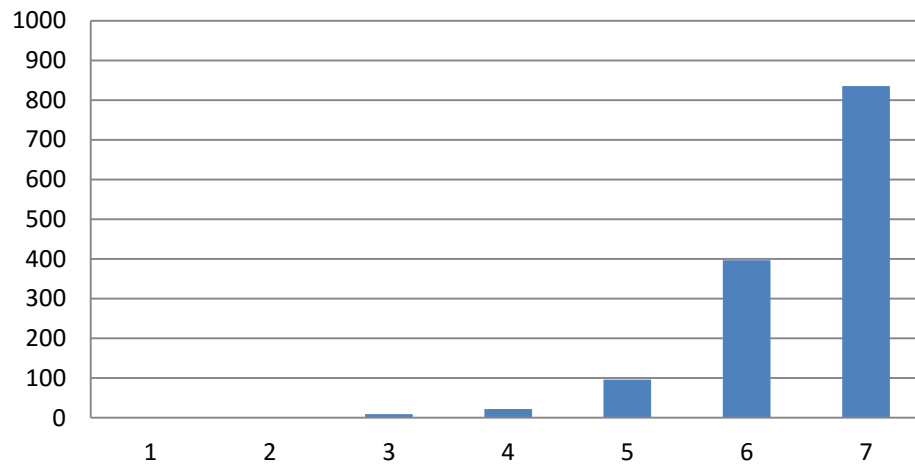


Abb. 30: Zufriedenheit mit den Inhalten der Schulung

Eingesetzte Materialien

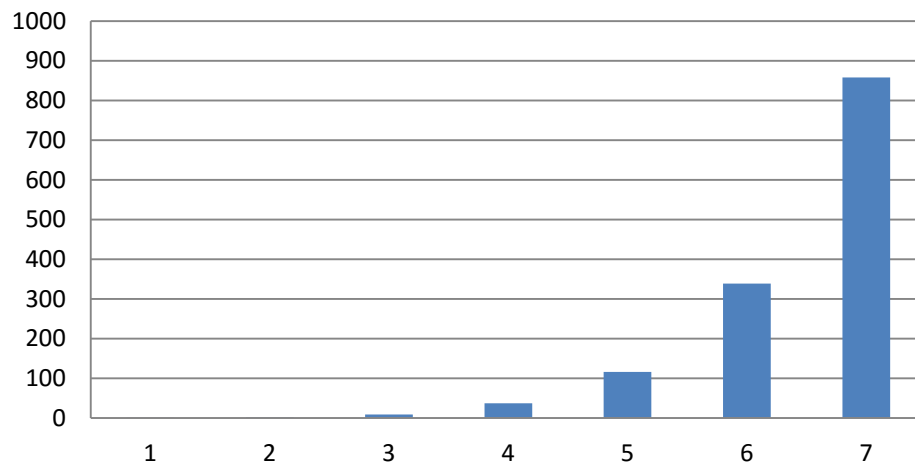


Abb. 31: Zufriedenheit mit den verwendeten Lehrmaterialien

Interaktivität

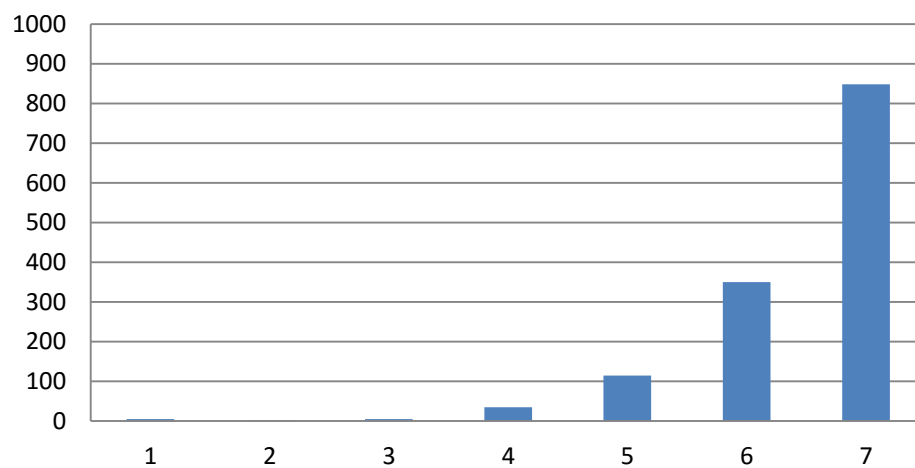


Abb. 32: Zufriedenheit mit der Möglichkeit zur Interaktion

Erfüllung der Erwartungen

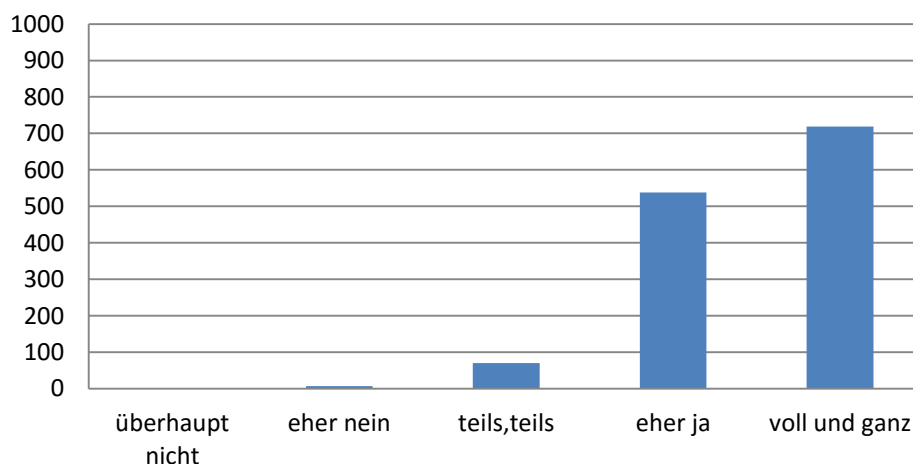


Abb. 33: Zufriedenheit hinsichtlich der Erfüllung der eigenen Erwartungen

Zufriedenheit insgesamt

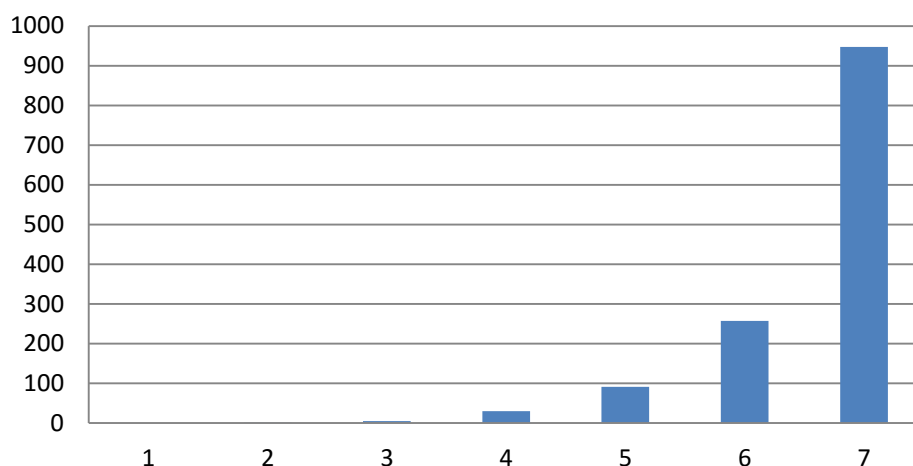


Abb. 34: Zufriedenheit mit der Veranstaltung insgesamt

In den Freitextantworten zu besonderen Stärken und Schwächen der Veranstaltung wurden die umfassenden Informationen, die angenehme Atmosphäre und die Nutzung der Muttersprache als größte Vorteile eingeschätzt. Kritik gab es insbesondere an der Länge des eingesetzten Fragebogens, aber auch am Umfang des Themas. Einige TeilnehmerInnen regten an, den Inhalt auf mehrere Termine zu verteilen.

Die Ergebnisse der begleitenden Auswertungen (Fokusgruppen, Interviews, Befragungen in den Schulungen und Kampagnen) zeigten ein sehr breites Spektrum an Zugangsbarrieren, Wissen, Vorstellungen/Einstellungen und Erwartungen bzgl. der Reha sowie Bewertungen des Projekts seitens verschiedener Gruppen (MigrantInnen, ExpertInnen, Reha-

(fach)beraterInnen). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für MigrantInnen Zugangsbarrieren zur medizinischen Rehabilitation existieren, die sich aus verschiedenen Faktoren zusammensetzen. Insgesamt wurde das Informationsangebot gut bewertet. Es scheint einige dieser Hürden abzubauen.

5. Diskussion und Ausblick

Die vorliegende Arbeit präsentiert die Entwicklung, Implementierung und Ergebnisse der Evaluation eines vielseitigen Informationsangebotes zum Thema „medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung“. Es wurden Schulungen für Reha-(fach)beraterInnen, MediatorInnen und Menschen mit Migrationshintergrund konzipiert, durchgeführt und evaluiert. Dazu wurden mehrsprachige Begleitmaterialien erstellt, die mittlerweile in zahlreichen Sprachen verfügbar sind. Darüber hinaus wurde ein erklärendes Begleitheft für den Antrag G100 entwickelt und veröffentlicht.

Durch die qualitativen und quantitativen Untersuchungen konnten verschiedene Zugangsbarrieren identifiziert werden. In einer breit gemischten, jedoch rehabilitationsrelevanten, Population von Menschen mit Migrationshintergrund fanden sich Barrieren sowohl auf Seiten der individuellen Personen, als auch des Systems, sie waren teils migrationsspezifisch und teils auch für die Allgemeinbevölkerung gültig. Durch die Intersektion verschiedener Ungleichheitskategorien und deren Wechselwirkungen konnten Barrierenkomplexe (wie z.B. Sprache) identifiziert werden. Dabei ist besonders zu beachten, dass auch Menschen mit Migrationshintergrund keine homogene Gruppe sind. Durch die Aufzeigung dieser Wechselwirkung konnte der Gefahr ethnisierender und kulturalisierender Aussagen entgegengewirkt werden. Am Beispiel Sprache zeigte sich sehr gut, wie sehr die oft bürokratischen Prozesse im Antragsverfahren zur medizinischen Rehabilitation auch Zugangsbarrieren für Deutschstämmige darstellen können.

Speziell geschulte MediatorInnen aus den jeweiligen Kulturkreisen halfen durch muttersprachliche Informationsveranstaltungen, einen Teil dieser Barrieren abzubauen. Im Schnitt berichteten die TeilnehmerInnen nach den Informationsveranstaltungen vier bis fünf subjektiv wahrgenommenen Zugangsbarrieren weniger als vor der Veranstaltung. Im gleichen Zug wurde gezielt bei Personen mit schlechter subjektiver Erwerbsprognose die Antragsmotivation erhöht, ohne insgesamt einen höheren subjektiven Reha-Bedarf zu wecken. Es darf somit begründet mutgemaßt werden, dass das Angebot sehr zielgerichtet Informationen vermittelt ohne ungerechtfertigte Bedarfe zu wecken.

Darüber hinaus wurden Fachkräfte in der Reha-Beratung hinsichtlich interkultureller Kompetenzen geschult, um auch auf Systemebene Zugangsbarrieren abzubauen. Dieser Ansatz ist vielversprechend, es zeigte sich jedoch noch Optimierungsbedarf in der Durchführung.

5.1 Methodik

Aus methodischer Sicht sind insbesondere zwei Punkte zu diskutieren. Der erste betrifft das Studiendesign der quantitativen Evaluation der Informationsveranstaltungen. Aufgrund des Ein-Gruppen prä-post Designs kann der starke Effekt nicht zweifelsfrei auf die Informationsveranstaltung zurückgeführt werden. Dazu wäre eine randomisiert kontrollierte Studie nötig gewesen. Ein solches Design hätte jedoch dem Ansatz widersprochen, möglichst breitflächig zu informieren und dadurch möglicherweise subjektiv wahrgenommene Zugangsbarrieren abzubauen. Ebenso müsste ein solches Studiendesign cluster-randomisiert über verschiedene Standpunkte durchgeführt werden. Die starke Vernetzung innerhalb der Communities innerhalb der Städte wäre sonst zur Gefahr für die interne Validität geworden. Der zweite Kritikpunkt bezieht sich auf die Wahl des Outcomes. Es wurde nicht die faktische Antragsstellung oder -bewilligung analysiert, sondern die Intention dazu vor und nach der Informationsveranstaltung. Aus der Verhaltensforschung und Gesundheitspsychologie ist seit langem bekannt, dass Intention und Verhalten nicht unbedingt deckungsgleich sind. Diese als „intention-behaviour gap“ bezeichnete Diskrepanz bezifferten beispielsweise Rhodes und Bruijn (2013) in einer Metaanalyse für den Bereich Bewegung auf 46%. Im Rahmen einer Projektbeiratssitzung wurde berichtet, dass die DRV Bremen-Oldenburg anhand der Nachnamen ausgewertet hat, ob sich eine Steigerung der Antragszahlen beobachten ließ. Es ließ sich jedoch kein klarer Trend erkennen. Während türkische Nachnamen gut identifizierbar sind (Razum et al 2001), sind die Nachnamen von Spätaussiedlern aus Russland jedoch meist nicht eindeutig erkennbar. Es gibt keinen methodischen Goldstandard zur Identifikation von MigrantInnen (Reiss et al 2013) anhand des Namens. Gleichzeitig ist aber auch anzumerken, dass vergleichbar „harte“ Outcomes wie faktische Antragsstellung und -bewilligung auch Nachteile mit sich ziehen. Zum einen war es nicht die Intention des Projektes, schlagartig Menschen mit Migrationshintergrund in die medizinische Rehabilitation zu bringen. Ziel war es, durch kultursensible Wissensvermittlung Zugangsbarrieren abzubauen und den Menschen das Wissen an die Hand zu geben, das sie brauchen um für sich und Angehörige das gut ausgebaute Rehabilitationssystem in Deutschland nutzen zu können. Zum anderen stellt sich die Frage der Wirksamkeit. Bedarfe entstehen eventuell erst in der Zukunft oder auch nicht persönlich, sondern bei Angehörigen der TeilnehmerInnen.

Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass Menschen mit Migrationshintergrund traditionell als schwer erreichbare Zielgruppe gelten. In diesem Projekt ist es jedoch gelungen, möglicherweise aufgrund des gewählten kultursensiblen Ansatzes, des muttersprachlichen Angebotes und dem Bezug zur Peergroup, sehr viele Menschen zu erreichen.

5.2 Bezug zu übergeordneten Fragestellungen des Förderschwerpunktes

Im Förderschwerpunkt „Wege in die medizinische Rehabilitation“ wurden Forschungsvorhaben gefördert, die Fragen aus vier Bereichen beantworten sollten:

1. Bedarf und Zugang zur medizinischen Rehabilitation
2. Zugang zur medizinischen Rehabilitation über Betriebs-/ Werksärzte und niedergelassene Ärzte
3. Entwicklungen bei der Anschlussrehabilitation
4. Informationen zur Vorbereitung auf die medizinische Rehabilitation

MiMi-Reha hat einen klaren Bezug zu allen Bereichen, bis auf das Thema „Entwicklungen der Anschlussrehabilitation“:

Bedarf und Zugang zur medizinischen Rehabilitation

Im Rahmen des Projektes wurde der subjektive Bedarf an medizinischer Rehabilitation bei einer großen Stichprobe von Menschen mit Migrationshintergrund ermittelt und mit Antragsintention sowie relevanten Kriterien, wie z.B. der subjektiven Erwerbsprognose in Bezug gesetzt. Dabei zeigte sich, dass nahezu Deckungsgleichheit zwischen Antragsintention und subjektivem Bedarf nach der Informationsveranstaltung herrschte. Insbesondere MigrantInnen mit schlechter subjektiver Erwerbsprognose wollten nach der Veranstaltung einen Antrag stellen.

Zugang zur medizinischen Rehabilitation über Betriebs-/ Werksärzte und niedergelassene Ärzte

Eine der im Projekt ermittelten Zugangsbarrieren zur medizinischen Rehabilitation bestand in der oft gering ausgeprägten Kenntnis über Rehabilitation bei niedergelassenen Ärzten. Die entwickelten schriftlichen Materialien werden mittlerweile auch gehäuft von Ärzten der ambulanten Versorgung angefragt, damit sie ihre PatientInnen besser informieren können.

Informationen zur Vorbereitung auf die medizinische Rehabilitation

Dieser Punkt berührt den Kernaspekt des Projektes. Die in der Ausschreibung gestellten Fragen „Was ist Rehabilitation? Wozu ist sie gut? Ist sie für mich sinnvoll? Wie kann ich sie

beantragen?“ sollten den TeilnehmerInnen mittels eines innovativen Ansatzes (MiMI-Kampagnentechnologie) beantwortet werden. Die große Zahl der Teilnehmer und der häufig geäußerte Wunsch nach weiteren Veranstaltungen ist ein Indiz dafür, dass die Informationsweitergabe durch speziell geschulte MediatorInnen aus dem jeweiligen Kulturkreis ein gewinnbringender Ansatz ist.

5.3 Gesundheitsökonomische Relevanz der Ergebnisse

Die medizinische Rehabilitation der DRV trägt dazu bei, die Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung trotz gesundheitlicher Einschränkungen zu erhalten. Die Prognos AG (2011) errechnete in einer Studie, dass Rehabilitation dazu beiträgt, jährlich über 150.000 Menschen vor dem frühzeitigen Austritt aus dem Arbeitsleben zu bewahren.

Um das Potenzial der medizinischen Rehabilitation voll auszuschöpfen, müssen jedoch Anstrengungen unternommen werden, bislang unterrepräsentierte Zielgruppen in Rehabilitationsmaßnahmen zu vermitteln. Das Projekt kann durch den Abbau von Zugangsbarrieren auf verschiedenen Ebenen dazu beitragen, dass rehabilitativ bislang unterversorgte Menschen mit Migrationshintergrund angemessene Versorgung erhalten.

Gesundheitsökonomische Analysen der rehabilitativen Versorgung von MigrantInnen stellen schon allein aufgrund des Bevölkerungsanteils von 21% ein wichtiges Zukunftsthema dar.

5.4 Relevanz und Nutzen für die Versorgungspraxis

Im Rahmen des Projektes wurden folgende schriftliche Materialien entwickelt:

- Migrantenwegweiser Reha (in mittlerweile acht Sprachen)
- Mediatorenwegweiser Reha (deutsch; bald auch auf türkisch)
- Praxisleitfaden Reha (deutsch; für Reha-(fach)beraterInnen)
- Ausfüllhilfe für den Rehabilitationsantrag „G100“ (deutsch)

Ein Teil der in den qualitativen und quantitativen Untersuchungen ermittelten Zugangsbarrieren lassen sich gezielt durch verständliche Informationen abbauen. Niedergelassene Ärzte und/oder Fachkräfte in den gemeinsamen Servicestellen können diese Schriften kostenfrei beziehen, um sich einerseits selber fortzubilden oder aber um sie ihren PatientInnen oder KlientInnen mitzugeben. Von multilingualen Ärzten kam bereits die Rückmeldung, dass insbesondere der Migrantenwegweiser in den verschiedenen Sprachen sehr hilfreich sei um in der jeweiligen Landessprache die teilweise sehr komplexen Sachverhalte anschaulich vermitteln zu können.

MigrantInnen bedeuten auch eine Herausforderung für die Rehabilitationseinrichtungen. Es gibt Hinweise darauf, dass Menschen mit türkischem Migrationshintergrund schlechtere

Rehabilitationserfolge haben (Brause et al 2012, Zollmann et al 2016), jedoch auch dahingehend dass schichtbezogene Faktoren evtl. stärker als der Migrationshintergrund wirken (Kobelt et al 2013). Sollten zunehmend Menschen mit Migrationshintergrund Rehabilitationsmaßnahmen antreten, müssen neue Konzepte entwickelt und interkulturelle Kompetenzen aufgebaut werden. Sicherlich wird das nicht von jeder Rehabilitationseinrichtung leistbar sein, so dass eine systematische Sammlung von entsprechend geeigneten Einrichtungen aufgebaut werden muss. Menschen mit Migrationshintergrund mit entsprechendem Bedarf (z.B. aufgrund sprachlicher Defizite) könnten an dieser Stelle ihr Wunsch- und Wahlrecht (§9 SGB IX) geltend machen oder von den Leistungsträgern direkt zugewiesen werden. Ein Erkenntnisgewinn des Projektes war es, dass die Communities stark miteinander vernetzt sind und die Menschen sich intensiv miteinander über viele Themen austauschen. Positive Erfahrungen mit Rehabilitationsmaßnahmen können so ein gutes Bild der Rehabilitation fördern, negative jedoch auch weitere Barrieren aufbauen.

5.5 Überlegungen und Vorbereitungen zur Umsetzung der Ergebnisse (Praxistransfer)

Es wurden bereits Schritte eingeleitet, um die Nachhaltigkeit des Projektes zu fördern. Die entwickelten schriftlichen Materialien sind im Internet auf www.mimi-bestellportal.de kostenfrei verfügbar. Die schon unter Punkt 5.4 aufgeführten Materialien sind in mehr Sprachen realisiert worden, als ursprünglich angedacht war und sie werden vielfach auch von niedergelassenen Ärzten angefragt, um sich selber für das Thema Rehabilitation fortzubilden. Die Informationsmaterialien könnten künftig über die Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung verbreitet werden, sowie in Zusammenarbeit mit den beiden Institutionen Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt werden.

Darüber hinaus wäre es wünschenswert, auch in Zukunft MiMi-Informationsveranstaltung zum Thema medizinische Rehabilitation durchzuführen – insbesondere in Regionen, in denen bisher keine Veranstaltungen stattgefunden haben wie beispielsweise Bayern oder Berlin. In Bayern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, NRW, Hessen, Sachsen, Berlin-Brandenburg und Baden-Württemberg bestehen bereits MiMi-Standorte mit denen sehr gute Erfahrungen gemacht wurden und Berlin hat einen besonders hohen Migrationsanteil in der Bevölkerung. Dafür könnte man auch den Vorschlag aus der Experten Fokusgruppe aufgreifen und einen Menschen mit Migrationshintergrund und kürzlich durchlaufener Rehabilitation in die Veranstaltung integrieren. Ebenso ist es denkbar, die Schulung für die Reha(fach)beratung anhand der Erfahrungen aus dem Projekt zu optimieren und bundesweit anzubieten. So könnte man beispielsweise das Schulungsangebot der DRV Bund zur interkulturellen Kompetenz auf mögliche Ergänzungspunkte analysieren, bzw. migrationsspezifische Angebote schaffen.

5.6 Limitationen

Auf Grund der schon erwähnten methodischen Einschränkungen kann nicht zweifelsfrei von einem positiven Effekt des Informationsangebots auf Antragsstellung und -bewilligung ausgegangen werden. Die Stärke, Konstanz und Eindeutigkeit der Effekte, sowie die guten Bewertungen liefern jedoch deutliche Hinweise auf die Wirksamkeit des Projektes.

Inhaltlich kann man argumentieren, dass die Leistungsträger und -erbringer noch stärker hätten einbezogen werden können. Das Informationsangebot richtete sich vor allem an MigrantInnen, bzw. an Betroffene.

Im Rahmen des Projektes konnte nicht auf die besonderen Anforderungen, die sich für Rehabilitationseinrichtungen ergeben eingegangen werden. Auf Grund der schon berichteten Schwierigkeiten, insbesondere türkischstämmiger, MigrantInnen in der Rehabilitation (vgl. Zollmann et al 2016) besteht hier noch deutlicher Forschungs- und Entwicklungsbedarf. Interessant wäre es auch, die Rehabilitationserfahrungen von MigrantInnen in größerem Umfang und in verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen systematisch zu erheben und dementsprechende Optimierungspotentiale abzuleiten. Ein ähnliches Projekt, „Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund und Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung in der medizinischen Rehabilitation – unter besonderer Betrachtung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund (VeReMi)“ steht derzeit kurz vor Abschluss.

Darüber hinaus gilt es, weitere Leistungsträger miteinzubeziehen. Für die Rehabilitation sind außer der Deutschen Rentenversicherung auch noch andere Kostenträger verantwortlich, so dass es ratsam erscheint, weitere Träger wie die gesetzliche Krankenversicherung und/oder Unfallversicherung mit einzubeziehen.

5.7 Ausblick

Die im Projektverlauf generierten Erkenntnisse werfen weitere Fragen auf. Vordergründig stellt sich die Frage, wie stark der Effekt eines solchen Informationsangebotes auf die tatsächliche Antragsstellung und -bewilligung ist. Es stellt sich jedoch auch die Frage, ob Antragsstellung und -bewilligung aus weiter oben ausgeführten Gründen das richtige Outcome für diese Studie sind und welcher Untersuchungszeitraum angemessen ist.

Weiterhin gilt es, erhebliche methodische Schwierigkeiten in der Identifikation der relevanten Zielgruppen zu bewältigen. Möglicherweise reichen Routinedaten oder Primärdaten alleine für ein solches Unterfangen nicht aus und es muss eine Verknüpfung zwischen Primär- und Sekundärdaten erfolgen.

Gleichsam müssen die im Projekt ermittelten Zugangsbarrieren, und insbesondere Mythen wie Rentenverlust oder Abschiebung aufgrund von Inanspruchnahme einer medizinischen

Rehabilitation, konsequent abgebaut werden. Informationsangebote wie MiMi-Reha und gezielte Pressemitteilungen können einen Teil dazu beitragen, jedoch sind hier insbesondere Schnittstellen und Gatekeeper wie Hausärzte oder auch die Beratungsstellen gefordert. Eine Verbreitung der Informationsmaterialien, sowie Schulungsangebote für niedergelassene Ärzte sind in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung in Vorbereitung.

Eine mögliche Weiterentwicklung des MiMi-Ansatz im Kontext der Rehabilitation besteht darin, einzelne MediatorInnen zu Reha-Coaches fortzubilden. Diese könnten die rehabilitationswilligen MigrantInnen über den gesamten Rehabilitationsprozess von der Antragsstellung bis zum Übergang in den Alltag nach der Rehabilitation begleiten und so die Nachhaltigkeit der Rehabilitation erhöhen.

Rehabilitationseinrichtungen sollten gezielt darin unterstützt werden, ihre Konzepte kultursensibel zu gestalten. So sind uns beispielsweise keine kultursensiblen Patientenschulungen bekannt, hier besteht Forschungsbedarf. Ebenso sollten Aspekte des Übergangsmangement und der Nachhaltigkeit untersucht werden, wie beispielsweise die Vermittlung in Nachsorgeprogramme wie IRENA.

Insgesamt konnte mit MiMi-Reha ein Beitrag zur Versorgungsgerechtigkeit in Deutschland geleistet werden. Deutschland verfügt über ein vielseitiges und gut ausgebautes medizinisches Versorgungsnetz, auch und insbesondere im Bereich der Rehabilitation. Es ist aber komplex und geprägt durch je nach Kontext wechselnden Zuständigkeiten der Leistungsträger. Hier gilt es, auch in Zukunft über Projekte wie MiMi-Reha oder PROREHAB (Spanier et al 2015) gezielt und ggf. kultursensibel relevante Informationen zu vermitteln, damit Menschen (mit Migrationshintergrund) selbstbestimmt und zielorientiert das Versorgungssystem für sich in Anspruch nehmen können. Denkbar wäre daher auch der Einbezug weiterer Leistungsträger, wie der gesetzliche Kranken- und/oder Unfallversicherung in die Konzeption und Durchführung künftiger Projekte.

Literaturverzeichnis

- Brause M, Reutin B et al. (2010). Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migrant(inn)en im System der medizinischen Rehabilitation - Abschlussbericht. Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
- Brause, M., Reutin, B., Razum, O., & Schott, T. (2012). Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund—Eine Auswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen. *Die Rehabilitation*, 51(05), 282-288.
- Brzoska P, Voigtländer S et al. (2008). Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Abschlussbericht. Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
- Brzoska, J. P. D. P. P., & Razum, O. (2015). Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 58(6), 553-559.
- Brzoska, P., & Razum, O. (2015a). Betriebliches Gesundheitsmanagement und medizinische Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund. In *Fehlzeiten-Report 2015* (pp. 185-193). Springer Berlin Heidelberg.
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) (2007). *Gesundheitsreport 2007. Gesundheit in Zeiten der Globalisierung*. Essen
- Dietzel-Papakyriakou M & Olbermann E (2005). Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Marschalck P, Wiedl KH (Hrsg.). *Migration und Krankheit. IMIS Schriften, Band 10*. Göttingen: V & R unipress, 283-311
- Erbstößer, S. & Zollmann, P. Reha-Anträge und Bewilligungen von ausländischen und deutschen Versicherten. *DRV-Schriften Band 109*; 2016: 115-118 (Sonderausgabe anlässlich des 25. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums der Deutschen Rentenversicherung vom 29.02-02.03.2016 in Aachen)
- Geiger I & Razum O (2006). Migration: Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim und München: Juventa, 719-746
- Gerken U, Salman R et al. (2008). Von muttersprachlichen Präventionsberatern werden Migranten besser erreicht. *Public Health Forum* 59 (16): 20-21
- Kobelt, A., Göbber, J., Pfeiffer, W., & Petermann, F. (2013). Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation

- als der Migrationshintergrund. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 23(06), 353-357.
- Prognos AG. Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Basel: Prognos; März 2011, online verfügbar unter https://www.prognos.com/fileadmin/pdf/aktuelles/110407_Relevanz_Reha-Kliniken_Langversion.pdf (letzter Zugriff 01.11.2016)
- Razum, O., Zeeb, H, Akgun, S (2001). How useful is a name-based algorithm in health research among Turkish migrants in Germany? *Tropical Medicine and International Health* 2001; 6: 654 – 661
- Reiss, K., Makarova, N., Spallek, J., Zeeb, H., & Razum, O. (2013). Identifizierung und Rekrutierung von Menschen mit Migrationshintergrund für epidemiologische Studien in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 75(06), e49-e58.
- Rhodes, R. E., & Bruijn, G. J. (2013). How big is the physical activity intention–behaviour gap? A meta-analysis using the action control framework. *British Journal of Health Psychology*, 18(2), 296-309.
- Rommel, A., Saß, A. C., Born, S., & Ellert, U. (2015). Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 58(6), 543-552.
- Salman R (2015): Gesundheit mit Migranten für Migranten – die MiMi Präventionstechnologie als interkulturelles Health-Literacy-Programm. *Public Health Forum* 23 (2): 109-112
- Salman R, Wentzlaff-Eggebert M et al. (2012). *AIDS & Mobility Europe 2008-2011. Final Project Report*. Hannover: Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
- Salman R & Weyers S (2010). MiMi Project – With Migrants for Migrants. In: Koller T (Hrsg.). *Poverty and Social Exclusion in the WHO European Region: Health Systems Respond*. Venedig, Rom: WHO Europe, 52-63
- Schwarz B, Markin K et. Al (2015). Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rehabilitation* 54: 1–7
- Spanier K, Streibelt M, Unalan F et al. A web-based intervention to promote applications for rehabilitation: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015;16:436; 10.1186/s13063-015-0968-7
- Statistisches Bundesamt (2015). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2014*. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden
- Voigtländer S, Brzoska P, Spallek J, Exner A, Razum O (2013) Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Schott T,

Razum O (Hrsg) Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Beltz Juventa, Weinheim, S 92–104

Zollmann, P., Pimmer, V., Rose, A. D., & Erbstößer, S. (2016). Psychosomatische Rehabilitation bei deutschen und ausländischen Versicherten der Rentenversicherung im Vergleich. *Die Rehabilitation*, 55(06), 357-368.

Anhang

Anlage 1: Alle Broschüren

Anlage 2: Alle Aufklärungen und Einverständniserklärungen

Anlage 3: Alle Evaluationsinstrumente

Anlage 4: Vergleichender Zeitplan

Anlage 5: Alle Werbe- und Rekrutierungsmaterialien (Flyer/Plakate)

Anlage 6: Kategoriensysteme aus qualitativen Auswertungen

Danksagung

Die Projektnehmer bedanken sich herzlich bei allen Förderern, Projektbeiratsmitgliedern, MediatorInnen, Fachkräften und TeilnehmerInnen der Informationsveranstaltungen.