



**Durchführung von Gesundheitsworkshops
und Ausbildung von Peer Multiplikator*innen
in Fluchtunterkünften –
Struktur- und Prozessevaluation des
Gesundheitsförderungsprogramms
REFUGIUM**

BACHELORARBEIT

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN
HAMBURG**

**FAKULTÄT LIFE SCIENCES
DEPARTMENT GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN**

Eingereicht von: Rojda Ülgüt

Matrikel-Nr.: [REDACTED]

Erstprüferin: Prof. Dr. Christine Färber

Zweitprüferin: Montaha Shafiq Neuhaus

Zitationsstil: APA Springer vs. Pädagogik (Citavi)

Abgabe: 13.07.2018

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Bachelorarbeit unterstützt und motiviert haben.

Zuerst gebührt mein Dank Frau Prof. Dr. Christine Färber, die meine Bachelorarbeit betreut und begutachtet hat. Für die hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Arbeit möchte ich mich herzlich bedanken. Sie hat nie den Glauben an mich verloren und hat mir durch ihre zahlreichen und motivierenden Gespräche das Schreiben erleichtert und das Studium zu einer meiner größten Erfahrungen meines Lebens gemacht. Ich möchte mich für die gute Zusammenarbeit und das Vertrauen, welches sie mir in unserer Zusammenarbeit entgegengebracht hat, herzlichst bedanken.

Ein besonderer Dank gilt allen Mitgliederinnen und Mitgliedern des REFUGIUM-Teams, ohne die diese Arbeit nicht hätte entstehen können. Die Bedeutung, an einem so wertvollen Programm mitarbeiten zu können, ist groß. Ich bewundere all unsere Mitglieder und Mitgliederinnen des Teams, die trotz der schweren Zeiten in ihrem Leben nie die Hoffnung aufgegeben und uns mit ihrer Stärke die Hoffnung auf Gerechtigkeit und Frieden ein bisschen nähergebracht haben.

Meiner Nachbarin Silke Reschke danke ich besonders für die gute und nette Betreuung sowie für das Korrekturlesen aller meiner Arbeiten über die Dauer meines gesamten Studiums.

Abschließend möchte ich mich bei meinen Eltern Brunhilde und Vedat und meinen Geschwistern Ahmet und Zilan bedanken, die mir mein Studium durch ihre Unterstützung und starken emotionalen Rückhalt ermöglicht haben und stets ein offenes Ohr für meine Sorgen hatten. Ohne eure Unterstützung wäre ich nicht das, was ich heute bin. Ich möchte mich bei euch für die Kritik und Gedankenanstöße bedanken, denn ihr seid diejenigen in meinem Leben, die mir beigebracht haben, für das Gute einzustehen und die Menschlichkeit nie zu vergessen. Durch euch habe ich gelernt, ich zu sein und aus schlechten und guten Beispielen zu lernen. Ich danke euch von ganzem Herzen.

Rojda Ülgüt,

Itzehoe, 08.07.2018

Inhaltsverzeichnis

I	Abbildungsverzeichnis	vii
II	Tabellenverzeichnis	viii
III	Abkürzungsverzeichnis	ix
1	Gesundheit geflüchteter Menschen	10
2	Evaluationsgegenstand – REFUGIUM	14
2.1	Programmbeschreibung, Ziele und Methoden	14
2.2	REFUGIUM-Materialien	16
2.2.1	Flyer	16
2.2.2	Manual	16
2.2.3	Sonstige Materialien	17
2.3	Phasen des REFUGIUM-Programms	17
2.3.1	Rekrutierungsphase	18
2.3.2	Multiplikatorenschulung	20
2.3.3	Durchführung von Workshops in Unterkünften	20
2.3.4	Abschlussphase	21
2.4	REFUGIUM-Workshops	21
2.4.1	Workshop Ernährung	21
2.4.2	Workshop Hygiene	22
2.4.3	Workshop Gesundheitsversorgung	23
2.4.4	Workshop Psychische Gesundheit	24
2.4.5	Workshop Bewegung	24
2.4.6	Workshop Mundgesundheit	25
3	Methoden der Evaluation	27
3.1	Definition	27
3.2	Zielsetzung	27
3.3	Rahmenbedingungen	28
3.3.1	Formative Evaluation	28
3.3.2	Interne Evaluation	29
3.3.3	Struktur- und Prozessevaluation	29
3.4	Evaluationsstandards	30
3.5	Gütekriterien	33
3.6	Evaluationskriterien	34
3.7	Datenerhebung	35
3.7.1	Beobachtung	36
3.7.2	Hausarbeiten	37

3.7.3 Dokumentationsbögen	37
3.8 Datenanalyse und -auswertung	39
3.8.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz	39
3.8.2 Auswertung durch vordefinierte Kriterien.....	41
4 Evaluationsergebnisse	43
4.1 Ergebnisse der Strukturevaluation	43
4.1.1 Kriterium Konzeption	43
4.1.2 Kriterium Zielgruppenbezug	46
4.1.3 Kriterium Setting-Ansatz.....	47
4.1.4 Kriterium Multiplikatorenkonzept.....	49
4.1.5 Kriterium Nachhaltigkeit	50
4.1.6 Kriterium Niedrigschwellige Arbeitsweise	52
4.1.7 Kriterium Partizipation	54
4.1.8 Kriterium Empowerment.....	56
4.1.9 Kriterium Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung.....	57
4.1.10 Kriterium Qualitätsmanagement	59
4.1.11 Kriterium Dokumentation und Evaluation.....	60
4.1.12 Kriterium Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis.....	61
4.2 Übersicht Ergebnisse der Strukturevaluation.....	65
4.3 Ergebnisse der Prozessevaluation	66
4.3.1 Rekrutierungsphase	66
4.3.2 Abschlussphase	66
4.3.3 Prozessrelevante Kategorien	67
4.3.3.1 <i>Allgemeine Informationen</i>	67
4.3.3.2 <i>Workshopleitung</i>	74
4.3.3.3 <i>Teilnehmende</i>	75
4.3.3.4 <i>Workshop</i>	77
4.3.3.5 <i>Materialien</i>	90
4.3.3.6 <i>Verpflegung & Kinderbetreuung</i>	95
5 Diskussion	99
5.1 Diskussion der Evaluationsergebnisse	99
5.2 Methodenkritische Diskussion.....	105
6 Handlungsempfehlungen	107
7 Fazit	109
IV Literaturverzeichnis	cx
V Erklärung zur Arbeit.....	cxiii
VI Anhang.....	cxiv

I Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 REFUGIUM-Arbeitsphasen, in eigener Darstellung.....	18
Abbildung 2 Übersicht Struktur- und Prozessevaluation des REFUGIUM- Programms, in eigener Darstellung.....	30
Abbildung 3 Ablaufschema einer inhaltlich strukturierten Inhaltsanalyse (vgl. Kuckartz, 2016, S. 100)	41
Abbildung 4 Kriterium Konzeption (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 27), in eigener Darstellung.....	43
Abbildung 5 Kriterium Zielgruppenbezug (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 31), in eigener Darstellung.....	46
Abbildung 6 Kriterium Setting-Ansatz (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 35), in eigener Darstellung.....	47
Abbildung 7 Kriterium Multiplikatorenkonzept (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 39), in eigener Darstellung.....	49
Abbildung 8 Kriterium Nachhaltigkeit (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 43), in eigener Darstellung.....	51
Abbildung 9 Kriterium Niedrigschwellige Arbeitsweise (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 47), in eigener Darstellung.....	52
Abbildung 10 Kriterium Partizipation (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 51), in eigener Darstellung.....	54
Abbildung 11 Kriterium Empowerment (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 55), in eigener Darstellung.....	56
Abbildung 12 Kriterium Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 59), in eigener Darstellung	58
Abbildung 13 Kriterium Qualitätsmanagement (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 63), in eigener Darstellung.....	59
Abbildung 14 Kriterium Dokumentation und Evaluation (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 67), in eigener Darstellung.....	60
Abbildung 15 Kriterium Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 71), in eigener Darstellung.....	61
Abbildung 16 Vergleich der Durchführungsdauer, Durchführung von Workshops in Unterkünften und Multiplikatorenschulung, in eigener Darstellung	71

II Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Inhalt der Workshoptaschen je Workshopthema	17
Tabelle 2 REFUGIUM-Rekrutierungsphasen, Workshops in Unterkünften und Multiplikatoren-schulung	19
Tabelle 3 Evaluationsstandards in der Selbstevaluation (vgl. DeGEval, 2004, S. 9-14), in eigener Darstellung	31
Tabelle 4 Anzahl der Dokumentationsbögen je Workshopthema, Durchführung von Workshops in Unterkünften und Multiplikatoren-schulung	38
Tabelle 5 Budget Übersicht des REFUGIUM-Programms in Bezug auf Verwendung und Quelle	62
Tabelle 6 Übersicht der Strukturevaluationsergebnisse	65
Tabelle 7 Durchführungszeitraum der REFUGIUM-Generationen.....	68
Tabelle 8 Durchführungsanzahl je Workshopthema und Sprache, Workshop in Unterkünften	68
Tabelle 9 Durchschnittliche Workshopdauer je Workshopthema, Multiplikatoren-schulung	70
Tabelle 10 Durchschnittliche Workshopdauer je Workshopthema, Durchführung von Workshops in Unterkünften.....	70
Tabelle 11 Prozessevaluation Übersicht nach Kategorien und Workshopthema, allgemeine Informationen.....	73
Tabelle 12 Prozessevaluation Übersicht nach Kategorien und Workshopthema, Workshopleitung	75
Tabelle 13 Teilnehmer*innenanzahl nach Sprache und Geschlecht, alle Generationen, Multiplikatoren-schulung	76
Tabelle 14 Teilnehmer*innenanzahl nach Sprache und Geschlecht, Workshop in Unterkünften	77
Tabelle 15 Teilnehmer*innenanzahl nach Workshopthema und Geschlecht, Workshop in Unterkünften	77
Tabelle 16 Prozessevaluation Übersicht nach Kategorien und Workshopthema, Workshop	87
Tabelle 17 Giveaways je nach Thema, Multiplikatoren-schulung und Workshops	93
Tabelle 18 Prozessevaluation Übersicht nach Kategorien und Workshopthema, Materialien	94
Tabelle 19 Prozessevaluation Übersicht nach Kategorien und Workshopthema, Verpflegung und Kinderbetreuung	97

III Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylG	Asylgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BUFDI	Bundesfreiwilligendienst
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CCG	Competence Center Gesundheit
CIPP	Context, Input, Process, Product
DeGEval	Gesellschaft für Evaluation e.V.
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
HAW	Hochschule für Angewandte Wissenschaften
REFUGIUM	R at mit E rfahrung: F lucht und G esundheit – I nformation und M ultiplikation
RGM	REFUGIUM-Gesundheitsmultiplikator*innen
SoSe	Sommersemester
WiSe	Wintersemester
WS	Workshop
ZEA	Zentrale Erstaufnahmeeinrichtung
ZKF	Zentraler Koordinierungsstab Flüchtlinge

1 Gesundheit geflüchteter Menschen

*„Flüchtling sein heißt: die Heimat verlassen müssen
ohne eigene Schuld, ohne Sicherheit
– nur mit einem Herzen voll Hoffnung“
(Heinz Körber, 1938).*

Weltweit befinden sich etwa 68 Millionen Menschen auf der Flucht vor Krieg, Gewalt, Konflikten, Verfolgung und Terror. Rund 4,4 Millionen Geflüchtete fanden bisher Zuflucht in Europa, viele von ihnen in Deutschland (UNHCR, 2017). 2018 bekundete das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), dass Deutschland in den Jahren zwischen 2015 und 2018 insgesamt circa 1,3 Millionen Asylerstanträge entgegengenommen habe. Allein in Hamburg wurden in diesem Zeitraum rund 35.000 Asylerstanträge gestellt (BAMF, 2018, S. 7; BAMF, 2017, S. 7; BAMF, 2016, S. 7; BAMF, 2015, S. 7). Laut dem Zentralen Koordinierungsstab Flüchtlinge (ZKF, 2018) leben zurzeit rund 3.800 Asylsuchende in einer von 13 Erstaufnahmeeinrichtungen und rund 31.800 in 122 verschiedenen Folgeunterkünften. Jede Person, die geflüchtet ist und in einer der zentralen Erstaufnahmeeinrichtungen (ZEA) untergebracht werden soll, muss sich laut §62 des Asylgesetzes (AsylG) zunächst einer Gesundheitsuntersuchung unterziehen. Hierbei werden diagnostische Maßnahmen zum Ausschluss von Tuberkulose, Allergien, chronischen Erkrankungen sowie einer Schwangerschaft vorgenommen (siehe Anhang 1). Zudem wird der Impfstatus überprüft, um gegebenenfalls einen vollständigen Impfstatus herstellen zu können (Michael & Sattler, 2007, S. 91-95). Jede Migration ist mit Belastungen, Risiken aber auch mit Chancen verbunden. Die gesundheitliche Situation wird demnach durch drei Aspekte bestimmt. Unter anderem spielen die Bedingungen im Herkunftsland vor der Flucht, wie zum Beispiel eine schlechtere Gesundheitsversorgung oder eine andere Ernährungsweise, eine Rolle. Besonders vulnerable Gruppen wie geflüchtete Personen müssen im Migrationsprozess zudem eine enorme Anpassungsleistung darlegen, hinzu kommen Faktoren wie psychosoziale Belastungen und Stress. Dabei werden die eigenen Kompetenzen häufig infrage gestellt. Dennoch ist es nicht die Migration, die die Gesundheitsrisiken erhöht. Vielmehr sind es die Gründe und Umstände einer Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen im Ziel-land, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen und dies noch Jahre oder Generationen später (Borde & Blümel, 2011, S. 256f; Spallek & Razum, 2007, S. 452). Daraus ergibt sich, dass Geflüchtete einerseits durch die erlebten Kriegstraumata sowie der Flucht selbst, andererseits aber auch durch diverse Determinanten im Ankunftsland vorbelastet sind. Diese Belastungen setzen sich unter anderem zusammen aus Vorurteilen der Bevöl-

kerung, Stigmatisierung sowie Viktimisierung, Angst vor der Abschiebung und damit verbundener Nicht-Anerkennung des Asylstatus. Der Sachverhalt der permanenten Kontrolle in den Unterkünften als auch der Verlust von sozialen Netzwerken können zudem den Lebenslauf positiv als auch negativ beeinflussen (Michael & Sattler, 2007, S. 91-95). Zusätzlich nehmen unterschiedliche Faktoren auf sozioökonomischer, soziokultureller sowie politischer Ebene Einfluss auf die Gesundheit der Geflüchteten. Diese Faktoren können unter dem Begriff Postmigrationsstressoren subsumiert werden (Böttche, Stammel & Knaevelsrud, 2016, S. 1136f). Zum einen besitzen Geflüchtete im Ziel- und neuem Heimatland nur geringe sozioökonomische Ressourcen und sind arbeitslos, zum anderen fehlen oftmals auch die sozialen Ressourcen wie Freunde und Familie, Nachbarschaften und Beziehungen. Zudem stellt die teils katastrophale Unterbringung im Zielland einen weiteren Faktor dar, der die Gesundheit der Geflüchteten negativ beeinflusst. Die Unterbringung in Camps auf engstem Raum führt nicht nur zur Erhöhung des Infektionsrisikos, diese Situation hat ebenfalls Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden der geflüchteten Personen (Anzenberger et al., 2015, zitiert nach Hoffmann, 2016, S. 125f). Aus internationalen Studien ist bekannt, dass Asylsuchende und Geflüchtete überdies hinaus häufiger an psychischen Erkrankungen, Depressionen und durch Einsamkeit verursachte Störungen leiden (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005, zitiert nach Bozorgmehr et al., 2016, S. 599; Brücker et al., 2016, S. 12). Neben der erhöhten Vulnerabilität sind die Geflüchteten außerdem mit Barrieren konfrontiert, die sie im Zugang zur Gesundheitsversorgung einschränken können. Sprachliche Barrieren, fehlende Lese- und Schreibfähigkeiten, Unsicherheiten und mangelndes Vertrauen gegenüber Beratenden können das Verständnis von Gesundheitsinformationen erschweren und dazu führen, dass gesundheitliche Anweisungen nicht verstanden, falsch, gar nicht oder nur teilweise umgesetzt werden (Borde & Blümel, 2011, S. 260; Anzenberger et al., 2015, zitiert nach Hoffmann, 2016, S. 125f). Die Unterschiedlichkeit der Gesundheitssysteme des Herkunftslandes und Deutschlands stellen die Geflüchteten vor das Problem, einen Überblick über vorhandene Angebote und Versorgungsstrukturen zu bekommen (Spallek & Razum, 2007, S. 454). Zusätzlich prägt der soziokulturelle Hintergrund eines jeden Menschen das Verständnis und die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit sowie den Grad der vorhandenen Gesundheitskompetenzen. Durch Unterschiede in der Wahrnehmung und dem Verständnis von Gesundheit werden individuelle Bewältigungsstrategien entwickelt, die wiederum zu ungleichen Ansichten zwischen Versorgungspersonal und Geflüchteten führen können (Borde & Blümel, 2011, S. 260; Anzenberger et al., 2015, zitiert nach Hoffmann, 2016, S. 125f). Durch all diese Herausforderungen und Barrieren seitens der Geflüchteten, wird ebenso das Gesundheitssystem in Deutschland vor eine neue Aufgabe gestellt. Die gesundheitlichen Leistungen der Geflüchteten werden in

diesem Zuge durch §4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) geregelt (siehe Anhang 2). Die Leistungen des AsylbLG sind jedoch zunächst nur auf die Versorgung akuter Schmerzzustände, Schwangerschaft, Geburt und Impfungen beschränkt. Dieser Sachverhalt verstärkt wiederum die ohnehin bestehenden Defizite in der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten (Razum, Wenner & Bozorgmehr, 2016, S. 711-714). Ungeachtet dessen ist Migration ebenso mit Chancen verbunden (Borde & Blümel, 2011, S. 257). Denn gerade diese Individuen haben den meist unmenschlichen und beschwerlichen Weg aus der Heimat bis nach Europa durchstanden und bewältigt. Auf diesen Erfahrungen, diesen Stärken und Ressourcen muss im weiteren Verlauf aufgebaut werden, um entstandene physische sowie psychische Schäden zu behandeln, aber auch die Fähigkeit zu vermitteln, Eigenverantwortung für die Gesundheit zu übernehmen und indirekt das Gesundheitssystem zu entlasten. Genau dieses Ziel kann laut der Weiterentwicklung der Ottawa Charta, der Jakarta Erklärung (1997), mithilfe von Gesundheitsförderung erfolgen, denn diese zielt auf einen Prozess ab, der jede Person befähigen soll, mehr Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erlangen und durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit diese zu verbessern (Kaba-Schönstein, 2011, S. 137). Stützende familiäre und außerfamiliäre soziale Netzwerke, Problemlösekompetenzen, transkulturelle Kompetenzen, die durch bewältigte schwere Lebenssituationen, die durch Flucht und durch die Migration erworben wurden, können den Gesundheitszustand vulnerabler Gruppen positiv beeinflussen (Borde & Blümel, 2011, S. 258). Zudem ist das Gesundheitsbewusstsein laut Faltermeier (1994, S. 164, zitiert nach Blättner & Waller, 2011, S. 188) eine Voraussetzung für das Gesundheitshandeln eines jeden Einzelnen. Das Gesundheitsbewusstsein setzt sich nicht nur aus subjektiven Vorstellungen über Gesundheit und persönlichen Einstellungen zusammen, sondern wird auch durch das soziale Umfeld beeinflusst. Im Rahmen der Gesundheitsförderung ist es deshalb wichtig, das Gesundheitsbewusstsein herauszubilden und mit dem Ziel das Gesundheitshandeln positiv zu beeinflussen, zu stärken. Die Gesundheit von Geflüchteten ist deshalb in besonderem Maße von zielgruppenspezifischen Angeboten abhängig (Yun, Hebrank & Graber, 2012, zitiert nach Bozorgmehr et al., 2016, S. 599).

Daher setzt REFUGIUM mit einem Peer-to-Peer-Ansatz genau dort, an den Bedürfnissen der Geflüchteten, an und versucht die vorhandenen Ressourcen zu stärken, aufzubauen und das Potenzial zur Gesundheitsförderung und Prävention zu aktivieren. Zudem wird gesundheitsrelevantes Wissen vermittelt, welches einerseits den Austausch unter den Geflüchteten, andererseits den Austausch zwischen Studierenden und Geflüchteten fördern soll. Zudem werden Anforderungen gestellt, die die Aktivierung von Empowerment-Prozessen

sen und partizipative Integration umfassen. Ferner sollen Übungsmöglichkeiten auf didaktischer Ebene gegeben und Spaß sowie Motivation gefördert werden.

Die Evaluation als fachlicher Rahmen für die Qualitätsentwicklung eines sozialogenbezogenen Gesundheitsförderungsprogramms stellt einen wesentlichen Bestandteil einer Maßnahme dar (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 14). Mittels Evaluation und systematischer Rückkopplung der Ergebnisse an alle Beteiligten der Maßnahme wird Gesundheitsförderung zu einem Lernprozess, der weiterentwickelt werden kann (Lehmann & Töppich, 2002, S. 236). „Bisherige migrantensensible bzw. migrantenspezifische Präventionsprogramme stellen meist befristete Einzelinitiativen dar, so dass ein Bedarf für nachhaltige und evaluierte Programme im Bereich Prävention besteht“ (vgl. Spallek & Razum, 2007, S. 451).

Die vorliegende Bachelorarbeit verfolgt daher das Ziel, eine Struktur- und Prozessevaluation des Gesundheitsförderungsprogramms REFUGIUM durchzuführen. Hiermit verbunden sollen die folgenden Fragestellungen beantwortet werden:

1. Inwiefern wird das Programm REFUGIUM so gestaltet, dass die Ziele und Anforderungen erreicht werden können?
2. Inwiefern wird das Programm REFUGIUM so umgesetzt und durchgeführt wie geplant, sodass eine Zielerreichung erfolgen kann?

2 Evaluationsgegenstand – REFUGIUM

In diesem Kapitel erfolgt zunächst eine detaillierte Vorstellung des partizipativen Gesundheitsförderungsprogramms REFUGIUM, welches Gegenstand dieser Evaluation ist. In diesem Kontext werden die Phasen des Programms und die Arbeitsweise näher erläutert. Zum Abschluss dieses Kapitels erfolgt die Darstellung der REFUGIUM-Materialien und REFUGIUM-Gesundheitsworkshops.

2.1 Programmbeschreibung, Ziele und Methoden

Das Programm REFUGIUM, *Rat mit Erfahrung: Flucht Und Gesundheit – Information Und Multiplikation*, wurde im September 2015 von Prof. Dr. Christine Färber und der Gesundheitswissenschaftlerin Nita Kama, im Rahmen der Lehrveranstaltung *Projekt Flüchtlingsgesundheit* an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) am Department Gesundheitswissenschaften in Hamburg-Bergedorf initiiert.

Die Ziele des Programms sind:

1. Stärkung von Gesundheitsressourcen,
2. Aktivierung der Potenziale für Gesundheitsförderung und Prävention,
3. Unterstützung bei der Bewältigung der Lebensbedingungen und Herausforderungen in Deutschland,
4. Ermöglichung eines Erfahrungsaustausches,
5. Vermittlung von Gesundheitskompetenzen in didaktisch aktivierender Form,
6. Aktivierung von Handlungskompetenzen,
7. Befähigung zur Krankheitsverhütung und Erhaltung der Gesundheit,
8. Prävention im Setting Unterkunft für Geflüchtete in einem umfassenden und ganzheitlichen Ansatz,
9. Entwicklung geeigneter Materialien und Methoden,
10. Empowerment,
11. Integration (Färber & Osaghae, 2018).

In diesem Kontext bildet das Department Gesundheitswissenschaften Geflüchtete Frauen und Männer ab 14 Jahren zu REFUGIUM-Gesundheitsmultiplikatoren und -multiplikatorinnen (RGM) aus. Durch die Ausbildung sollen gesundheitsrelevante Informationen in einem Peer-to-Peer Ansatz erlernt und in der nächsten Phase in didaktisch aktivierender und partizipativer Form an andere Menschen mit Fluchterfahrung weitergegeben werden. Nach erfolgreicher Absolvierung der Multiplikatorenschulung sind die RGM qualifiziert, interaktive und aktivierende themenbezogene Gesundheitsworkshops in Fluchtunterkünften und anderen geeigneten Settings durchzuführen.

Daraus ergeben sich die folgenden Methoden des Programms:

1. Ausbildung von Geflüchteten zu Gesundheitsmultiplikatorinnen und Gesundheitsmultiplikatoren
2. Durchführung partizipativer Gesundheitsworkshops in Fluchtunterkünften
3. Partizipative Aktionsforschung (Identifikation prioritärer Themen, kooperative Entwicklung von Materialien und Methoden sowie Programmmanagement mit Geflüchteten zusammen) (ebd.).

Die Inhalte des Programms sind modular aufgebaut und umfassen die Teilmodule Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, Hygiene, Mundgesundheit und lokale Gesundheitsversorgung. Hierfür wurden Gesundheitsinformationen zu den oben genannten Themen in Themenflyern zusammengestellt. Diese werden ergänzt durch Manuale, die das methodische und didaktische Vorgehen der einzelnen Workshops (WS) erklären und als Leitfaden für die ausgebildeten RGM dienen. Im Prozess der Fertigstellung der Materialien waren mehr als 40 Geflüchtete aktiv beteiligt und wurden in die Gestaltung des Programms einbezogen (internes Dokument 3, S. 1; Kalo, Junaid, Ülgüt & Färber, 2018). Zudem hat REFUGIUM seit 2015 in einem partizipativen Entwicklungsprozess mit allen Beteiligten des Programms, 95 Frauen und Männer zu REFUGIUM-Gesundheitsmultiplikator*innen ausgebildet (36 Personen 2016, 44 Personen 2017, 15 Personen 2018), mehr als 150 Gesundheitsworkshops in Unterkünften in Hamburg und der nahen Umgebung durchgeführt, mehr als 2.000 Gesundheits- und Hygieneartikel an die Teilnehmer*innen verteilt, 48.000 Flyer gedruckt und verteilt sowie alle Materialien auf der REFUGIUM-Homepage¹ zum kostenlosen Download zu Verfügung gestellt. Zudem hat REFUGIUM einen Selbstdarstellungsflyer gestaltet, indem die Werte und das Grundverständnis sowie alle wichtigen Informationen des Programms gebündelt wurden. Das Programmmanagement wird durch Personen im Bundesfreiwilligendienst mit Fluchtbiographie sowie durch Student*innen im Bachelor- und/oder Masterpraktikum übernommen (Färber & Osaghae, 2018). Des Weiteren wird das Programm durch die Pressestelle und weiteren Kolleg*innen der HAW unterstützt (internes Dokument 1, S. 34). Im Rahmen des Programms kooperiert REFUGIUM unter anderem mit der Arbeiterwohlfahrt, der Buhck-Stiftung, der BürgerStiftung, dem Deutschen Roten Kreuz, fördern & wohnen, mit den Gesundheitsämtern Altona, Bergedorf und Eimsbüttel, der Körberstiftung, der Patriotischen Gesellschaft sowie dem Verlag Barbara Budrich und Budrich Unipress (Kalo et al., 2018). REFUGIUM wird aus Eigenmitteln, Spenden und Stiftungen finanziert und hat ein Fördervolumen von ungefähr 33.000 Euro (internes Dokument 1, S. 34; Expertengespräch).

¹ Alle Materialien sind auf der REFUGIUM-Homepage unter www.refugium.agency verfügbar.

2.2 REFUGIUM-Materialien

Zur Gestaltung der Schulungen und Workshops sowie zur Unterstützung der REFUGIUM-Gesundheitsmultiplikator*innen werden verschiedene Materialien benötigt. Alle im Rahmen des Programms erstellten Materialien, wurden von Geflüchteten, Studierenden mit und ohne Fluchterfahrung/Migrationshintergrund, Professor*innen und Gesundheitswissenschaftler*innen erstellt. Die Flyer und Manuale liegen in den Sprachen Deutsch, Englisch, Albanisch, Arabisch, Bulgarisch, Dari/Farsi, Russisch und Türkisch vor und können kostenlos erworben sowie heruntergeladen werden. Weiterhin sind die Flyer und Manuale in einer Vielzahl von Projekten und Programmen einsetzbar, die ebenfalls mit Geflüchteten oder besonders vulnerablen Einwanderungsgruppen arbeiten (Kalo et al., 2018; internes Dokument 2).

2.2.1 Flyer

Die REFUGIUM-Flyer sind in einem partizipativen Prozess erstellte Themenflyer zu den Themen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, Hygiene, Mundgesundheit und lokale Gesundheitsversorgung. Sie werden in den REFUGIUM-Gesundheitsworkshops sowie zur Schulung neuer REFUGIUM-Gesundheitsmultiplikator*innen eingesetzt und enthalten kompakt zusammengefasste Informationen zu jeweils einem der oben genannten Themen. Die Themenflyer enthalten einfache, verständliche als auch niedrighschwellige gesundheitsrelevante Informationen, die auf primär, sekundär und tertiär präventiver Ebene abgebildet und mit bildlichen Darstellungen ergänzt werden (internes Dokument 3, S. 1).

2.2.2 Manual

Zur Unterstützung der Durchführung der Workshops sowie als Hilfe für die Ausbildung wurden Manuale entwickelt, die das didaktische und methodische Vorgehen erklären und als Leitfaden für die Durchführung der REFUGIUM-Gesundheitsworkshops dienen. Diese Manuale sind ebenfalls zu allen REFUGIUM-Themen sowie in den oben genannten Sprachen erhältlich (REFUGIUM-Homepage, o.J.). Eingeteilt ist ein jedes Manual in drei bis vier Abschnitte, bestehend aus der Einführung, dem ersten und dem zweiten Hauptteil sowie der Zusammenfassung. Dabei werden die Ziele der einzelnen Phasen des Workshops erläutert, der Inhalt, die Methoden und die benötigten Materialien aufgeführt und individuell angepasst sowie die vorgesehene Dauer der Phasen vermerkt (siehe Kapitel 2.4 REFUGIUM-Workshops).

2.2.3 Sonstige Materialien

Neben den Themenflyer und Manualen benötigt REFUGIUM weitere Materialien. Diese setzen sich zusammen aus Postern, angepassten Zusatzinformationen wie Broschüren für einzelne Workshops, Materialien für die interaktive Gestaltung des Workshops sowie aus verschiedenen Hilfsmitteln, die in REFUGIUM-Workshoptaschen zusammengestellt werden. Diese Taschen enthalten alle für die Durchführung des Workshops benötigten Materialien und können bei Bedarf durch die REFUGIUM-Gesundheitsmultiplikator*innen bei den Mitglieder*innen des REFUGIUM-Teams abgeholt werden. Neben den in Tabelle 1 genannten Materialien werden die REFUGIUM-Themenflyer jeweils in den durchgeführten Workshop Sprachen benötigt. Diese werden durch die RGM für jeden Workshop individuell zusammengestellt.

Tabelle 1 Inhalt der Workshoptaschen je Workshopthema

Workshopthema	Inhalt der Workshoptaschen
Ernährung	Kreppband, Filzstift, Einschätzungsskala, Ernährungskreis der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), Moderationspunkte, Cola Flasche, Chipstüte, Zuckerwürfel, Messzylinder, Manual Ernährung in allen Sprachen
Hygiene	Kreppband, Filzstift, Glitzer, Handcreme, Shampoo, Rasierschaum, Zahnbürste, Haarbürste, Läusekamm, Seife, Hygiene-Poster, Manual Hygiene in allen Sprachen
Gesundheitsversorgung	Kreppband, Filzstift, TipDoc Diagnosebogen ² , AOK-Karte (laminiertes Muster), Berechtigungsschein (Muster), Musterbrief, Ratgeber Gesundheit in allen Sprachen, Pflaster, Manual Gesundheitsversorgung in allen Sprachen
Bewegung	Kreppband, Filzstift, Ball, Karten mit Sportarten, Springseil, Bewegung-Poster, Poster mit Übungen, Manual Bewegung in allen Sprachen
Psychische Gesundheit	Kreppband, Filzstift, Gefühlsskala, Moderationspunkte, Gefühlskarten, Manual psychische Gesundheit in allen Sprachen
Mundgesundheit	Kreppband, Filzstift, Mundmodell mit Zahnbürste, Zahnpasta, Zahnseide, Trockenerbse, Interdental Bürste, Reis, Salz, Manual Mundgesundheit in allen Sprachen

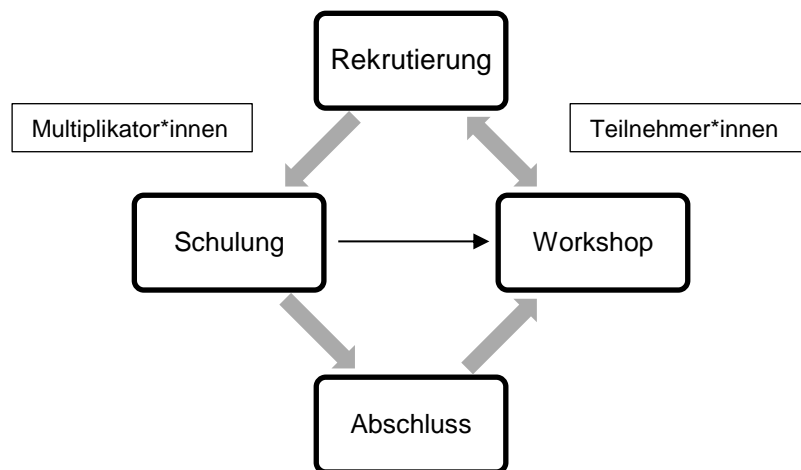
2.3 Phasen des REFUGIUM-Programms

Das Programm REFUGIUM wird für die vorliegende Evaluation in mehrere Phasen gegliedert: Rekrutierungsphase, Multiplikatoren-schulung, Durchführung von Workshops sowie Abschlussphase. Wie in Abbildung 1 dargestellt, sind die Arbeitsphasen nicht hierarchisch aufgebaut, sondern können an verschiedenen Zeitpunkten begonnen werden. Die Rekrutierung verfolgt zweierlei Ziele. Zum einen sollen potenzielle Multiplikator*innen angeworben werden, zum anderen sollen Teilnehmer*innen in Unterkünften oder anderen Settings

² Der TipDoc Diagnosebogen erleichtert durch die Übersetzung der relevantesten Fragen die Erstanamnese eines fremdsprachigen Patienten durch den Arzt (Setzer Verlag, o.J.).

zur Teilnahme an den REFUGIUM-Gesundheitsworkshops motiviert werden. Die potenziellen Multiplikator*innen durchlaufen zunächst die Schulungsphase, in der die theoretische Ausbildung erfolgt. Im Rahmen der praktischen Ausbildung führen die angehenden REFUGIUM-Gesundheitsmultiplikator*innen Übungsworkshops in Fluchtunterkünften durch. Nach erfolgreicher Absolvierung der Schulungen erfolgt die Abschlussphase, in der die ausgebildeten Multiplikator*innen Zertifikate überreicht bekommen und somit qualifiziert werden, eigenständig oder mit Hilfe des REFUGIUM-Teams Workshops durchzuführen. Die in Unterkünften durchgeführten Workshops hingegen dienen zur interaktiven Weitergabe von Gesundheitsinformationen an Geflüchtete sowie zur erneuten Rekrutierung von potenziellen Multiplikator*innen für eine weitere Generation der Ausbildung.

Abbildung 1 REFUGIUM-Arbeitsphasen, in eigener Darstellung



2.3.1 Rekrutierungsphase

Die Rekrutierungsphase erfolgt zu zwei unterschiedlichen Zwecken. Zum einen zur Rekrutierung potenzieller Multiplikator*innen, zum anderen zur Rekrutierung von Teilnehmer*innen der REFUGIUM-Gesundheitsworkshops (Abbildung 1). Die Rekrutierung kann in zwei Phasen unterteilt werden. Die passive Phase dient der Organisation und Vorbereitung, die aktive Phase hingegen der aktiven Rekrutierung. Die genauen Schritte der einzelnen Phasen können der Tabelle 2 entnommen werden.

Die passive Rekrutierung potenzieller Multiplikator*innen findet vor dem aktiven Anwerben statt und ist ein wichtiger Bestandteil, der der Koordination des Teams, der Terminabsprache, der Erstellung von Einladungen und Aushängen, der Kontaktierung ausgebildeter Multiplikator*innen des REFUGIUM-Teams sowie der Erstellung von Pressemitteilungen dient. Die passive Phase hat keinen festgelegten Zeitrahmen und ist individuell gestaltbar. Zu Anfang vereinbaren die Mitglieder*innen des REFUGIUM-Teams Schulungstermine. Im

zweiten Schritt werden alle Multiplikator*innen kontaktiert und über die Schulung einer neuer Generation informiert. Im dritten Schritt werden Einladungen und Aushänge geschrieben sowie Pressemitteilungen erstellt und versendet, sodass in die aktive Phase übergegangen werden kann. Die aktive Rekrutierungsphase beinhaltet das aktive Anwerben für Schulungen in wichtigen Settings sowie das Anwerben während der Durchführung von Workshops.

In der passiven Rekrutierungsphase von Teilnehmer*innen erfolgt zunächst die Terminabsprache mit dem Sozialmanagement sowie dem REFUGIUM-Team für das geplante Workshopangebot. Im weiteren Verlauf werden die Workshopthemen sowie die Sprachvielfalt geplant, Handzettel zur Verteilung erstellt und an das Sozialmanagement der jeweiligen Unterkunft weitergeleitet. Die aktive Phase umfasst das persönliche Anwerben, mindestens eine Woche und ein Tag vor dem geplanten Workshop in der jeweiligen Unterkunft, und ein bis zwei Stunden vor Beginn des Workshops.

Tabelle 2 REFUGIUM-Rekrutierungsphasen, Workshops in Unterkünften und Multiplikatoren-schulung

Rekrutierungsphase	Workshop Teilnehmer*innen	Potenzielle Multiplikator*innen
passive Rekrutierungsphase	Kontaktaufnahme mit dem Sozialmanagement zwecks Terminabsprache Kontaktaufnahme mit allen REFUGIUM-Gesundheitsmultiplikator*innen zur Unterstützung der Durchführung Erstellung von Handzetteln Versendung der Handzettel per Mail/per Post an die jeweilige Unterkunft	Terminabsprache im Team Herstellung des Kontakts mit ausgebildeten Multiplikator*innen zur Unterstützung der Schulungen und zur Verteilung von Einladungen im Freundeskreis Erstellung von Einladungen zur Verteilung Erstellung von Einladungspostern zum Aushängen Erstellung einer Pressemitteilung Versendung der Einladungen per Mail/per Post an das Sozialmanagement aller Unterkünfte und Kooperationspartner*innen
aktive Rekrutierungsphase	Eine Woche vor dem Workshop; Werbung in der Unterkunft (an die Türen klopfen, Handzettel in der Kantine auslegen und Personen ansprechen, Handzettel in die Briefkästen stecken) – die Werbung kann auch vom Sozialmanagement übernommen werden (Werbung für neue Generation einer Schulung betreiben)	Verteilung von Einladungen in beliebigen Treffpunkten, Cafés, Sprachkursen und ähnlichen Settings Werbung in Workshops

2.3.2 Multiplikatorenschulung

In den Multiplikatorenschulungen bildet REFUGIUM Menschen mit Fluchtbiographie, die vorzugsweise einen pädagogischen Beruf erlernt und/oder einschlägige Erfahrungen im Gesundheitswesen haben sowie relevante im Herkunftsland, auf der Flucht oder in Deutschland erworbene Kompetenzen mitbringen, zu REFUGIUM-Gesundheitsmultiplikator*innen aus. Interessierte Frauen und Männer ab 14 Jahren werden in zwei bis vier Veranstaltungen mit einem Trainingsumfang von 16 Stunden am Department für Gesundheitswissenschaften der HAW Hamburg in sechs verschiedenen Gesundheitsthemen geschult. Während der theoretischen Ausbildung sollen die Themengebiete inhaltlich verstanden und Methoden zur Durchführung der Workshops erlernt werden. Die theoretische Ausbildung wird durch Übungsworkshops in Unterkünften ergänzt, die während oder nach der theoretischen Schulung durchgeführt werden. Hierbei stehen ausgebildete Multiplikator*innen und Student*innen zur Unterstützung zur Verfügung. Nach erfolgreichem Abschluss der Schulung erhalten die REFUGIUM-Gesundheitsmultiplikator*innen ein Zertifikat sowie alle nötigen REFUGIUM-Materialien und sind qualifiziert, in Ihrer Muttersprache eigenständig und/oder mit Unterstützung des REFUGIUM-Teams Workshops in verschiedenen Settings durchzuführen (internes Dokument 3, S. 1f).

2.3.3 Durchführung von Workshops in Unterkünften

Die REFUGIUM-Gesundheitsmultiplikator*innen sind nach Abschluss der Multiplikatorenschulung dafür qualifiziert, interaktive und aktivierende themenbezogene Gesundheitsworkshops durchzuführen. Die REFUGIUM-Gesundheitsworkshops finden in einem Stuhlkreis statt und haben eine durchschnittliche Durchführungsdauer von 90 Minuten. Je nach Thema und Anzahl von Teilnehmer*innen kann der Zeitrahmen der Workshops jedoch variieren. Die Workshops können in Fluchtunterkünften, anderen geeigneten Veranstaltungsräumen und ähnlichen Settings durchgeführt werden. In den Gesundheitsworkshops werden gesundheitsbezogene Themen in der Muttersprache der ausgebildeten Multiplikator*innen in einem Peer-to-Peer-Ansatz an Geflüchtete weitergegeben. Die Vermittlung der Themen wird durch geeignete Visualisierung und interaktive Phasen unterstützt. Zudem erhalten die Teilnehmer*innen Themenflyer in der jeweiligen Muttersprache, die das vermittelte Wissen in einer kurzen Zusammenfassung wiedergeben. Zusätzlich erhalten die Teilnehmer*innen eine Teilnahmebestätigung für das jeweilige Workshopthema. Die REFUGIUM-Gesundheitsworkshops sind für eine Teilnehmer*innenanzahl von bis zu 15 Personen konzipiert. Außerdem können die REFUGIUM-Gesundheitsworkshops bei Bedarf und Planung einer weiteren Generation zur Rekrutierung weiterer potenzieller Multiplikator*innen für die Multiplikatorenschulung genutzt werden (internes Dokument 3, S. 1f).

2.3.4 Abschlussphase

Die Abschlussphase der REFUGIUM-Arbeitsphasen stellt die Zertifikatsübergabe sowie das gemeinsame Abschlussfest dar. Dieses wird durch das REFUGIUM-Team mit Unterstützung der involvierten Studierenden organisiert. Eingeladen werden neben den REFUGIUM-Gesundheitsmultiplikator*innen aller Ausbildungsgenerationen, das Dekanat sowie die Pressestelle. In einer großen Runde mit Getränken und Snacks erfolgt die Zertifikatsübergabe. Das REFUGIUM-Multiplikator*innenzertifikat bescheinigt die Teilnahme an einer 16-stündigen Schulung, die einem Kreditpunkt nach ECTS³ entspricht. Des Weiteren wird bestätigt, dass Workshops in Unterkünften und/oder geeigneten Settings zu sechs gesundheitsbezogenen Themen durchgeführt werden dürfen. Zudem wird die Sammlung praktischer Erfahrungen im Rahmen der Multiplikatorenschulung in Form von Übungsworkshops bescheinigt. Je nach Generation und Planung wird das didaktische Training der Multiplikator*innen auch an diesem Tag durchgeführt (Beobachtungsvermerk 21).

2.4 REFUGIUM-Workshops

Im folgenden Unterkapitel werden die sechs REFUGIUM-Workshopthemen Ernährung, Hygiene, Gesundheitsversorgung, psychische Gesundheit, Bewegung und Mundgesundheit vorgestellt. In diesem Kontext wird auf die Relevanz des Workshops und die damit verbundenen Ziele, den Inhalt sowie die benötigten Materialien eingegangen.

2.4.1 Workshop Ernährung

Relevanz: Ernährung in Deutschland wird als große Herausforderung erlebt, denn Lebensmittel, Speisen und Essenszeiten sind meist fremd. Geflüchtete in Erstaufnahmeeinrichtungen müssen an der Gemeinschaftsverpflegung teilnehmen und dürfen nicht selbst für sich und die Familie kochen. Dies wird oft als Autonomieverlust erlebt. Bei vielen Kindern und Erwachsenen führt das fremde Essen zu Verdauungsproblemen und Unverträglichkeiten, viele verweigern bestimmte Speisen oder ganze Mahlzeiten. Zudem leidet die Mehrheit unter Mangel- und Fehlernährung (internes Dokument 4).

Ziel: Der Ernährungsworkshop bietet die Gelegenheit das eigene Essverhalten zu reflektieren und vermittelt Informationen über gesunde Lebensmittel und Ernährung in Deutschland. Durch einen gezielten Austausch werden Geflüchtete befähigt, ihre Handlungskompetenzen zu aktivieren und Verständnis für die aktuelle Situation zu erfahren. Ziel des

³ ECTS1 ist ein Instrument zur Gestaltung, Beschreibung und Durchführung von Programmen sowie zur Vergabe von Hochschulabschlüssen (Europäische Gemeinschaften, 2009, S. 7).

Workshops ist es, dass Geflüchtete lernen, das Beschwerdemanagement in den Erstaufnahmeeinrichtungen richtig zu nutzen und in Folgeunterkünften die eigene Ernährung gesund und abwechslungsreich zu gestalten (ebd.).

Inhalt: Das Manual, bestehend aus vier Phasen, hat einen Zeitrahmen von 70 Minuten. In einer zehnminütigen Begrüßungs- und Einführungsphase stellen sich die Teilnehmer*innen mit Hilfe ihres Lieblingsobstes vor. Im ersten Hauptteil werden Erfahrungen über Essen und Kochen in Deutschland und im Herkunftsland ausgetauscht sowie Empfehlungen zum Essverhalten erarbeitet. Hierbei werden sowohl eine Skala und Moderationspunkte zur persönlichen Einschätzung des Essverhaltens als auch ein DGE-Ernährungskreis und Lebensmittelbilder, um die Lebensmittel aus der Heimat den verschiedenen Lebensmittelgruppen zuzuordnen, benötigt (25 Minuten). Darauffolgend werden die Teilnehmer*innen im zweiten Hauptteil interaktiv über Zucker- und Fettanteile in Lebensmitteln sowie gesunde Ernährung informiert. Um die Einschätzung der Zucker- und Fettgehalte zu visualisieren kommen eine Colaflasche, eine Chipstüte, Zuckerwürfel sowie ein Messzylinder zum Einsatz. Zum Abschluss erfolgt eine Take-Home-Message in Form einer Zusammenfassung (10 Minuten) sowie die Verteilung des Themenflyers.

2.4.2 Workshop Hygiene

Relevanz: Die neue Lebenssituation in Deutschland, insbesondere in Gemeinschaftsunterkünften, und das neue Klima stellt geflüchtete Menschen vor große Herausforderungen in Bezug auf Hygiene. In Erst- und Folgeunterkünften leben sie mit einer Vielzahl von Personen unterschiedlicher Kulturkreise auf engstem Raum zusammen. Die meisten haben Probleme mit dem Hygieneverhalten ihrer Mitbewohner*innen, vor allem in Hinblick auf die Verhütung von Infektionskrankheiten, Parasiten oder Schimmelbildung. Für das Wohlbefinden ist Hygiene von großer Bedeutung. In Gemeinschaftsunterkünften hingegen ist eine würdevolle Möglichkeit, sich zu waschen, zu duschen und auf die Toilette zu gehen, dennoch nicht gegeben (internes Dokument 5).

Ziel: Ziel des Workshops ist es, Geflüchtete zu informieren, wie sie sich selbst und ihre Familie durch Hygiene vor Krankheiten schützen können. Der Hygieneworkshop vermittelt Informationen über Hygiene in Gemeinschaftsunterkünften, Vorbeugung von Infektionskrankheiten und Parasiten sowie angemessenes Verhalten. Durch einen gezielten Austausch werden Geflüchtete motiviert, Erfahrungen zu teilen. Sie werden befähigt, interaktiv Lösungsansätze zu erarbeiten und gezielt Probleme anzusprechen (ebd.).

Inhalt: Das Manual, bestehend aus vier Phasen, hat einen Zeitrahmen von 45 Minuten. In einer zehnminütigen Begrüßungs- und Einführungsphase stellen sich die Teilnehmer*innen

vor. Im ersten Hauptteil werden Informationen zu den Aspekten Haar-, Mund- und Handhygiene, Körperpflege, Toilettenhygiene sowie Küchen- und Raumhygiene vermittelt. Infolgedessen findet ein Austausch von Erfahrungen und Problemen zum Thema Hygiene sowie eine partizipative und interaktive Entwicklung von Lösungsansätzen statt. Hierfür wird das *Poster Hygiene* zur Präsentation der Inhalte benötigt (15 Minuten). Darauffolgend werden im zweiten Hauptteil Informationen über die Verbreitung von Krankheitserregern mit Hilfe von Glitzerpulver weitergegeben (15 Minuten). Zum Abschluss erfolgt eine Take-Home-Message in Form einer Zusammenfassung (5 Minuten) sowie die Verteilung des Themenflyers.

2.4.3 Workshop Gesundheitsversorgung

Relevanz: Geflüchtete Menschen stehen vor der Herausforderung, sich trotz Sprachbarrieren und Unsicherheiten im deutschen Gesundheitssystem zurecht zu finden. Aufgrund von Erkrankungen, die vor, während und nach der Flucht erworben wurden, ist die Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit für die Geflüchteten besonders wichtig (internes Dokument 6).

Ziel: Der Workshop Gesundheitsversorgung bietet Gelegenheit zum Austausch über bekannte und unbekannte Versorgungsstrukturen im Heimatland und in Deutschland. Zudem erhalten die Teilnehmer*innen Informationen über rechtliche Rahmenbedingungen, Wege bei Erkrankung und lernen Handlungsabläufe in der Versorgung kennen. Es ist Ziel des Workshops, Geflüchtete zu motivieren, durch die richtige Nutzung der Versorgungsstrukturen ihre Gesundheit zu erhalten, wiederherzustellen und zu fördern (ebd.).

Inhalt: Das Manual, bestehend aus drei Phasen, hat einen Zeitrahmen von 73 Minuten. In einer zehnminütigen Begrüßungs- und Einführungsphase stellen sich die Teilnehmer*innen vor. Der/Die Gesundheitsmultiplikator*innen stellen nach der Vorstellungsrunde den Ablauf des Workshops sowie den Themenflyer vor. Im Hauptteil erfolgen zunächst Informationen über rechtliche Rahmenbedingungen. Im Anschluss findet ein Austausch über Zugangsstrukturen zur Versorgung im Herkunftsland und in Deutschland sowie über Wege in der Versorgung bei Erkrankung statt. Die Teilnehmer*innen erhalten zur Unterstützung im Alltag die BMG-Broschüre⁴ in Ihrer Muttersprache. Danach werden Informationen zu Versorgungs- und Beratungsstellen ausgetauscht sowie Empfehlungen zum Thema Prävention von Erkrankungen gegeben (60 Minuten). Zum dreiminütigen Abschluss erfolgt eine Take-Home-Message in Form einer Zusammenfassung.

⁴ Die BMG-Broschüre Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende beinhaltet relevante Informationen zum Thema Gesundheit und Versorgung in Deutschland (BMG, 2016).

2.4.4 Workshop Psychische Gesundheit

Relevanz: Eine Flucht stellt Menschen vor die Herausforderung, traumatische Erlebnisse zu bewältigen und sich an neue Lebensbedingungen anzupassen. Viele Geflüchtete mussten Gewalt, Krieg, Folter und Missbrauch in ihren Heimatländern erleben, als Opfer oder Zeugen. Weiterhin stellen auch traumatische Erfahrungen wie Diskriminierung, Arbeitslosigkeit, Autonomieverlust und Ungewissheit bezüglich des Asylverfahrens im Zufluchtsland Risiken für die psychische Gesundheit dar. Geflüchtete Menschen in Erstaufnahmeeinrichtungen finden sich oft in einer ungewohnten und fremdstrukturierten Alltagsrealität wieder. Sie leben mit vielen Kulturen und Personen, mit anderen religiösen Ansichten in Gemeinschaftsunterkünften zusammen. Die Mehrheit der Geflüchteten leidet unter Zukunftsängsten und unter Folgen traumatischer Erlebnisse. Hinzu kommen negative Einflussfaktoren wie vorhandene Sprachbarrieren und fehlende Integration in die Gesellschaft, die auf Dauer zur sozialen Isolation führen können (internes Dokument 7).

Ziel: Der Workshop Psychische Gesundheit bietet Gelegenheit zum Austausch über persönliche Stressoren und Verhaltensmuster, Symptome psychischer Erkrankungen und Handlungskompetenzen. Geflüchtete werden befähigt, vorhandene Ressourcen zu aktivieren und Lösungsansätze zu erarbeiten. Es ist Ziel des Workshops, dass Geflüchtete lernen, bestehende Ressourcen zu erkennen und zu mobilisieren, um ihre psychische Gesundheit eigenständig zu stärken und zu stabilisieren (ebd.).

Inhalt: Das Manual, bestehend aus drei Phasen, hat einen Zeitrahmen von 72 Minuten. In einer siebzehnminütigen Begrüßungs- und Einführungsphase stellen sich die Teilnehmer*innen mit Hilfe eines Teamballs vor und schätzen ihr Wohlbefinden anhand einer Skala ein. Im Anschluss erfolgt die Vorstellung des Ablaufs und der Ziele des Workshops seitens der Multiplikator*innen. Im Hauptteil findet ein Austausch von Erfahrungen über verschiedene Emotionen statt. Daraufhin werden Informationen über persönliche Ursachen/Stressoren und Reaktionsmuster anhand eines Posters erläutert. Abschließend werden die Teilnehmer*innen durch den Einsatz von Emotionsbildern zum Austausch und zur Findung von Lösungsansätzen animiert. Des Weiteren findet ein Austausch über Ressourcen sowie über Symptome von psychischen Erkrankungen und deren Vorbeugung statt (50 Minuten). Zum Abschluss erfolgt eine Take-Home-Message in Form einer Zusammenfassung (5 Minuten) sowie die Verteilung des Themenflyers.

2.4.5 Workshop Bewegung

Relevanz: Die neue Lebenssituation in Deutschland stellt geflüchtete Menschen vor die Herausforderung, ihren Lebensstil an die Gegebenheiten im Aufnahmeland anzupassen.

Gewohnte Bewegungsmuster und körperliche Alltagstätigkeiten entfallen. Klima, Vegetation und Landschaft, bauliche Gegebenheiten sowie Sportstrukturen sind ungewohnt. Zusätzlich können Verletzungen, traumatische Erlebnisse oder das Leben in Unterkünften und die daraus folgende soziale Isolation das Leben in Deutschland zusätzlich einschränken. Bewegung fördert die Integration und das Wohlbefinden und kann helfen, traumatische Erlebnisse zu bewältigen, soziale Isolation zu überwinden und Probleme bei gemeinsamer Aktivität zu thematisieren (internes Dokument 8).

Ziel: Der Workshop bietet Gelegenheit, das eigene Bewegungsverhalten zu reflektieren und vermittelt Informationen über gesunde Bewegung und körperliche Aktivität sowie Bewegungsmöglichkeiten. Durch einen gezielten Austausch werden Geflüchtete zur Durchführung motiviert und bei Übungen angeleitet. Es ist Ziel des Workshops, das Bewusstsein für den Nutzen körperlicher Aktivität zu steigern, um das physische und psychische Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl zu stärken sowie durch Sport soziale Integration und Gemeinschaftssinn zu fördern (ebd.).

Inhalt: Das Manual, bestehend aus vier Phasen, hat einen Zeitrahmen von 82 Minuten. In einer zwölfminütigen Begrüßungs- und Einführungsphase stellen sich die Teilnehmer*innen mit Hilfe eines Teamballs vor, im Anschluss erfolgt die Vorstellung des Ablaufs und der Ziele des Workshops. Im ersten Hauptteil findet ein Austausch von Erfahrungen über Sport und Bewegung in Deutschland und im Herkunftsland statt. Hierzu werden Karten mit visueller Darstellung von Sportarten und Sportmöglichkeiten benötigt. Daraufhin werden Informationen über Sportarten und Bewegungsdimensionen anhand eines Posters erläutert sowie Empfehlungen zur körperlichen Aktivität gegeben. Abschließend werden die Teilnehmer*innen anhand der Karten zum Austausch über Sportarten animiert (40 Minuten). Im zweiten Hauptteil, der Aktionsphase, findet eine gemeinsame Sporteinheit statt. Hierzu werden die Springseile genutzt (15 Minuten). Zum Abschluss erfolgt eine Take-Home-Message in Form einer Zusammenfassung (10 Minuten) sowie die Verteilung des Themenflyers.

2.4.6 Workshop Mundgesundheit

Relevanz: Die gesundheitlichen Bedingungen vor, während und nach der Flucht stellen geflüchtete Menschen vor die Herausforderung, dass zwar die Grundlagen der Zahnpflege bekannt sind, jedoch das Bewusstsein für Prophylaxe fehlt. Gesunde Zähne und Zahnfleisch sind eine Grundvoraussetzung für die Gesundheit des ganzen Körpers. Schmerzende und kariöse Zähne und Parodontose beeinträchtigen das eigene Wohlbefinden, die Gesundheit und soziale Kontakte. Asylbewerber*innen steht nur eine stark eingeschränkte Behandlung der Zähne zu. Deshalb benötigen geflüchtete Menschen Informationen über

Mundhygiene, um Gesundheitsschäden präventiv entgegenzuwirken und hohe privat zu tragende Kosten zu vermeiden (internes Dokument 9).

Ziel: Der Workshop Mundgesundheit bietet Gelegenheit, die eigene Mundgesundheit einzuschätzen und vermittelt Informationen über richtiges Zähneputzen, rechtliche Rahmenbedingungen der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland sowie die Wichtigkeit der Prophylaxe. Es ist Ziel des Workshops, Empfehlungen zum Ess- und Trinkverhalten zu geben sowie einfache Maßnahmen zu erläutern, um Zähne und Zahnfleisch gesund zu erhalten.

Inhalt: Das Manual, bestehend aus drei Phasen, hat einen Zeitrahmen von 70 Minuten. In einer zehnminütigen Begrüßungs- und Einführungsphase stellen sich die Teilnehmer*innen vor und schätzen ihr Wissen über Mundgesundheit ein. Im Anschluss erfolgt die Vorstellung des Ablaufs und der Ziele des Workshops seitens der Multiplikator*innen. Im Hauptteil findet ein Austausch von Erfahrungen und Wissen über Mundgesundheit statt. Hierzu werden Karten mit visueller Darstellung von Zahnerkrankungen benötigt. Daraufhin werden Informationen zu verschiedenen Mundhygieneartikeln und richtigem Zähneputzen vermittelt. Zusätzlich erfolgt eine Übung zum Zähneputzen anhand eines Mundmodells. Abschließend werden Informationen zu rechtlichen Rahmenbedingungen der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland sowie Informationen zu gesundem Ess- und Trinkverhalten gegeben (50 Minuten). Zum Abschluss erfolgt eine Take-Home-Message in Form einer Zusammenfassung (10 Minuten) sowie die Verteilung des Themenflyers.

3 Methoden der Evaluation

In diesem Kapitel erfolgt die Definition von Evaluation sowie die Einordnung dieser in der Gesundheitsförderung. Zudem werden die Ziele sowie die methodischen Rahmenbedingungen der vorliegenden Evaluation beschrieben. Ausgehend davon werden die Evaluationsformen und -standards sowie Güte- und Evaluationskriterien erläutert. Abschließend erfolgt die Erläuterung der Datenerhebung und -auswertung.

3.1 Definition

Für den Begriff *Evaluation* existieren verschiedene Definitionen. So kann Evaluation im alltäglichen Sinne für bewertende, beurteilende Prozesse verwendet werden. Auch kann sie als spezifisches Denkmodell angesehen werden, welches ein nachprüfbares Verfahren des Bewertens anhand verschiedener Methoden, Verfahren und Ansätze beinhaltet (Kromrey, 2001, S. 10). Die Evaluationsforschung bezieht sich folglich auf das systematische Bewerten von Interventionen wie Maßnahmen, Projekte sowie Institutionen. Unter Anwendung empirischer Methoden werden Informationen gezielt gesammelt und mithilfe von qualitativen und quantitativen empirischen Methoden sowie anhand von Kriterien bewertet (Töppich & Linden, 2011, S. 69). Evaluationsstudien sind demnach keine eigene Methode; sie stellen ein komplexes Vorgehen dar und zeichnen sich nicht durch eine gemeinsame Vorgehensweise, sondern durch ihre Zielstellungen aus (Häder, 2015, S. 367f).

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bezieht sich die Evaluation meist auf Interventionen, die gesundheitsbezogene Effekte auf der Verhaltensebene oder auf struktureller Ebene bewirken soll. Insbesondere dient eine Evaluation einer Intervention der Reflexion, dem Erkenntnisgewinn und der Legitimation einer Vorgehensweise. Zudem fließen die gewonnenen Erkenntnisse idealerweise in den Verbesserungsprozess ein und erhöhen die Qualität der Maßnahme. Hervorzuheben ist, dass die Evaluation einer Intervention in einem Setting oder die Evaluation spezifischer Zielgruppen eine besondere Herangehensweise erfordert (Haack & Haß, 2016, S. 1f). Auch wenn die Evaluierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Deutschland noch nicht zur Routine gehört, ist es wichtig, diesen Ansatz zu verfolgen, da konkrete Empfehlungen für eine Bewertung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen abgeleitet und eine Optimierung ermöglicht werden kann (Loss, Seibold, Eichhorn & Nagel, 2010, S. 15).

3.2 Zielsetzung

Mit Hilfe einer Evaluation können die Rahmenbedingungen des Programms sowie der Prozessverlauf beurteilt und damit die kontinuierliche Dokumentation und Überprüfung des Programms gewährleistet werden (Loss et. al., 2010, S. 13). Die Evaluation des Programms

REFUGIUM erfüllt den Zweck der Erkenntnisgewinnung und Optimierung (Döring, 2014, S. 172). Erkenntnisse über Eigenschaften des Programms sollen zur zielgerichteten Verbesserung des Prozesses beitragen. In diesem Sinne ist das Ziel der Evaluation, den Evaluationsgegenstand REFUGIUM in seiner Struktur anhand operationalisierter Kriterien zu bewerten. Weiterhin sollen die Situation und der Verlauf des Programms beschrieben, anhand dieser Beschreibungen Chancen und Hürden herausgearbeitet und in diesem Kontext Verbesserungsmöglichkeiten bzw. Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

3.3 Rahmenbedingungen

Zur Durchführung der Evaluation des Programms REFUGIUM liegt eine qualitative Evaluation nahe, da der qualitative Ansatz im Vergleich zum quantitativen eine größere Offenheit gegenüber dem Evaluationsgegenstand bietet und die Größe des Evaluationsgegenstands berücksichtigt (Kuckartz, Dresing, Rädiker & Steffer, 2008, S. 11). Der Fokus der vorliegenden Untersuchung liegt dabei nicht nur auf der Auswertung der Rahmenbedingungen des Programms, der Strukturevaluation, sondern bezieht ebenfalls die Prozesse und Abläufe des Programms als wichtige Indikatoren für Qualitätssicherung mit ein. Evaluationen werden nach Döring (2014, S. 173) unterschieden in: formativ oder summativ, intern oder extern, Struktur-, Prozess- oder Ergebnisevaluation. Damit werden unterschiedliche Aspekte einer Evaluation angesprochen und gekennzeichnet.

Im Folgenden werden die für die in diesem Rahmen durchgeführte Evaluation relevanten Begriffe und Methoden wie formative Evaluation, interne Evaluation sowie Struktur- und Prozessevaluation im Kontext der methodischen Umsetzung erläutert.

3.3.1 Formative Evaluation

Die anhand unterschiedlicher Kriterien im Zuge der Evaluation erarbeitete Bewertung des Evaluationsgegenstandes REFUGIUM soll in der Praxis unterschiedlichen Zwecken dienen. Die Evaluationsfunktionen bieten hiermit ein relevantes Unterscheidungskriterium. Im Rahmen der *Formativen Evaluation* werden in regelmäßigen Abständen Zwischenergebnisse mit dem Ziel, eine laufende Maßnahme zu verbessern, dargestellt. Wichtig ist es, Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Wahrscheinlichkeit der Wirksamkeit einer Maßnahme erhöhen (Kromrey, 2001, S. 11; Döring, 2014, S. 173), sodass die Evaluationsergebnisse primär von den an der Maßnahme beteiligten Personen genutzt werden kann (Döring & Bortz, 2016, S. 990). Um einen gestaltenden und formenden Einfluss auf den Programmverlauf zu nehmen, wird die Evaluation des Programms REFUGIUM in begleitender Form angewendet.

3.3.2 Interne Evaluation

Ein weiteres Einteilungskriterium ist die institutionelle Zugehörigkeit und Rollenverteilung zwischen Evaluationsteam und Evaluierten. Das Programm REFUGIUM wird *intern* evaluiert. Eine ständige Überprüfung während des Programms ist ein deutlicher Bestandteil des Entwicklungs- und Implementationsprozesses und zählt zusätzlich als Merkmal der Qualitätssicherung (Döring, 2014, S. 173). Zu beachten ist, dass die Evaluation des Programms REFUGIUM aus einem Mix einer *internen Fremdevaluation* und einer *Selbstevaluation* besteht. Bei der internen Fremdevaluation stammen die Evaluierenden aus der gleichen Institution, die auch für die Umsetzung der Maßnahme zuständig sind. Der Vorteil der internen Fremdevaluation des Programms REFUGIUM besteht darin, dass eine passive Beteiligung der Evaluatorin in den meisten Phasen des Programms gegeben ist, sodass die Verfolgung des Programms sowie der Zugang zu allen nötigen Dokumenten gewährleistet ist. Laut Döring und Bortz (2016, S. 989) stellt die *Selbstevaluation* dagegen einen Sonderfall dar. Die Evaluatorin ist sowohl evaluierende Person als auch aktiv Beteiligte der Maßnahme. Sie ist in unterschiedlichen Phasen der Planung, Koordinierung und Umsetzung involviert. Im Fall der Evaluation des REFUGIUM-Programms kann der Mix aus Selbstevaluation und internen Fremdevaluation als Vorteil und als Nachteil gesehen werden. Der benötigte Zugang zu allen Informationen sowie die ständige Anwesenheit ist positiv zu werten, jedoch besteht die Gefahr einer mangelnden Objektivität der Resultate. Zu berücksichtigen ist demgegenüber, dass die Evaluatorin des REFUGIUM-Programms nicht durchgängig aktiv am Programm beteiligt war, lediglich in der Anfangsphase sowie in den letzten drei Monaten im Rahmen ihres Praktikums. Zudem war die Evaluatorin nicht in die Erhebung der auszuwertenden Daten involviert.

3.3.3 Struktur- und Prozessevaluation

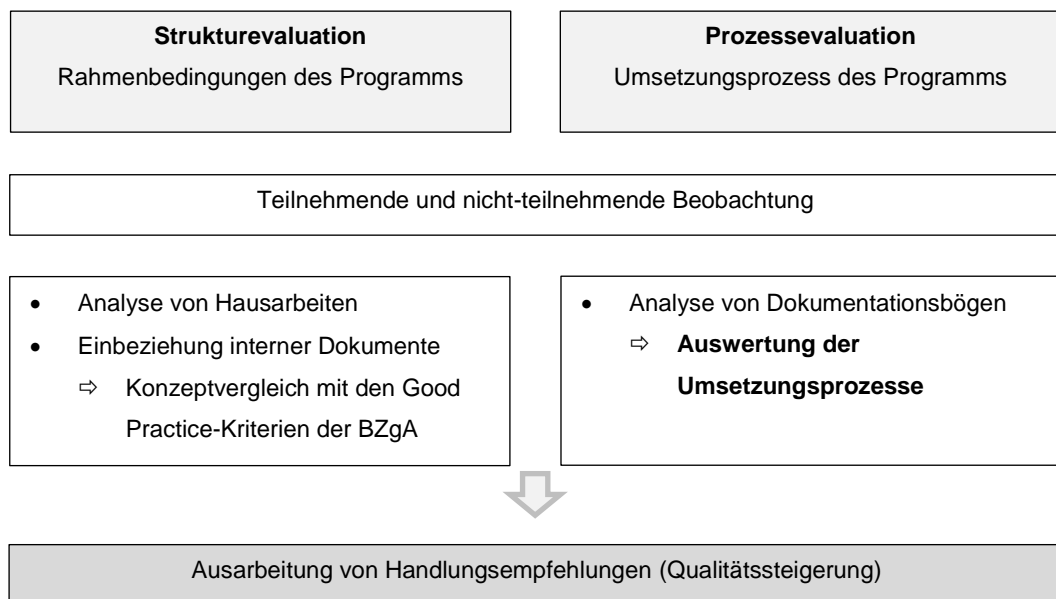
Die vorliegende nutzenorientierte Evaluation wurde in Anlehnung an das CIPP-Modell von Stufflebeam und Shinkfield (2007, zitiert nach Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 91) durchgeführt. Hierbei steht CIPP als Akronym für Context, Input, Process und Product. Das Modell umfasst den *Context* und *Input*, also die Struktur und Konzeption einer Intervention, hier die Strukturevaluation. Der *Process* hingegen beschreibt die Programmdurchführung mit allen Maßnahmen und Aktivitäten der Intervention, hier die Prozessevaluation. Das *Product*, die Ergebnisevaluation, findet in dieser Ausarbeitung nicht statt. Demnach werden bei der Evaluation präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen – je nachdem, zu welchem Zeitpunkt eine Evaluation durchgeführt werden soll – zwischen drei Formen der Evaluation unterschieden: der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation (Loss et al., 2010, S. 15; Loss et al., 2007, S. 119).

Die *Strukturevaluation* findet vorzugsweise vor der Umsetzung eines Programmes statt, bezieht sich auf das Konzept der Maßnahme und konzentriert sich im Wesentlichen auf die Bestandsaufnahme und Rahmenbedingungen der Umsetzung (Döring & Bortz, 2016, S. 990). Ziel ist es, die Schwachstellen in der Planung frühzeitig aufzudecken und die weitere Planung des Programms zu optimieren sowie das Handlungskonzept zu bewerten (Loss et al., 2010, S. 15; Loss et al., 2007, S. 119).

Die *Prozessevaluation* hingegen sollte kontinuierlich während der Durchführung der Intervention stattfinden und dient der Optimierung der Intervention (Haack & Haß, 2016, S. 2). Hierbei stehen die rechtzeitige Erkennung von Chancen und Hürden bei der Durchführung als auch die kontinuierliche Verbesserung der Prozessgestaltung im Vordergrund (Loss et al., 2010, S. 15).

In Abbildung 2 werden die Struktur- und Prozessevaluation im Kontext der Evaluation des REFUGIUM-Programms dargestellt. In diesem Zuge werden der Ansatz, die Erhebungs- und Auswertungsmethode sowie das allgemeine Ziel im Überblick skizziert.

Abbildung 2 Übersicht Struktur- und Prozessevaluation des REFUGIUM-Programms, in eigener Darstellung



3.4 Evaluationsstandards

Evaluationsstandards sind Vorgaben für gute wissenschaftliche Evaluationsforschungen (Döring & Bortz, 2016, S. 984, 991). Nach aktuellem nationalem und internationalem Diskussionsstand der Wissenschaftsgemeinschaft sollten die Evaluationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation e.V. (DeGEval) berücksichtigt werden (Robert-Koch-Institut, 2012, S. 70; Döring, 2014, S. 174). Um einem hohen Qualitätsstandard zu genügen,

sind insbesondere die Standards im Handlungsfeld der Selbstevaluation für die Evaluation des Programms REFUGIUM von Bedeutung (DeGEval, 2004, S. 6). Hierbei werden den vier allgemeinen Gruppen der Evaluationsstandards, Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit, insgesamt 27 Standards für Evaluation im Handlungsfeld der Selbstevaluation gegenübergestellt (ebd., S. 9).

Im Folgenden werden die vier Gruppen und dazugehörigen Standards aufgeführt (Tabelle 3). Eine detaillierte Aufführung ist dem Anhang 3 zu entnehmen. Darauffolgend wird Bezug auf die Umsetzung der Evaluationsstandards im Rahmen der Evaluation des REFUGIUM-Programms genommen.

Tabelle 3 Evaluationsstandards in der Selbstevaluation (vgl. DeGEval, 2004, S. 9-14), in eigener Darstellung

Evaluationsstandard	Bezeichnung	Inhalt
Nützlichkeit	N1	Identifizierung der Beteiligten und Betroffenen
	N2	Klärung der Evaluationszwecke
	N3	Glaubwürdigkeit und Kompetenz des Evaluators bzw. Evaluatorin
	N4	Auswahl und Umfang der Evaluation
	N5	Transparenz von Werten
	N6	Vollständigkeit und Klarheit der Berichtserstattung
	N7	Rechtzeitigkeit der Evaluation
	N8	Nutzung und Nutzen der Evaluation
Durchführbarkeit	D1	Angemessene Verfahren
	D2	Diplomatisches Vorgehen
	D3	Effizienz von Evaluation
Fairness	F1	Formale Vereinbarungen
	F2	Schutz individueller Rechte
	F3	Vollständige und faire Überprüfung
	F4	Unparteiische Überprüfung und Berichtserstattung
	F5	Offenlegung der Ergebnisse
Genauigkeit	G1	Beschreibung des Evaluationsgegenstandes
	G2	Kontextanalyse
	G3	Beschreibung von Zweck und Vorgehen
	G4	Angabe von Informationsquellen
	G5	Valide und reliable Informationen
	G6	Systematische Fehlüberprüfung
	G7	Analyse qualitativer und quantitativer Informationen
	G8	Begründete Schlussfolgerungen
	G9	Meta-Evaluation

Nützlichkeit: Mit den Nützlichkeitsstandards soll sichergestellt werden, dass die Evaluation am Evaluationszweck und Informationsbedarf ausgerichtet wird (Döring, 2014, S. 174). Demnach wurden zu Anfang die am zu evaluierenden Gegenstand beteiligten Personen identifiziert. Diese umfassen die Evaluatorin, das REFUGIUM-Team, bestehend aus Multiplikator*innen, Student*innen und Mitarbeiter*innen, sowie Prof. Dr. Christine Färber (N1). Um die Glaubwürdigkeit und Transparenz herzustellen sowie ein Höchstmaß an Akzeptanz der Ergebnisse zu erreichen, wurde zudem dargelegt, dass die Evaluatorin seit dem Sommer Semester 2016, also ab dem zweiten Semester der Umsetzung des Programms, Mitglied des REFUGIUM-Teams ist und evaluationsmethodische Kompetenzen sowohl im Rahmen der Vorlesung *Einführung in die Evaluation* sowie durch Anwendung im *Modul Evaluation* und im fakultätsübergreifendem *Modul Demenz des Competence Center Gesundheit (CCG)* erworben hat, bei Bedarf jedoch zusätzlich Prof. Dr. Christine zur Beratung herangezogen werden kann (N3). Der Zweck der Evaluation sowie die Auswahl und der Umfang des Evaluationsgegenstandes muss weiterhin erläutert werden, so dass die Beteiligten und Betroffenen unter Umständen Stellung beziehen können. Das Ziel der Evaluation wurde in Kapitel 3.2 Zielsetzung eingehend dargestellt. Außerdem wurde der Zweck der Datenerhebung sowie der Nutzen während der Datenerhebung mit den Betroffenen der Zielgruppe kommuniziert (N2, N4). Um die Grundlage der Werturteile ersichtlich zu machen, ist es weiterhin erforderlich, die Werte des Teams offenzulegen. Dies geht aus der Selbstdarstellung (internes Dokument 2) hervor. Zusätzlich wurden die Ergebnisse unter Berufung auf die Good Practice-Kriterien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) evaluiert (N5) und mittels der vorliegenden Ausarbeitung im Rahmen der Bachelorthesis dargestellt (N6). Die Evaluation des Programms ist ein kontinuierlicher Prozess im Rahmen der Programmqualität sowie der Programmgestaltung und wird seit Beginn des Programms praktiziert (N8), sodass eine kontinuierliche Dokumentation und Evaluation gewährleistet werden kann (N7).

Durchführbarkeit: Die Durchführbarkeit soll sicherstellen, dass die Evaluation gut durchdacht und geplant, realistisch, diplomatisch und kostenbewusst ausgeführt wird (Döring, 2014, S. 174). Dementsprechend wurde das Datenmaterial zur Evaluierung des Programms im Vorfeld durch Studierende der vorherigen Semester erhoben, sodass keine weiteren finanziellen und personellen Ressourcen nötig sind, um die Evaluation durchzuführen (D1). Die eingesetzten Mittel und Ressourcen sind des Weiteren notwendig und durch den Zweck der Evaluation, die Verbesserung des Programms, Erleichterung und Verbesserung der Umsetzung, Verbesserung der Workshops sowie des Workshopangebotes gerechtfertigt, da somit in diesem Rahmen unter anderem die Qualität des Programms gesteigert werden kann (D2, D3).

Fairness: „Die Fairnessstandards sollen sicherstellen, dass in einer Evaluation respektvoll und fair mit den betroffenen Personen und Gruppen umgegangen wird“ (vgl. Döring, 2014, S. 175). Für die Evaluation des REFUGIUM-Programms ist anzumerken, dass formale Vereinbarungen zur Durchführung der Evaluation und Erstellung des Berichtes im Vorfeld im Rahmen der Bachelorthesis zwischen Prof. Dr. Christine Färber und der Evaluatorin stattgefunden haben (F1). Die Ergebnisse werden weiterhin nach Fertigstellung der Bachelorthesis allen Mitglieder*innen des REFUGIUM-Teams zur Verfügung gestellt (F5). Im Kontext der Ergebnisdarstellung ist die Autorin außerdem verpflichtet, die Anonymität der Beteiligten des Evaluationsgegenstands zu wahren. Diese Daten sind ferner für die Zweck-erfüllung der Evaluation nicht von Relevanz und unbedeutend (F2). Die Ergebnisdarstellung soll trotz der Selbstevaluationsaspekte möglichst objektiv erfolgen, da dies zur Qualitäts-steigerung und Optimierung der Umsetzungsprozesse unabdingbar ist (F3, F4).

Genauigkeit: „Die Genauigkeitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation gültige Informationen und Ergebnisse zu dem jeweiligen Evaluationsgegenstand und den Evalua-tionsfragestellungen hervorbringt und vermittelt“ (vgl. Döring, 2014, S. 175). Im Rahmen der Bachelorthesis werden der Evaluationsgegenstand (siehe Kapitel 2. Evaluationsgegen-stand – REFUGIUM) (G1), das methodische Vorgehen, die methodischen Rahmenbedin-gungen sowie die Gütekriterien Reliabilität und Validität des Erhebungsinstrumentes be-schrieben (siehe Kapitel 3. Methoden) (G3, G5) und alle relevanten Informationsquellen im Literaturverzeichnis aufgeführt (G4). Außerdem werden im Rahmen der Datenauswertung qualitative sowie quantitative Ergebnisse dargestellt (G7) (siehe Kapitel 4. Ergebnisse) so-wie Handlungsempfehlungen im folgenden Kapitel abgeleitet (G8). Die Evaluation wird im Rahmen der Bachelorthesis sowie des REFUGIUM-Programms archiviert und zur Verbes-erung des Programms genutzt (G9). Jedoch entfallen die systematische Fehlprüfung (G6) sowie die Kontextanalyse (G2), da der Rahmen der Evaluation durch die Bachelorthesis eingegrenzt ist.

3.5 Gütekriterien

Ein umstrittenes Thema in der qualitativen Forschung ist die Qualitätsüberprüfung der ge-wonnenen Daten. Entgegen der Qualitätsüberprüfung der quantitativen Forschung, mittels klassischer Gütekriterien wie *Validität* und *Reliabilität* sowie verschiedener Signifikanztests ist die Überprüfung anhand dieser Gütekriterien in der qualitativen Forschung nicht immer umsetzbar (Mayring, 2008, S. 109f), da diese im Rahmen der psychologischen Testtheorie entwickelt wurden und mit qualitativen Ansätzen kaum auf einen Nenner zu bringen sind (Kuckartz, 2016, S. 202). Jedoch können für standardisierte Beobachtungen die Gütekrитеrien *Reliabilität* und *Validität* eingefordert und ähnlich umgesetzt werden. Die *Reliabilität*

bezeichnet die Reproduzierbarkeit eines empirischen Befundes. Dies kann bei Beobachtungen erreicht werden, indem verschiedene Beobachter, den selben Evaluationsgegenstand beobachten und zu denselben Ergebnissen gelangen (Häder, 2015, S. 312f). Auch in der Inhaltsanalyse (siehe Kapitel 3.8.1 qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz) ist dieser Sachverhalt wiederzufinden. Die *Interkoder-Reliabilität* besagt, dass das durch die Beobachtungen erhobene Datenmaterial durch voneinander unabhängigen Personen analysiert und verglichen werden sollte, um eine hohe Reliabilität zu erhalten. Dies wird durch die Teilevaluationen in Form von Hausarbeiten gewährleistet (Mayring, 2008, S. 46; Kuckartz, 2016, S. 210). Mit der *Validität* ist die Eignung eines Erhebungsinstrumentes gemeint, genau jenen Sachverhalt zu beobachten, der beobachtet werden soll. Um die Validität von Beobachtungen zu gewährleisten, ist es möglich, die Ergebnisse einer Beobachtung mit einem Kriterium zu vergleichen, welches unabhängig ermittelt wird, hier die Good Practice-Kriterien der BZgA (Häder, 2015, S. 312f). Für die qualitative Inhaltsanalyse sind nach Miles und Hubermann (2014, zitiert nach Kuckartz, 2016, S. 202) Kriterien zur internen Validität, wie die Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit zielführend. Zur Qualitätssicherung der vorliegenden Evaluation wurden demnach die folgenden Gütekriterien herangezogen:

- Reliabilität durch verschiedene Beobachter*innen sowie durch die Analyse und Bewertung des Datenmaterials (Hausarbeiten) durch voneinander unabhängigen Student*innen und durch die Evaluatorin.
- Validität durch Vergleiche der Ergebnisse mit den Good Practice-Kriterien der BZgA.

3.6 Evaluationskriterien

Ziel der Evaluationsforschung ist die wissenschaftlich fundierte Bewertung eines Evaluationsgegenstandes. Hierzu ist es erforderlich, messbare Bewertungskriterien zu definieren. Die entsprechenden Kriterien müssen empirisch erfassbar und inhaltlich zur Problemlösung beitragen (Döring, 2014, S. 171). Von hoher Relevanz für die Akzeptanz der Evaluationsergebnisse, ist die Entscheidung, woher die Kriterien stammen, nach denen evaluiert wird (Kromrey, 2001, S. 7). Je nach aktueller Entwicklungsphase und Zweck der Evaluation sind Evaluationskriterien auf drei verschiedene Aspekte der Maßnahme anwendbar (Döring & Bortz, 2016, S. 983f). Zur Evaluierung des Programms REFUGIUM wurden Kriterien genutzt, die für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung entworfen wurden. Die Good Practice-Kriterien der BZgA und dem Kooperationsverbund für gesundheitliche Chancengleichheit bilden einen sachlichen und fachlichen Rahmen für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und bilden die Kriterien zur Strukturrevaluation, also zur Bewertung des Konzeptes. Durch die Operationalisierung in zwölf Kriterien

und drei Gruppen unterstützen die Good Practice-Kriterien dabei, eine Evaluation durchzuführen und messbar zu machen, und gewähren einen reflektierenden Blick auf die Planung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2016, S. 10, 23). Im Folgenden sind die drei Gruppen der Kriterien aufgeführt:

1. Basiskriterien (Konzeption, Zielgruppenbezug, Setting Ansatz)
2. Zielgruppenorientierung (Empowerment, Partizipation, niedrigschwellige Arbeitsweise, Multiplikatorenkonzept)
3. Nachhaltigkeit und Qualitätsentwicklung der Maßnahme (Nachhaltigkeit, Qualitätsmanagement, Dokumentation und Evaluation, Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis) (ebd., S. 10).

Laut Kromrey (2001, S. 7) können die Beurteilungskriterien zur Prozessevaluation ebenfalls aus dem zu evaluierenden Gegenstand selbst entnommen werden. Die Implementation und Umsetzung der Maßnahme kann in Bezug auf die Ziele des Programms bewertet werden. Folglich werden die untenstehenden Kriterien für die Prozessevaluation genutzt:

1. Allgemeine Informationen (Zeitplanung, Raumeigenschaften, Anordnung der Sitzplätze und Tische, Hygieneanlagen)
2. Workshopleitung (Aussagen zur Arbeit der Moderator*innen, Studierendenrolle)
3. Teilnehmende (Teilnehmerstatistik)
4. Workshop (Manualeinhaltung, aktive Teilhabe der Teilnehmer*innen, Interaktivität des Workshops, Verhalten zwischen Leitungsteam und Teilnehmer*innen, Verhalten zwischen den Teilnehmer*innen, Verhalten der Studierenden während des Workshops, Workshopablauf und Workshopatmosphäre, Geschlechterverhältnisse)
5. Materialien (Flyer, Poster, Manual und sonstige Materialien)
6. Verpflegung (Angebot und Annahme)
7. Kinderbetreuung (Angebot, Nachfrage, Notwendigkeit, Inanspruchnahme, Beschäftigungsmaterial und Räumlichkeiten)

3.7 Datenerhebung

Zur Datenerhebung in der Evaluationsforschung können alle sozialwissenschaftlichen Methoden als Evaluationsinstrumente eingesetzt werden (Döring & Bortz, 2016, S. 1026). Um das REFUGIUM-Programm zu evaluieren, wurde das im Folgenden genannte Instrument zur Datenerhebung genutzt:

1. Beobachtung der REFUGIUM-Workshops

- Erstellung von Hausarbeiten, die eine Teilevaluation des REFUGIUM-Programmes darstellen, Wintersemester (WiSe) 2016/2017
- Erstellung von Dokumentationsbögen, die den Prozessverlauf kontinuierlich darstellen, Sommersemester (SoSe) 2017

3.7.1 Beobachtung

Zur Datenerhebung wurde eine qualitative Methode der Datenerhebung gewählt, die Beobachtung. Beobachtung bedeutet im sozialwissenschaftlichen Kontext „[...] *das direkte, unmittelbare Registrieren der für einen Forschungszusammenhang relevanten Sachverhalte*“ (vgl. Häder, 2015, S. 306). Die im Rahmen der Feldforschung durchgeführten Beobachtungen tragen den Vorteil der externen Validität, dennoch ist es mit einer Beobachtung nicht möglich, die Ganzheit eines Geschehens zu erfassen, nur ein Ausschnitt dessen ist beobachtbar, was während der Auswertung berücksichtigt werden muss (Diekmann, 2014, S. 566f). Verfahrenstechnisch relevant sind demnach für die durchgeführten Beobachtungen die Rolle des Beobachters/ der Beobachterin (teilnehmend/verdeckt), die Technik des Beobachtens (strukturiert/unstrukturiert) sowie die Ethik des Beobachtens (verdeckt/offen) (Häder, 2015, S. 310). Die Beobachtungen wurden im Wintersemester 2016/2017 sowie Sommersemester 2017 in Erstaufnahmeeinrichtungen und Folgeunterkünften für Geflüchtete, bei der Durchführung von Workshops in Unterkünften, bei den REFUGIUM-Multiplikatorenschulungen an der HAW Hamburg sowie in den Rekrutierungs- und Abschlussphasen dokumentiert. Für die Beobachtungen der Workshops im Wintersemester 2016/2017 wurde sowohl eine teilnehmende als auch nicht-teilnehmende, teilstrukturierte sowie offene Beobachtung gewählt. Aus organisatorischen Gründen wurde entschieden, je nach Bedarf teilnehmend oder auch nicht-teilnehmend zu beobachten, denn in einigen Situationen fungierten die Beobachter*innen zusätzlich als Expertinnen und Experten. Für die Beobachtungen wurden keine strukturierten Dokumentationsbögen verwendet, jedoch wurde im Vorfeld darauf hingewiesen, Aspekte des Workshopablaufes zu dokumentieren. Für die Beobachtungen im Sommersemester 2017 wurde ausschließlich nicht-teilnehmend beobachtet. Des Weiteren erfolgten die Beobachtungen ebenfalls teilstrukturiert, jedoch mit Hilfe eines im Vorfeld erstellten Dokumentationsbogen. Zu berücksichtigen ist, dass keine Informationen darüber existieren, ob die Dokumentationen während oder nach dem Workshop erfolgten. Weiterhin ist nicht bekannt, inwiefern eine Informationsweitergabe zur genauen Dokumentationsstruktur an die Studierenden erfolgte. Mit der Teilstrukturierung der Beobachtungen wurde versucht, subjektive Einflüsse auf das Beobachtungsergebnis einzugrenzen, gleichzeitig aber einen Raum für Spontaneität und

unvorhergesehene Geschehnisse zu lassen (Diekmann, 2014, S. 569f). Aufgrund der Gegebenheit, dass die Beobachter*innen nicht in der jeweiligen Unterkunft wohnen und in den meisten Fällen auch das äußere Erscheinungsbild von den Herkunftsländern der Geflüchteten abweichend ist, war es nur möglich, die Beobachtung offen zu gestalten. Indes wurden die Teilnehmer*innen darüber aufgeklärt, dass nur die Abläufe Beobachtungsgegenstand sind und nicht das Verhalten der Teilnehmer*innen oder diese selbst.

3.7.2 Hausarbeiten

Die im Wintersemester 2016/2017 erhobenen Daten beruhen auf den Dokumentationen der Studierenden. Im Rahmen des Moduls *Einführung in die Evaluation* wurden Workshops in Unterkünften beobachtet und in Form von Hausarbeiten bewertet und evaluiert. Zum Abschluss erfolgte eine Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für die weitere Programmgestaltung REFUGIUMs. Die Hausarbeiten umfassen je ein REFUGIUM-Workshop sowie ein bis drei spezifische Evaluationskriterien. Die erhobenen Daten der Hausarbeiten dienen für diese Evaluation zum Vergleich der Übereinstimmung der erhobenen Daten des Sommersemesters 2017 sowie als Informationsquelle der Rahmenbedingungen des Programms, zur Strukturevaluation. Als Ergebnis der Beobachtungen liegen insgesamt 41 erstellte Hausarbeiten vor. Die Anzahl der angefertigten Hausarbeiten je Workshopthema, die evaluiert wurden, variieren zwischen sechs und sieben, lediglich die allgemeinen Hausarbeiten zum Programm belaufen sich auf eine Hausarbeit. Festzuhalten ist, dass die Bewertung der Hausarbeiten nicht durch die lehrende Person, sondern durch die Modulverantwortliche erfolgte. Zudem wurde lediglich die Substanz der Arbeit sowie das wissenschaftliche Arbeiten benotet, der Inhalt der Ergebnisse waren nicht ausschlaggebend für die Benotung.

3.7.3 Dokumentationsbögen

Für ein kontinuierliches Monitoring wurden teilstrukturierte Dokumentationsbögen entwickelt, die mit möglichst geringem zeitlichen Aufwand die Abläufe dokumentieren sollen, um so Chancen und Hürden frühzeitig zu erkennen und das Programm zu optimieren. Die im Sommersemester 2017 erhobenen Daten beruhen ebenfalls auf nicht-teilnehmenden Beobachtungen der Studierenden. Workshops in Flüchtlingsunterkünften, Schulungen der Multiplikator*innen sowie die Rekrutierungs- und Abschlussphase wurden im Rahmen des Moduls *Einführung in die Evaluation* beobachtet und dokumentiert. Die Dokumentationsbögen enthalten Informationen zu den folgenden Kategorien:

- Allgemeine Informationen
- Informationen zur Workshopleitung

- Anzahl der Teilnehmer*innen
- Workshop
- Materialien
- Verpflegung
- Kinderbetreuung
- Organisation und Durchführung der Rekrutierung
- Organisation und Ablauf des Abschlussfestes

Zur Evaluierung des Programms wurden insgesamt 230 Dokumentationsbögen zur Verfügung gestellt, 205 konnten analysiert und ausgewertet werden. 25 der Bögen waren unvollständig oder konnten aufgrund nicht durchgeführter Workshops nicht beurteilt werden. Überdies variiert die Anzahl der erhobenen Bögen je nach Workshopthema und Multiplikatoren-schulung oder Workshop in Unterkünften. Die ausgewerteten Dokumentationsbögen zur Rekrutierungsphase umfassen 5, die der Abschlussphase 7 Bögen. Im Bereich der Multiplikatoren-schulung wurden 147 Dokumentationsbögen ausgewertet. Im Bereich der Workshops in Unterkünften hingegen nur 46. Der Tabelle 4 ist eine Aufschlüsselung der Dokumentationsbögen pro Workshopthema zu entnehmen. Zu berücksichtigen ist, dass ein Workshopthema durch mehrere Studierende gleichzeitig beobachtet wurde. Außerdem erfolgte die Benotung durch die Modulverantwortliche und nicht durch die lehrende Person. Weiterhin wurden die Ausarbeitungen unter Anwendung eines standardisierten Verfahrens beurteilt. Hierbei standen nicht die positiven oder negativen Ergebnisse, sondern die Substanz der Arbeit und der wissenschaftliche Aufbau im Fokus.

Tabelle 4 Anzahl der Dokumentationsbögen je Workshopthema, Durchführung von Workshops in Unterkünften und Multiplikatoren-schulung

Workshopthema	Multiplikatoren-schulung	Workshop in Unterkünften	Gesamt
Ernährung	29	18	47
Hygiene	29	3	32
Gesundheitsversorgung	23	2	25
Psychische Gesundheit	26	1	27
Bewegung	14	5	19
Mundgesundheit	26	17	43
Gesamt	147	46	193

3.8 Datenanalyse und -auswertung

Die Datenauswertung erfolgt anhand einer qualitativen Datenanalyse. Die qualitative Datenanalyse wertet qualitativ erhobenes Datenmaterial im Hinblick auf das Forschungsproblem interpretierend aus. Eine Reihe von qualitativen Datenanalysemethoden können hierzu verwendet werden (Döring & Bortz, 2016, S. 599). Zur Datenanalyse und -auswertung der Evaluation des REFUGIUM-Programms werden folgende Methoden genutzt:

1. qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Datenanalyse)
2. Auswertung anhand von Kriterien (Datenauswertung)
 - Einstufung in die Good Practice-Kriterien der BZgA
 - Bewertung von Hürden und Chancen anhand vorab definierter Kriterien aus dem Programm

3.8.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse handelt es sich um die Analyse von Datenmaterial, mit dem Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte zu erheben. Eine der Hauptaufgaben qualitativer Inhaltsanalysen ist die Klassifizierung, also die Ordnung des Datenmaterials nach bestimmten Ordnungsgesichtspunkten, um eine nach Möglichkeit strukturierte Beschreibung des Datenmaterials zu erhalten (Mayring, 2008, S. 13, 22). Das für die Evaluation des REFUGIUM-Programms im Vorfeld erhobene Datenmaterial besteht aus Dokumentationsbögen und auf Grundlage von Beobachtungen, die in den Hausarbeiten dokumentiert und teilevaluiert wurden, und wird anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz analysiert. In Anlehnung dazu wurde das Datenmaterial mit Hilfe der Software MAXQDA für Windows⁵ in den folgenden Schritten reduziert und strukturiert. Ziel ist es, bestimmte Inhalte aus dem Datenmaterial zu filtern und zusammenzufassen. Im Zentrum der qualitativen Inhaltsanalyse steht ein hierarchisches und zum Teil lineares Kategoriensystem (siehe Anhang 4) (Kuckartz, 2016, S. 38f). Die Kategorien, anhand derer die Analyse erfolgen soll, werden deduktiv in Anlehnung an die Evaluationskriterien und induktiv am Material entwickelt. Kuckartz (2016, S. 34) bezeichnet die verwendeten Formen der Kategorien als eine Mischung aus thematischen und evaluativen Kategorien. Die thematischen Kategorien bestimmen ein bestimmtes Thema oder auch Argument. In dieser Ausarbeitung sind es die strukturellen und prozessspezifischen Aspekte des Programms REFUGIUM. Die evaluativen hingegen sind komplexer und auf externe Bewertungsmaßstäbe bezogen, hier die Good Practice-Kriterien der BZgA. Für jede der einzelnen Kategorien wurden Kodierregeln

⁵ MAXQDA Standard 12 (Release 12.3.3, Build 171219) und MAXQDA Standard 2018 (Release 18.0.7, Build 180321).

(in MAXQDA Memos) aufgestellt. Diese beschreiben, welche Informationen im Text enthalten sein müssen, um in eine jeweilige Kategorie eingeordnet werden zu können (ebd., S. 34f, 100-111). Die Kategorien (in MAXQDA Codes) zur Kodierung der Dokumentationsbögen wurden für jedes Workshopthema gesondert erstellt und dementsprechend zugeordnet. Mayring (2008, S. 89) wie auch Kuckartz (2016, S. 100-111) beschreiben diesen Vorgang als inhaltliche Strukturierung. Die *inhaltliche Strukturierung* erfolgt in sieben Schritten:

Schritt 1 initiiierende Textarbeit

Zentraler Aspekt ist es, mit den Forschungsfragen an den Text heranzugehen, den Text intensiv zu lesen, zentrale Begriffe und wichtige Argumentationen zu kennzeichnen und den Text zusammenzufassen, um den subjektiven Sinn zu verstehen (Kuckartz, 2016, S. 57). In der vorliegenden Ausarbeitung wurde die initiiierende Textarbeit, aufgrund der Datenmenge verkürzt. Die Dokumentationsbögen sowie Hausarbeiten wurden gründlich durchgelesen, jedoch nicht zusammengefasst.

Schritt 2 Entwicklung von thematischen Oberkategorien

Der zweite Schritt dient der inhaltlichen Strukturierung mittels Bildung von Oberkategorien (ebd., S. 101). Dementsprechend wurden zu Anfang deduktive Oberkategorien aus den Dokumentationsbögen und den Hausarbeiten abgeleitet.

Schritt 3 Kodieren des gesamten Datenmaterials mit den Oberkategorien

Der dritte Schritt dient der Kodierung des gesamten Datenmaterials, so dass das Datenmaterial sequenziell durchgelesen und relevante Textstellen den Oberkategorien zugeordnet wird (ebd., S. 102). Demnach wurden die entsprechenden Textstellen markiert und in gleicher Weise den Oberkategorien zugeordnet.

Schritt 4 Zusammenstellen der mit der gleichen Oberkategorie kodierten Textstellen

Schritt 5 induktives Bestimmen von Unterkategorien am Material

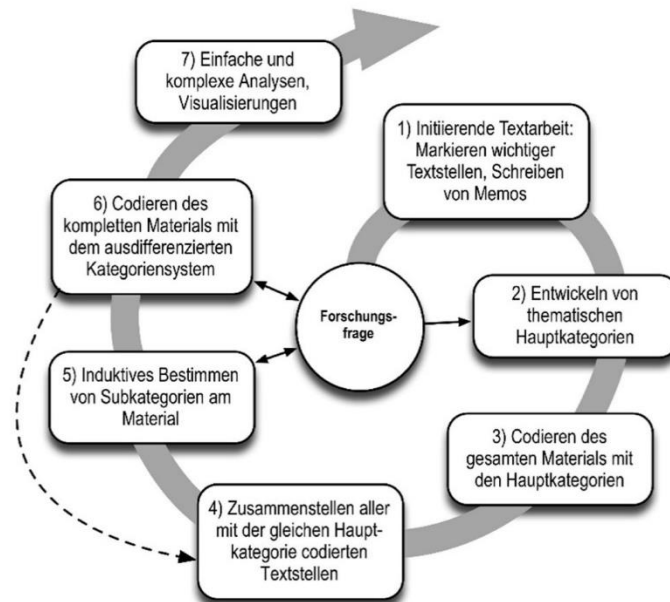
Schritt 6 Kodieren des kompletten Material mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem

In der Regel erfolgt nach dem ersten Kodieren eine Zusammenstellung der kodierten Textstellen. Darauffolgend findet eine Differenzierung der Oberkategorien und Bestimmung von Unterkategorien sowie das Kodieren des kompletten Datenmaterials mit den ausdifferenzierten Unterkategorien statt (ebd., S. 106-110). Aufgrund der hohen Datenmenge wurden die Subkategorien während des Kodierungsprozesses induktiv gebildet. Im Zuge der erneuten Sichtung erfolgte eine weitere Zuordnung der Textstellen in die jeweiligen Ober- und Unterkategorien. Im weiteren Verlauf wurde eine Teilrevision der Kategorien vorgenommen. Einige der Kategorien wurden zusammengefasst, erweitert, geändert oder gelöscht.

Schritt 7 Einfache und komplexe Analysen, Visualisierung

Schritt sieben umfasst die Analysen und Auswertungen sowie Darstellung der Ergebnisse (ebd., S. 110).

Abbildung 3 Ablaufschema einer inhaltlich strukturierten Inhaltsanalyse (vgl. Kuckartz, 2016, S. 100)



3.8.2 Auswertung durch vordefinierte Kriterien

Zur Bewertung des Programms auf Grundlage der Strukturevaluation wurden die operationalisierten Kriterien der BZgA zur Bewertung herangezogen. Die Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (Good Practice-Kriterien) formulieren verschiedene Anforderungen, mit deren Umsetzung die Wahrscheinlichkeit der Wirksamkeit und Zielgruppengerechtigkeit der gesundheitsfördernden Maßnahmen steigt (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 14). Die Anwendbarkeit der Good Practice-Kriterien der BZgA zeichnen sich insbesondere durch die Einteilung in Umsetzungsstufen aus, die eine qualitativ aufsteigende Rangfolge bilden. Daher wurde der Evaluationsgegenstand REFUGIUM mit Hilfe der zwölf Kriterien in die jeweilige Umsetzungsstufe eingestuft und somit bewertet. Dies ermöglicht eine Reflexion über die bereits vorhandene Qualität und deckt den noch bestehenden Handlungsbedarf auf (ebd., S. 10, 23).

Laut Döring und Bortz (2016, S. 984) können ebenso Merkmale der Umsetzung einer Maßnahme bewertet werden und als Kriterien für die Bewertung der Durchführung, also der Prozessevaluation dienen. Dies sind in dieser Evaluation die Beobachtungsaspekte, die der

Dokumentationsbogen beinhaltet. Auf Grundlage dessen wurden die folgenden Oberkategorien aus dem Dokumentationsbogen für die Prozessevaluation verwendet: allgemeine Informationen, Workshopleitung, Teilnehmende, Workshop, Materialien, Verpflegung und Kinderbetreuung. In diesem Kontext wurden Hürden und Chancen der einzelnen Aspekte des Programms herausgearbeitet und in der Ergebnisdarstellung beschrieben und dargestellt.

4 Evaluationsergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Ergebnisse dargestellt. Hierzu werden die Ergebnisse im Einzelnen in Struktur- und Prozessevaluation unterteilt. Zusätzlich erfolgt eine Betrachtung im Rahmen der relevanten Kriterien aus dem Evaluationsgegenstand.

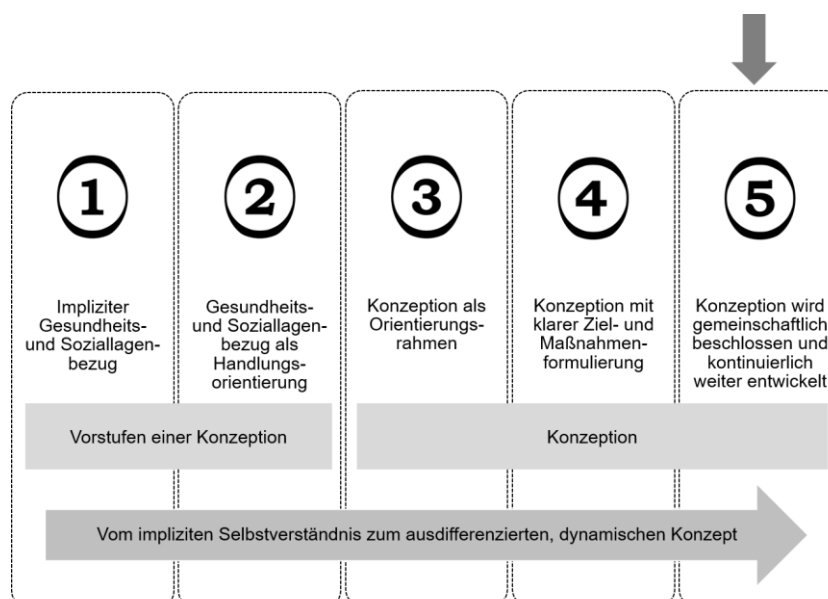
4.1 Ergebnisse der Strukturevaluation

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Strukturevaluation erläutert und dargestellt. Zu Anfang erfolgt die Darstellung der zwölf Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, infolgedessen das Programm bewertet und eingestuft wird. Im Anschluss werden die einzelnen Kriterien inklusive der Stufen des Durchführbarkeitsstatus kurz vorgestellt. Zur Vermeidung von Doppelungen wird zu jedem Kriterium direkt Stellung bezogen sowie eine Übersicht dargestellt.

4.1.1 Kriterium Konzeption

In der Konzeption werden Ziele, Wirkungsweisen und -wege sowie der Bezug zu Prävention und Gesundheitsförderung eindeutig dargelegt. Die Zielgruppe wird hinsichtlich ihrer Risikofaktoren analysiert und der jeweilige Handlungsbedarf beschrieben. Zusätzlich werden die Maßnahmen und Methoden aufgeführt, mit denen die Ziele erreicht werden sollten. Weiterhin enthält die Konzeption eine Kosten- und Zeitplanung (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2016, S. 27).

Abbildung 4 Kriterium Konzeption (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 27), in eigener Darstellung



Der Gesundheits- und Sozillagenbezug des Programms wird in der Konzeption wie folgt beschrieben: *„Durch die besondere Situation der Flucht, der Erstaufnahme und der Folgeunterbringung sowie der nicht vorhandenen Sprachkenntnisse benötigen Geflüchtete, als besonders vulnerable Gruppe, gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention“* (vgl. REFUGIUM-Homepage, o.J.). Des Weiteren wird dies anhand der inhaltlichen Schwerpunkte, Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, Hygiene, Zahngesundheit und lokale Gesundheitsversorgung deutlich. Die Ziele des Programms und die Maßnahmen zur Zielerreichung werden durch die Aussagen *„REFUGIUM stärkt die Gesundheitsressourcen von Flüchtlingen in Unterkünften und aktiviert ihre Potenziale für Gesundheitsförderung und Prävention durch gezielte Informationen zu relevanten Gesundheitsthemen“* (vgl. ebd.) sowie *“Dies wird durch Geflüchtete erreicht, die dafür ausgebildet werden, in Workshops Gesundheitsinformationen in didaktisch aktivierender und partizipativer Form an Geflüchtete zu vermitteln“* (vgl. internes Dokument 3) in Kurzform dargestellt. Die Ziele, Werte und Qualitätsansprüche an die eigene Arbeit wurden formuliert (Kalo et al., 2018). Weiterhin werden Zugangshürden durch beteiligte Personen des Programms – Student*innen und Vertreter*innen der Zielgruppe – vor und während der Umsetzung des Programms erhoben. Die Integrierung und Beteiligung der Zielgruppe erfolgte bereits im Entwicklungs- und Erprobungsprozess sowie in der Umsetzung. Studierende mit Fluchtbiographie, Asylbewerber*innen als Gasthörer*innen im Rahmen des HAW Programms Sharing Knowledge and Experiences sowie ausgebildete Multiplikator*innen wurden in die Fertigstellung der Materialien eingebunden (internes Dokument 3). Eine kontinuierliche Dokumentation der Arbeiten mit Hilfe von Listen, die die durchgeführten Workshops dokumentieren, sowie Dokumentationsbögen erfolgt durch studentische Mitglieder*innen des Teams sowie Mitarbeiter*innen mit Fluchtbiographie auf interner Ebene. Diese Dokumente sind für alle Mitglieder*innen über den E-learning Bereich der HAW zugänglich⁶. Die regelmäßige Evaluation des Programms wird durch Studierende im Rahmen der Bachelor- und Masterthesis sowie durch Studierende in verschiedenen Modulen gewährleistet. Die Zeitplanung des Programms ist nur sporadisch dokumentiert. Ein spezifischer Zeitrahmen für Abläufe ist jedoch insofern vorhanden, als dass die Workshopdauer für jedes Workshopthema präzise eingegrenzt und in den entsprechenden Manualen zu finden ist (Beobachtungsvermerk 1). Zusätzlich sind Angaben zu den Folgenden zeitlichen Abläufen zu finden: Raumbuchungen, Schlüsselanträge, Informationsweitergabe an Multiplikator*innen sowie organisatorische Vorbereitungsmaßnahmen. Im Folgenden werden die einzelnen Kriterien inklusive der Stufen des Durchführbarkeitsstatus⁷ kurz

⁶Raum (GW/Fb) Flüchtlingsgesundheit S18 <https://www.elearning.haw-hamburg.de/course/view.php?id=28871> (nur interner Zugriff möglich).

vorgestellt. Zur Vermeidung von Doppelungen wird zu jedem Kriterium direkt Stellung bezogen und eingeschätzt, ob dieses Kriterium für das vorliegende Programm angewendet werden kann und auf welcher Stufe das REFUGIUM-Programm steht (internes Dokument 10). In unregelmäßigen Abständen werden in Teamsitzungen kurz- und langfristige Planungen, der Stand des Programms sowie Hürden besprochen. Zusätzlich wurde im Laufe der Umsetzung ersichtlich, dass es sinnvoll ist, die Rekrutierung der Teilnehmer*innen für die Workshopangebote circa eine Woche, ein Tag sowie zwei bis drei Stunden vor dem Angebot durchzuführen, was seit November 2017 umgesetzt wird. Konkrete Angaben zur Kostenplanung sind aus den Unterlagen nicht ersichtlich. Jedoch werden die Ausgaben dokumentiert. Dies geschieht anhand der Kassenzettel, die in regelmäßigen Abständen zusammengerechnet und zwecks Abrechnung sortiert und dem *Team Finanzen* der HAW Hamburg zur teilweisen Rückerstattung übergeben werden (Beobachtungsvermerk 1). Die gute Konzeptionierung wird ebenfalls durch die klaren Bewertungen der Studierenden deutlich: „*Das [Programm] zeichnet sich durch eine gute Konzeption mit einer angestrebten Weiterentwicklung aus*“ (HA 3 Gesundheitsversorgung:49-49) und „*REFUGIUM hat eine klare Ziel- und Maßnahmenformulierung. Die Zielgruppe der Geflüchteten mit ihren speziellen Bedürfnissen wurde beschrieben und entsprechend die Gesundheitsförderung, durch Wissensvermittlung zu den Themenfeldern Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, Hygiene und lokale Gesundheitsversorgung, als Ziel verankert*“ (HA 1 Gesundheitsversorgung:17-17). Damit ist das Programm in Bezug auf das *Kriterium Konzeption* in Stufe fünf einzustufen ist.

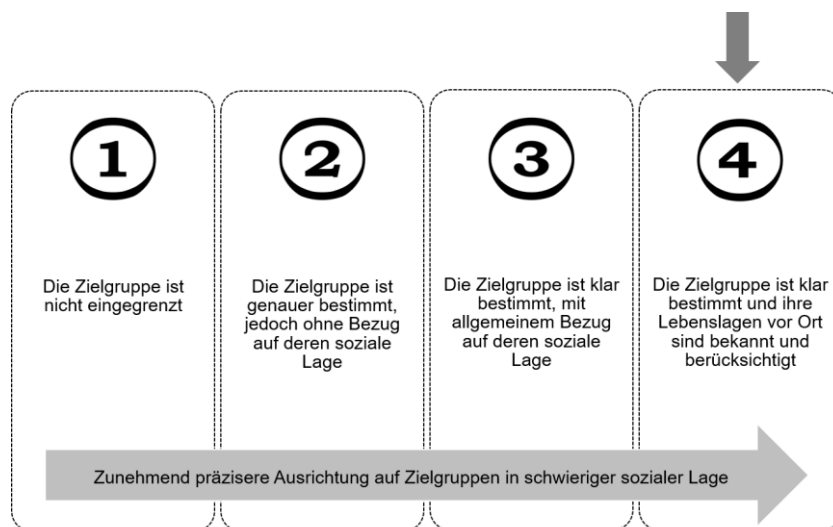
Überblick Ergebnisse des Kriteriums Konzeption

- Gesundheits- und Soziallagenbezug ist beschrieben
- Zugangshürden sind analysiert
- Ziele des Programms sind festgehalten
- Maßnahmen zur Zielerreichung sind dargelegt
- Regelmäßige Weiterentwicklung des Programms wird dokumentiert
- Kontinuierliche Dokumentation findet statt
- Regelmäßige Evaluation wird durchgeführt
- Zeitrahmen für einzelne Abläufe vorhanden
 - Kostenplanung nicht ersichtlich, jedoch besteht ein Ansatz

4.1.2 Kriterium Zielgruppenbezug

Das *Kriterium Zielgruppenbezug* beinhaltet eine eindeutige Definition der Zielgruppe in der Maßnahme. Die Identifizierung der Merkmale, aus denen sich die soziale Benachteiligung ergibt, sollte ebenfalls erfolgen. Darüber hinaus sollten weitere Merkmale, z.B. das Geschlecht der Zielgruppe, beachtet werden (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 31).

Abbildung 5 Kriterium Zielgruppenbezug (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 31), in eigener Darstellung



Die Faktoren sozialer Benachteiligung und gesundheitlicher Belastungen beruhen auf allgemeinen Erkenntnissen und werden in der Konzeption nicht konkret beschrieben. Ungeachtet dessen sind interne Dokumente wie Präsentationen zum Programm REFUGIUM verfügbar, in denen die soziale Benachteiligung und gesundheitlichen Belastungen erläutert werden (interne Dokument 1, S. 6). Des Weiteren ist es möglich, durch mehrmalige Begehungen im Rahmen des Programms sowie durch Gespräche mit Multiplikator*innen und Betroffenen der Zielgruppe einen Einblick in die Lebenswelt und die Lebenslagen zu erhalten (Beobachtungsvermerk 2). Zusätzlich wird auf die Einbeziehung von Studierenden mit Migrationshintergrund und Fluchterfahrung sowie Multiplikator*innen und Vertreter*innen der Zielgruppe geachtet. „Dadurch, dass das Programm gemeinsam mit Flüchtlingen, die in diesen Einrichtungen wohnen oder wohnten, erarbeitet wurde, ist die anzusprechende Zielgruppe klar bestimmt und ihre Lebensumstände vor Ort sind bekannt und berücksichtigt und ihre Lebensumstände vor Ort sind bekannt und berücksichtigt. Somit ist das Kriterium des Zielgruppenbezuges erfüllt“ (HA 4 Bewegung:15-15). Auf Grundlage dieser Ergebnisse kann das Programm auf der vierten Stufe des *Kriteriums Zielgruppenbezug* eingestuft werden.

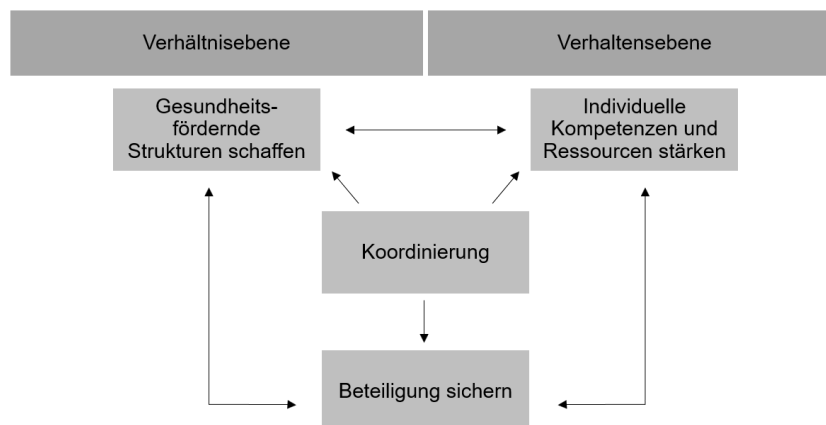
Überblick Ergebnisse des Kriteriums Zielgruppenbezug

- Zielgruppe ist klar bestimmt
- Lebenslagen vor Ort sind bekannt und berücksichtigt

4.1.3 Kriterium Setting-Ansatz

Der Setting-Ansatz bezieht sich auf die gesundheitsgerechte Gestaltung der Lebenswelten. Gesundheitsförderung im Setting ist durch den niedrighschwelligen Zugang zur Zielgruppe besonders wirkungsvoll. Ziel ist es, partizipativ gesunde Lebenswelten zu gestalten und durch aktive Beteiligung der Teilnehmenden deren Gesundheit zu gestalten. Zu diesem Zweck ist der Setting-Ansatz in die Verhältnis- und Verhaltensebene geteilt. Beide Bereiche müssen funktionierend koordiniert und aufeinander abgestimmt sein, um das Ziel der Gesundheitsförderung optimal erreichen zu können. Die Bewertung des *Kriteriums Setting-Ansatz* erfolgt nicht durch Einstufung, sondern bezieht sich auf die folgenden vier zentralen Elemente: Verhältnisorientierung (Strukturelle Ebene für gesundheitsförderliche Strukturen), Verhaltensorientierung (Individuelle Förderung durch Empowerment), Koordination (Kontinuierliche Planung auf beiden Ebenen) und Partizipation (Beteiligung auf beiden Ebenen) (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 35).

Abbildung 6 Kriterium Setting-Ansatz (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 35), in eigener Darstellung



Der Setting-Ansatz des Programms REFUGIUM fokussiert die Lebenswelt, in der die Geflüchteten leben und damit die Rahmenbedingungen. Das Setting ist für die Workshops klar definiert, denn „REFUGIUM bildet [...] Geflüchtete als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Fluchtunterkunft aus“ (vgl. internes Dokument 3). Die Erreichbarkeit der Zielgruppe wird genutzt, um Workshops, die eine verhaltenspräventive Gesundheitsförderung anstreben, anzubieten. Die Teilnehmer*innen

werden befähigt, ihr Wissen auszuweiten, Ressourcen und individuelle Kompetenzen zu stärken und für sich als Vorteil zu nutzen, um die eigene und die Gesundheit der Familie zu erhalten und zu fördern. Jedoch bestehen Hürden, die verhältnisbezogene Ebene weitergehend zu beeinflussen. Um dem entgegenwirken zu können, werden verschiedene Kooperationen unter Einbeziehung der Gesundheitsämter, Akteur*innen des Gesundheitswesens und des Sozialmanagements der Unterkünfte eingegangen. Unter den bestehenden Rahmenbedingungen ist es für die Geflüchteten jedoch kaum möglich, Strukturen zu schaffen, die im Sinne der aktiven Beteiligung der Personen im Setting bestehen. Andererseits wird die Zielgruppe befähigt, ihre individuellen Kompetenzen und Ressourcen zu stärken, indem sie ein breites Spektrum an niedrigschwelligem Wissen in verschiedenen Themen im Bereich Gesundheit erhalten, und so in der Lage sind, in kleinem Rahmen ihre Lebenswelt selbst zu gestalten. In der folgenden Bewertung der Studierenden wird dieser Umstand deutlich. *„Die Qualität, die professionelle und kontinuierliche Koordinierung des Setting-Ansatzes und die aktive Beteiligung sind gewährleistet. Persönlich ist festzuhalten, dass REFUGIUM die Kompetenzen der Geflüchteten, der MultiplikatorInnen und besonders der Studierenden stärkt. Die Teilnahme baut Vorurteile ab, stärkt das Selbstbewusstsein, erschließt neue Freundschaften, bietet neue Sichtweisen und macht Spaß“* (HA 5 Bewegung:42-42). Trotz der knappen finanziellen und personellen Ressourcen ist die aktive Beteiligung und Mitgestaltung aller involvierten Gruppen integriert. Die Koordinierung des Programms erfolgt auf verschiedenen Ebenen. Durch die Einbeziehung der Zielgruppe durch freie Stellen im Bundesfreiwilligendienst, die Einbeziehung Studierender durch Praktika sowie durch eine professionelle Betreuung von Prof. Dr. Christine Färber ist eine kontinuierliche Koordination des Programms sichergestellt (Beobachtungsvermerk 3), so dass davon ausgegangen wird, dass *„die Funktion des Workshops sowie drei von vier Bestandteilen des Kriteriums „Setting-Ansatz“ [...] erfüllt [werden]“* (HA 5 Bewegung:38-38).

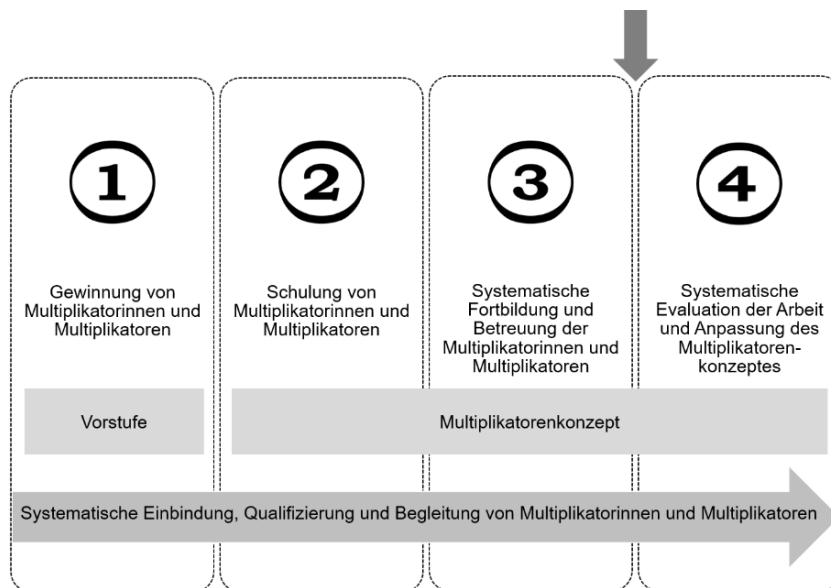
Überblick Ergebnisse des Kriteriums Setting-Ansatz

- Individuelle Ressourcen und Kompetenzen werden durch Wissensvermittlung und interaktiven Austausch in Workshops gefördert
- Beteiligung unterschiedlicher Akteure gewährleistet
- Koordinierung durch Vertreter*innen der Zielgruppe, Studierende, Professorin
 - Schwerpunkt Verhaltensprävention (Verhältnisebene wird nur in geringem Maße angesprochen)

4.1.4 Kriterium Multiplikatorenkonzept

„Ein Multiplikatorenkonzept legt fest, welche Personen, Personengruppen oder Institutionen mit welcher Methodik systematisch in die Umsetzung einer Maßnahme eingebunden und für diese Aufgabe qualifiziert werden“ (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 39).

Abbildung 7 Kriterium Multiplikatorenkonzept (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 39), in eigener Darstellung



„Im Programm werden Geflüchtete als Multiplikator*innen für Gesundheitsförderung und Prävention für Geflüchtete ausgebildet. [...] Die Multiplikator*innen werden qualifiziert, [...] themenbezogene Gesundheitsworkshops für Geflüchtete [...] durchzuführen. [...]. Die Ausbildung für Gesundheitsmultiplikator*innen erfolgt an der HAW Hamburg durch Student*innen [...]“ (vgl. Färber, o.J.). Seit Beginn des Programms wurden in sechs Generationen 95 Frauen und Männer zu Gesundheitsmultiplikator*innen ausgebildet (Kalo, Junaid, Ülgüt & Färber, 2018). Die sechste Generation mit afrikanischen Geflüchteten ist in der Planungs- und Umsetzungsphase (Beobachtungsvermerk 4). Die Multiplikator*innen fungieren im Programm als Schlüsselfiguren, da diese durch einen Peer-to-Peer-Ansatz eher von der Zielgruppe akzeptiert werden als Student*innen. Mit dem dargelegten Multiplikatorenkonzept schafft REFUGIUM auf sprachlicher und kultureller Ebene eine vertraute Basis im Umgang mit der Zielgruppe, was ebenso von Studierenden als sehr positiv bewertet wird, denn „die Multiplikator*innen fungieren als Schlüsselpersonen, da sie als Peers von der Zielgruppe eher akzeptiert werden und glaubwürdiger erscheinen als Professionelle“ (HA 1 Gesundheitsversorgung:21-21). Als weiterer Vorteil wird gesehen, „[...], dass das Wissen zu den einzelnen Themengebieten in der Muttersprache [...]

vermittelt werden kann“ (HA1 Gesundheitsversorgung:21-21). Weiterhin ist eine kontinuierliche Betreuung und systematische Schulung in regelmäßigen Abständen sowie die Motivierung zur weiteren Unterstützung des Programms sichergestellt, sodass die Multiplikator*innen „[...] in Kontakt mit der Hochschule [stehen]“ (HA 7 Hygiene:32-32). Die Durchführung didaktischer Schulungen (Didactical Peer Facilitator Training) der Multiplikator*innen wird aus internen Dokumenten ersichtlich (internes Dokument 11). Die Teilevaluationen der vorherigen Semester, die vorliegende Struktur- und Prozessevaluation sowie Ergebnisevaluationen anderer programmteilnehmer Personen stellen den ersten Schritt zur kontinuierlichen Evaluation des Programms im Allgemeinen und spezifisch der Arbeit der Multiplikator*innen dar und sollte im weiteren Verlauf verstetigt werden. Probleme bestehen lediglich in der Gewinnung neuer Multiplikator*innen, die auch auf längere Zeit Engagement im Programm zeigen. Aus den oben genannten Zahlen der ausgebildeten Multiplikator*innen wird deutlich, dass die Rekrutierung gut funktioniert und ebenso wichtig ist, jedoch verbesserungsfähige Aspekte aufweist. *„So weist das REFUGIUM ein gutes Multiplikatorenkonzept auf, es scheitert jedoch bei der Umsetzung und Findung von Multiplikatoren“* (HA 5 Bewegung:15-15). Vor allem die Gewinnung weiblicher Teilnehmerinnen stellt eine Hürde im Programm dar. Auf Grundlage des ausgewerteten Datenmaterials kann REFUGIUM zwischen der dritten und vierten Stufe des *Kriteriums Multiplikatorenkonzept* eingestuft werden.

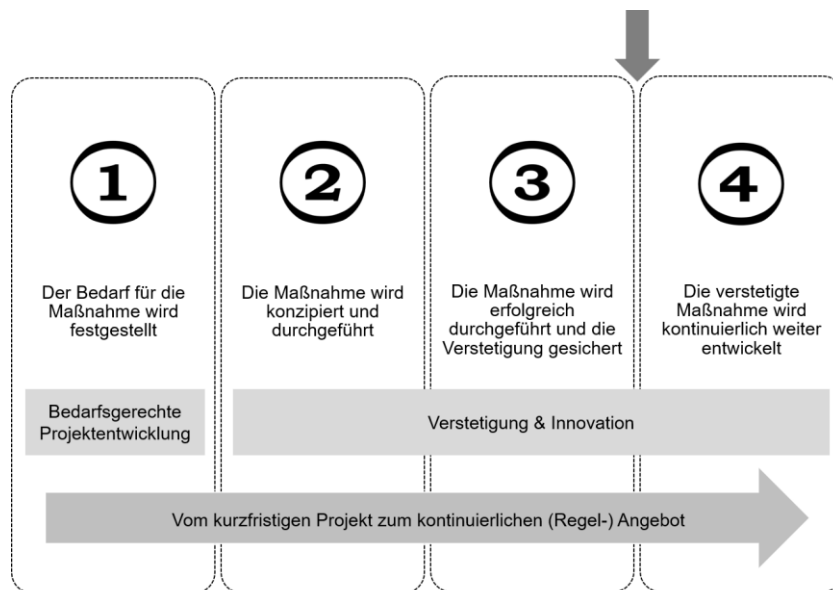
Überblick Ergebnisse des Kriteriums Multiplikatorenkonzept

- Ausbildung von 95 Multiplikator*innen
- Multiplikator*innen stellen Schlüsselfigur dar
- Multiplikatorenkonzept schafft vertraute Basis zur Zielgruppe
- Systematisches Training der Multiplikator*innen gewährleistet
- Betreuung durch REFUGIUM-Team sichergestellt
 - Ansatz der systematischen Evaluation der Arbeit der Multiplikator*innen besteht, ist jedoch ausbaufähig
 - Gewinnung neuer Multiplikator*innen ist verbesserungsfähig

4.1.5 Kriterium Nachhaltigkeit

„Nachhaltige Maßnahmen streben dauerhafte und nachweisbare Veränderungen bei den adressierten Zielgruppen und Settings an [...]“. Das Kriterium impliziert, dass die Maßnahme regelmäßig durchgeführt und in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess stetig weiterentwickelt wird (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 43).

Abbildung 8 Kriterium Nachhaltigkeit (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 43), in eigener Darstellung



Zur Sicherung der Nachhaltigkeit werden die Ergebnisse und Aktivitäten im Verlauf des Programms auf der E-Learning Plattform EMIL dokumentiert. „[...] Das längerfristige Angebot des Programmes ist, durch die Verankerung in verschiedenen Kursen des Studiengangs Gesundheitswissenschaften an der Hochschule, gesichert und durch den Kurs „Evaluation im Gesundheitswesen“, ist [...] eine regelmäßige Evaluation des Programmes gewährleistet, welche wiederum die Möglichkeit zur stetigen Weiterentwicklung des Programmes bietet“ (HA 2 Allgemein:53-53). Des Weiteren wurden unter anderem Kooperationen mit den Gesundheitsämtern Altona, Eimsbüttel und Bergedorf eingegangen, um ein kontinuierliches Angebot an Workshops bieten zu können. Auf Grundlage von Bedarfsermittlungen wird zurzeit, im Rahmen des Moduls Einführung in die Evaluation, ein Ernährungskonzept in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Altona umgesetzt (Beobachtungsvermerk 5). REFUGIUM hat daraus resultierend inzwischen mehr als 150 Workshops in Hamburg und der nahen Umgebung durchgeführt (Kalo et al., 2018). Zurzeit ist die Umsetzung von jeweils zwei Workshopangeboten pro Woche geplant, aber noch nicht vollständig eingeführt. Die Finanzierung des Programms wird derzeit durch Stiftungen gewährleistet. Weiterhin fördert die HAW Praktika und Bundesfreiwilligendienste im Rahmen des Programms (Beobachtungsvermerk 5). Jedoch gestaltet sich die kontinuierliche und gesicherte Finanzierung der Materialien, der Maßnahmen und der Multiplikator*innen teilweise schwierig, wodurch die Nachhaltigkeit im Allgemeinen durch finanzielle und personelle Ressourcen beeinflusst wird. Zusätzlich wirkt sich „[...] die nachhaltige Finanzierung [...] auf die Zukunft [des Programmes] aus und kann das Finden anderer Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erleichtern oder erschweren“ (HA 4 Ernährung:17-17). Demnach ist es nicht

möglich von einer verstetigten Maßnahme und kontinuierlicher Weiterentwicklung zu sprechen. Da für die Nachhaltigkeit die Voraussetzungen *verlässliche und zeitstabile gesundheitsfördernde Angebotsstrukturen* gilt, ist es ebenfalls nicht möglich, von dauerhafter Nachhaltigkeit der Workshops zu reden. Daher wird REFUGIUM zwischen Stufe drei und vier von vier des *Kriteriums Nachhaltigkeit* eingestuft.

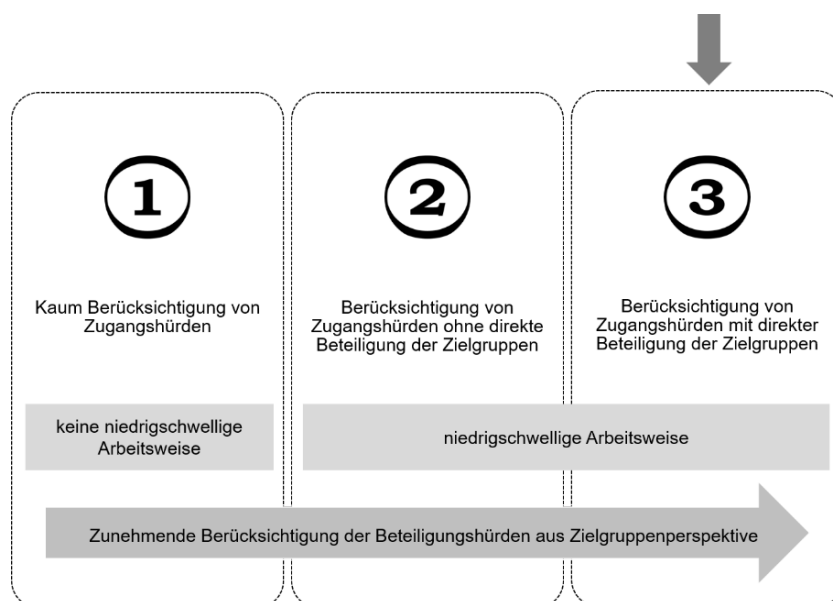
Überblick Ergebnisse des Kriteriums Nachhaltigkeit

- Durch Verankerung des Programms in verschiedene Module an der HAW, kontinuierliche Betreuung der Multiplikator*innen sowie Durchführung von Workshops und Ausbildungen gewährleistet
- Durchführung von 162 Workshops seit Beginn
- Kooperationen mit Gesundheitsämtern und anderen Einrichtungen sowie Unternehmen
- Finanzierung durch Stiftungen, Förderung von Praktika und Bundesfreiwilligendienste durch die HAW
 - Ansätze zur kontinuierlichen Weiterentwicklung und Verstetigung der Maßnahme gesetzt, jedoch noch ausbaubedürftig

4.1.6 Kriterium Niedrigschwellige Arbeitsweise

Die niedrigschwellige Arbeitsweise zeichnet sich durch geringe Zugangshürden für die Teilnahme aus. Dies beinhaltet organisatorische Voraussetzungen wie zum Beispiel die Tageszeit und konzeptionelle Voraussetzungen wie gender- und kultursensible Vermittlung (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 47).

Abbildung 9 Kriterium Niedrigschwellige Arbeitsweise (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 47), in eigener Darstellung



Es sind geringe organisatorische Zugangshürden zu erkennen. Die Informationen werden durch Feedback-Gespräche mit den Teilnehmer*innen und Vertreter*innen der Zielgruppe eingeholt. Die Workshops werden in einer aufsuchenden Gehstruktur in den jeweiligen Unterkünften angeboten, können aber bei Bedarf auch in Sprach- und Integrationskursen oder ähnlichem Setting durchgeführt werden. Der Zugang zu den Workshops ist kostenlos und auf freiwilliger Basis ohne vorherige Anmeldung möglich. Auf Grundlage des Multiplikatorenkonzeptes werden die Workshops in Muttersprache von Multiplikator*innen durchgeführt. Der Zugang für Analphabeten wird durch das Bereitstellen einer großen Sprachvielfalt und mündlicher sowie visueller Vermittlung der Inhalte gewährleistet. Zugangshürden konzeptioneller Art wie die Gender- und Kultursensibilität werden sowohl im Umgang mit den Teilnehmer*innen als auch in den erarbeiteten Materialien berücksichtigt. Ebenso orientieren sich die Workshops und die Materialien an der Lebenswelt der Zielgruppe. Die Multiplikator*innen werden in der Durchführung von Studierenden betreut und unterstützt, was aus Sicht der Multiplikator*innen zum Hürdenabbau führt. Zusätzlich wird eine Kinderbetreuung angeboten (Beobachtungsvermerk 6). Die Wahl der Tageszeit ist nicht immer optimal, da diese mit Essenszeiten in den Unterkünften sowie anderen Freizeitangeboten kollidieren können. Dies ist jedoch unter anderem durch die Verankerung des Programms in die Module des Studiengangs Gesundheitswissenschaften und daraus resultierenden Vorlesungszeiten bedingt. Hinzuzufügen ist, dass die Schulung für angehende Multiplikator*innen an der HAW am Campus Bergedorf stattfindet. Der Fahrtweg und die Entfernung zur Innenstadt kann eine Zugangshürde darstellen. Fahrtkosten für die Teilnehmer*innen können jedoch durch das REFUGIUM-Programm erstattet werden. *„Somit kann gesagt werden, dass aufgrund dessen die Bereitschaft zur Teilnahme an den Workshops groß ist. Es wurden möglichst viele Aspekte der verschiedenen Kulturen und Sprachen berücksichtigt, um die Barriere zur Teilnahme so gering wie möglich zu halten“* (HA 3 Ernährung:21-21). Jedoch stellt der Zugang zu verschiedenen Unterkünften eine organisatorische Hürde dar. Einige der Einrichtungen zeigen nur sehr geringes Interesse, verlangen Führungszeugnisse und erschweren so die Kooperation (Beobachtungsvermerk 6). *„Kennzeichnend [für die niedrigschwellige Arbeitsweise] ist, dass die Schulung sich an der Zielgruppe in Bezug auf Lebenswelt und Sichtweise orientiert. Die Zielgruppe ist partizipativ an der Gestaltung des Konzeptes und an der Umsetzung beteiligt. Außerdem wird die Zielgruppe durch die Sprachenvielfalt, den mehrsprachig übersetzen [sic!] sowie Bildreihen [sic!] Flyern erreicht“* (HA 5 Hygiene:13-13). Die Bewertungen der Studierenden verdeutlichen, dass REFUGIUM das Optimum an niedrigschwelliger Arbeitsweise erreicht hat und infolgedessen *„[...] durch die aufsuchende Gehstruktur und Workshops in der Muttersprache über die höchste Stufe hinaus [geht]. Die Wahrnehmung der Workshops wird als aktivierend, attraktiv und spaßbrin-*

gend interpretiert“ (HA 6 Hygiene:31-31). Nach Berücksichtigung der Ergebnisse ist REFUGIUM auf Stufe drei des *Kriteriums Niedrigschwellige Arbeitsweise* einzustufen.

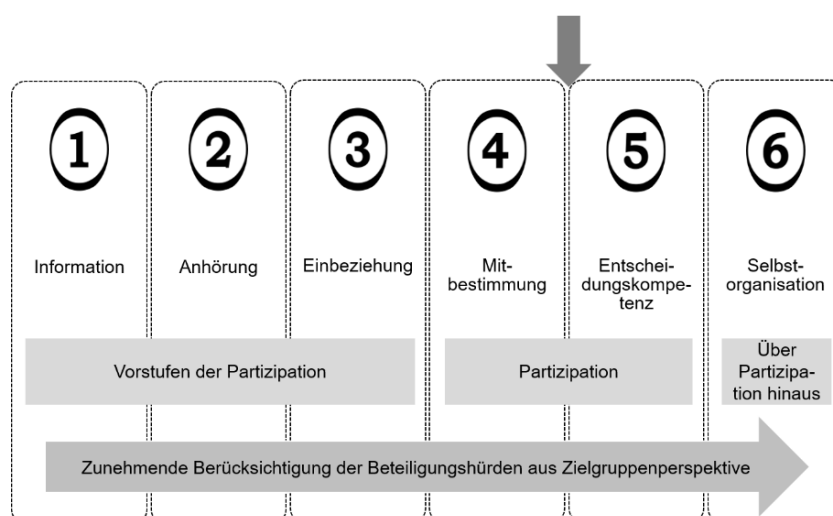
Überblick Ergebnisse des Kriteriums niedrigschwellige Arbeitsweise

- Zugangshürden wurden ermittelt
- Aufsuchende Gehstruktur, Angebot ist kostenlos und freiwillig
- Fahrtkostenerstattung bei Schulung an der HAW möglich
- Gender- und Kultursensibilität in der Durchführung sowie in den Materialien berücksichtigt
- Kinderbetreuung wird angeboten
- Workshopangebot durch Multiplikator*innen in ihrer Muttersprache, Sprachenvielfalt vorhanden
- Vermittlung der Inhalte mündlich und mit visueller Darstellung
- Hürdenabbau für Multiplikator*innen durch studentische Betreuung
 - Tageszeit der Durchführung nicht immer optimal
 - Sprachenvielfalt erweiterbar
 - Zugangshürden in den Einrichtungen sind vorhanden

4.1.7 Kriterium Partizipation

Mit der Partizipation werden die Rechte der Entscheidungsbefugnis an die Teilnehmer*innen der Präventionsmaßnahme übertragen. Die Zielgruppenmitglieder*innen werden an der Planung, Umsetzung sowie Bedarfserhebung der Maßnahme beteiligt. Die Mitglieder*innen der Zielgruppe erarbeiten sich somit Kompetenzen und können aktiv Einfluss auf den Verlauf der gesundheitsförderlichen Maßnahme nehmen (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 51).

Abbildung 10 Kriterium Partizipation (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 51), in eigener Darstellung



Die Partizipation ist in der Entstehungsphase des Materials durch Einbeziehung von Studierenden mit Fluchterfahrung, Asylbewerber*innen als Gasthörer*innen sowie 40 Vertreter*innen der Zielgruppe erfolgreich umgesetzt. Die Zielgruppe wurde bei der Bedarfsermittlung, Planung und Umsetzung des Programms aktiv einbezogen. Des Weiteren erfolgt die Umsetzung des Programms in einem Peer-to-Peer-Ansatz, was zur Steigerung der aktiven Teilhabe und Partizipation auf Ebene der Multiplikator*innen und Teilnehmer*innen führt. Die Workshops werden unabhängig äußerer Unterstützung durch hohes Engagement der Multiplikator*innen durchgeführt, welches wiederum durch partizipative Einbeziehung und Mitbestimmung erfolgt. Die Multiplikator*innen haben Entscheidungskompetenz in der Umsetzung der Workshops und können die Workshops eigenständig durchführen und werden begleitet. Die Partizipation der Teilnehmer*innen wird zwar nur im Rahmen aktiver und partizipativer Inhalte des Workshops gewährleistet und beinhaltet keine Entscheidungskompetenzen, jedoch konnten „[...] durch regelmäßige Austauschrunden sowie Feedbacks [...] auf Ideen und Erfahrungen eingegangen werden sowie das Mitspracherecht gefördert werden. [...]“ (HA 3 Hygiene:23-23). „Die wesentlichen Aspekte der Maßnahme werden unter Mitbestimmung der Zielgruppe beschlossen und die durch die Multiplikatoren angeleitete Interaktion ist zentrales Element der Workshops. Durch die Beteiligung am Diskurs und das Einbringen eigener Erfahrungen und Lösungen haben die Teilnehmenden aktiven Einfluss auf die Themen“ (HA 6 Hygiene:31-31). Zu berücksichtigen ist, dass Partizipation ein Entwicklungsprozess ist, in dem Teilnehmer*innen zunehmend Kompetenzen gewinnen, um aktiv Einfluss auf ihre Entscheidungen nehmen zu können (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 51). In der Multiplikatoren Ausbildung werden die angehenden Multiplikator*innen in die weitere Planung und Umsetzung einbezogen. Zusätzlich werden im Rahmen freier Stellen für den Bundesfreiwilligendienst im Programm REFUGIUM Entscheidungskompetenzen der Zielgruppe gefördert. Hürden bestehen in der partizipativen Einbeziehung der Teilnehmer*innen in einigen Workshopthemen, die durch Genderproblematiken ausgelöst werden. Deshalb ist REFUGIUM auf Stufe fünf des *Kriteriums Partizipation* einzustufen.

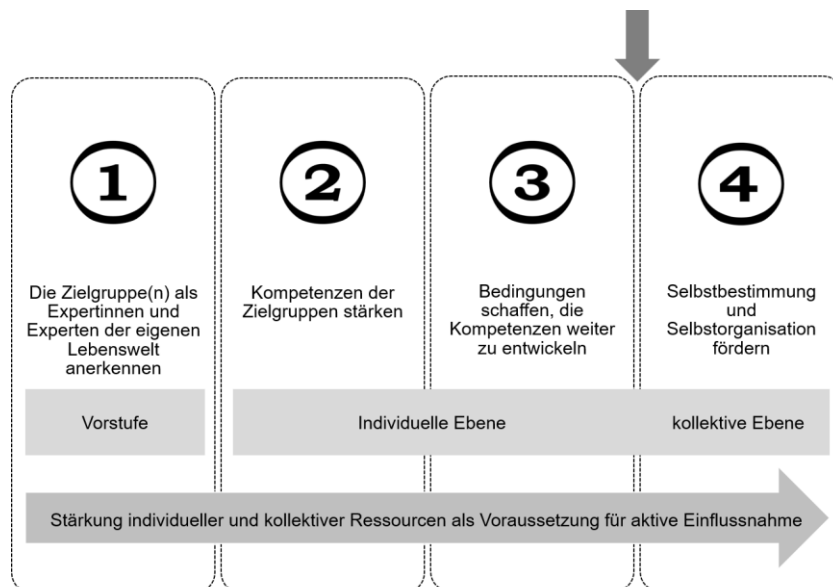
Überblick Ergebnisse des Kriteriums Partizipation

- Einbeziehung von Vertreter*innen der Zielgruppe bei der Bedarfserhebung, Planung und Umsetzung
- Partizipative Beteiligung und Engagement der Multiplikator*innen gewährleistet
- Aktive und partizipative Gestaltung der Workshops
- Entscheidungskompetenz und eigenständige Durchführung durch Multiplikator*innen
- Förderung von Entscheidungskompetenzen durch freie Stellen im Bundesfreiwilligendienst
- Partizipative Umsetzung durch Peer-to-Peer-Ansatz
- Aktive und partizipative Workshopinhalte sowie Feedbackrunden

4.1.8 Kriterium Empowerment

Unter Empowerment ist zu verstehen, dass einzelne Personen oder Personengruppen auf Basis ihrer Informationen, Ressourcen und Fähigkeiten befähigt werden, selbsttätig und selbstbestimmt ihre Lebenswelt mitzugestalten. Akteure der Gesundheitsförderung sollen die Teilnehmer*innen einer Maßnahme dazu befähigen und die nötigen Bedingungen und Voraussetzungen dafür schaffen (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 55).

Abbildung 11 Kriterium Empowerment (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 55), in eigener Darstellung



Der Empowerment-Prozess erfordert eine Anerkennung der Zielgruppe als Expert*innen der eigenen Lebenswelt (ebd., S. 56), was mit dem Programm REFUGIUM berücksichtigt wird. REFUGIUM bringt eine Erweiterung der gesundheitlichen Kompetenzen sowie eine Aktivierung der eigenen Ressourcen mit sich. Im Konzipierungsprozess wurden die Ressourcen und individuellen Kompetenzen der Geflüchteten, mit Hilfe von aktiver Beteiligung und Gestaltung der Zielgruppe, berücksichtigt, wie durch die folgenden Aussagen sichtbar wird: „Die individuellen Kompetenzen werden durch den interaktiven Erfahrungsaustausch gefördert. Das Erlernen neuer Handlungsmöglichkeiten und der Austausch unter den Teilnehmer*innen fördert das Empowerment und die aktive Beteiligung an dem Projekt in Richtung eines partizipativen Ansatzes“ (HA 5 Bewegung:38-38). „Sowohl die Multiplikatoren als auch die Teilnehmer der Workshops konnten ihre Ressourcen entdecken und weiterentwickeln und dadurch ihre eigene Umwelt aktiv gestalten und umgestalten. Außerdem wurden in den Workshops Kompetenzen vermittelt, die zu einer dauerhaften und längerfristigen Umgestaltung der eigenen Umwelt führen kann. Dennoch können äußere

Umstände diese Umgestaltung möglicherweise begrenzen” (HA 1 Ernährung:13-13). Der Erfahrungsaustausch wird unter den Teilnehmer*innen in den Workshops und unter den Multiplikator*innen gefördert. Zum Beispiel werden zum Abschlussfest einer neu ausgebildeten REFUGIUM-Generation alle Multiplikator*innen eingeladen. REFUGIUM versucht somit, gegenseitige Unterstützung auf individueller und kollektiver Ebene zu fördern. Eine unabhängige Selbstorganisation der Multiplikator*innen ist angestrebt, jedoch zurzeit nicht ohne studentische Unterstützung umzusetzen. Im Rahmen der Bundesfreiwilligendienststelle (BUFDI) wird die aktive Förderung der Selbstbestimmung und Selbstorganisation umgesetzt (Beobachtungsvermerk 7). Laut Aussagen der Studierenden stärkt *„der Erfahrungsaustausch [sic!] [...] die persönlichen Ressourcen der Flüchtlinge und fördert einen Anstoß für Veränderungen, [sodass] einige Flüchtlinge im Sommer 2016 über eine Umstellung des Essensangebotes nach Gesprächen mit der zuständigen Stelle berichtet [haben]“* (HA 2 Ernährung:14-14). Somit kann REFUGIUM zwischen Stufe drei und vier des Kriteriums Empowerment eingestuft werden.

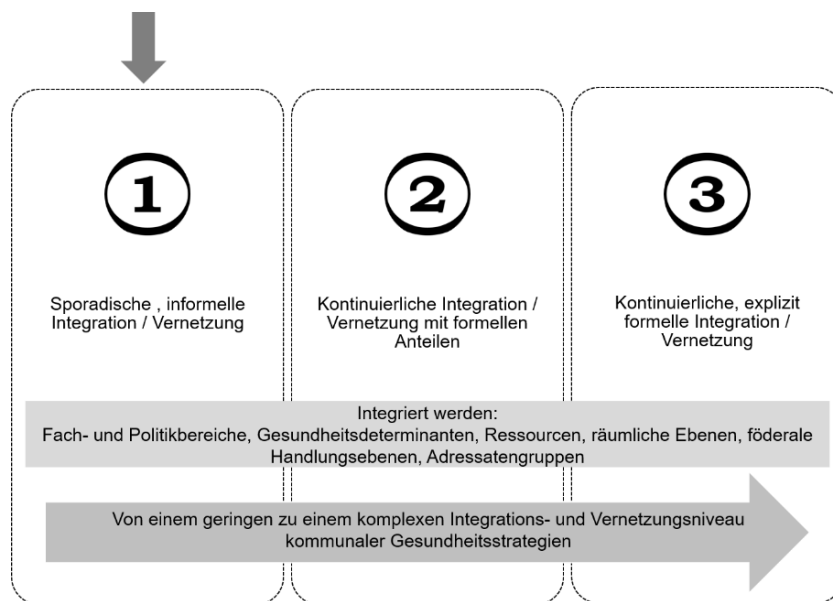
Überblick Ergebnisse des Kriteriums Empowerment

- Berücksichtigung von Ressourcen und Kompetenzen bei der Konzipierung des Programms
- Vermittlung von Handlungskompetenzen
- Befähigung zur aktiven Gestaltung der eigenen Lebenswelt
- Förderung der Selbstbestimmung durch Erfahrungsaustausch
 - Selbstorganisation und -bestimmung im Ansatz vorhanden, ausbaufähig

4.1.9 Kriterium Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

Integrierte Handlungskonzepte sind wichtige Bestandteile der Gesundheitsförderung. Es sind verschiedene Handlungsebenen von Bund, Ländern und Kommunen sowie unterschiedliche Verwaltungsbereiche einzubeziehen. Das Kriterium integriertes Handlungskonzept/Vernetzung umfasst sechs einzelne Aspekte (Fach- und Politikbereiche, Gesundheitsdeterminanten, Ressourcen, räumliche Ebenen, föderale Handlungsebenen, Gruppen von Adressatinnen und Adressaten) (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 59f).

Abbildung 12 Kriterium Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 59), in eigener Darstellung



REFUGIUM wurde auf Hochschulebene mit unterschiedlichen Akteur*innen so konzipiert, dass eine Ausrichtung auf die individuelle Lebensweise und deren Gesundheitsdeterminanten stattfindet. Personelle und materielle Ressourcen werden durch Akteur*innen und Beteiligte unterschiedlich gestellt. Daher wird REFUGIUM in den Aspekten *Fach- und Politikbereiche, Gesundheitsdeterminanten und Ressourcen* auf Stufe eins eingestuft. REFUGIUM agiert im Setting Fluchtunterkunft sowohl in unterschiedlichen Stadtteilen Hamburgs als auch der nahen Umgebung, trotzdem ist es aufgrund der noch geringen Reichweite nicht möglich, im Sinne einer strategischen Partnerschaft ein Konzept auf gesamt kommunaler Ebene umzusetzen. Durch Kooperationen mit Gesundheitsämtern, Fluchtunterkünften sowie unterschiedlichen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung wird versucht, regional sowie überregionale Workshops anzubieten und durchzuführen, so dass die Aspekte *Räumliche Ebenen* und *Gruppen von Adressatinnen und Adressaten* auf Stufe zwei eingestuft werden können. Der Aspekt *Föderale Handlungsebenen* entfällt, da das Programm lediglich von der Hochschule umgesetzt wird. Die Bemühungen, Vernetzung durch Kooperationen und Partnerschaften zu erreichen, werden kontinuierlich angestrebt. Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte kann REFUGIUM auf Stufe eins des Kriteriums *Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung* eingestuft werden.

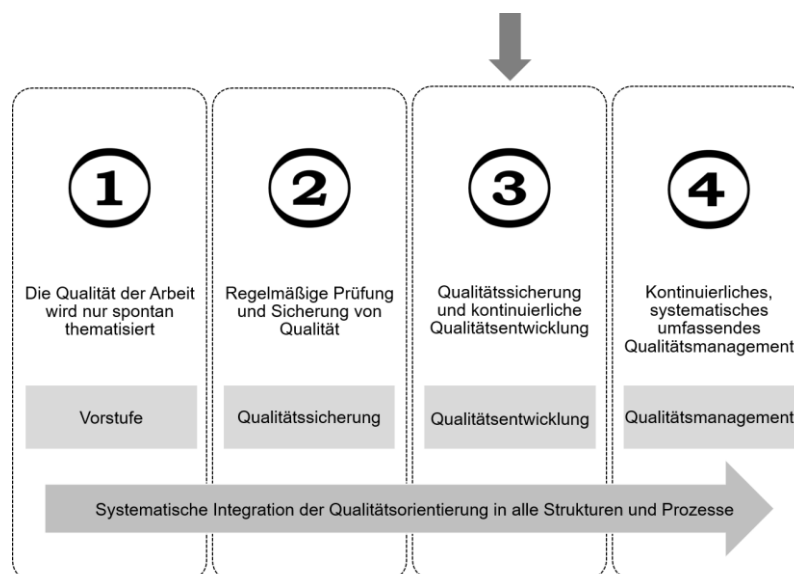
Überblick Ergebnisse des Kriteriums Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

- Konzeptbeschluss unter Einbeziehung unterschiedlicher Beteiligter
- Kooperationen mit Gesundheitsämtern, Akteur*innen im Gesundheitswesen, Flüchtunterkünften
- Umfangreiches Workshopangebot in Hamburg und der nahen Umgebung
 - Umsetzung nur seitens der HAW
 - Ungleichmäßige Beteiligung an personellen und materiellen Ressourcen unter den Akteur*innen
 - Konzeptumsetzung auf gesamtkommunaler Ebene zurzeit nicht möglich

4.1.10 Kriterium Qualitätsmanagement

Qualitätssicherung hat zum Ziel, Maßnahmen der Gesundheitsförderung partizipativ und zielgruppenorientiert sowie bedarfs- und fachgerecht zu implementieren. Hierbei sollte eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung der Maßnahme angestrebt werden (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 63).

Abbildung 13 Kriterium Qualitätsmanagement (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 63), in eigener Darstellung



Zu Anfang wurden anhand von Selbstevaluationen Qualitätsmanagement-Ansätze verfolgt, welche erst in der Umsetzungsphase des Programms konkret eingegliedert wurden. Die Mitarbeiter*innen des Programms sowie die beteiligten Studierenden erstellen nunmehr regelmäßig Instrumente zur Bedarfserhebung und Qualitätskontrolle. Nach der Durchführung eines Workshops oder einer Schulung wird zudem Feedback der Zielgruppe eingeholt. Zusätzlich erstellen Studierende im Rahmen von Modulen und Bachelor- sowie Masterarbei-

ten Struktur- Prozess- und Wirkungsevaluationen. Das Programm wird bei Bedarf den Gegebenheiten und Verbesserungsansätzen angepasst und weiterentwickelt. Das Ziel Qualität wird nicht an Wirkungsergebnissen gemessen, denn Qualität gilt als Zeichen der Nachhaltigkeit, Zufriedenheit der Teilnehmer*innen und ist mit einer guten Umsetzung des Programms verbunden (Beobachtungsvermerk 8). REFUGIUM kann somit auf Stufe drei des *Kriteriums Qualitätsmanagement* eingestuft werden.

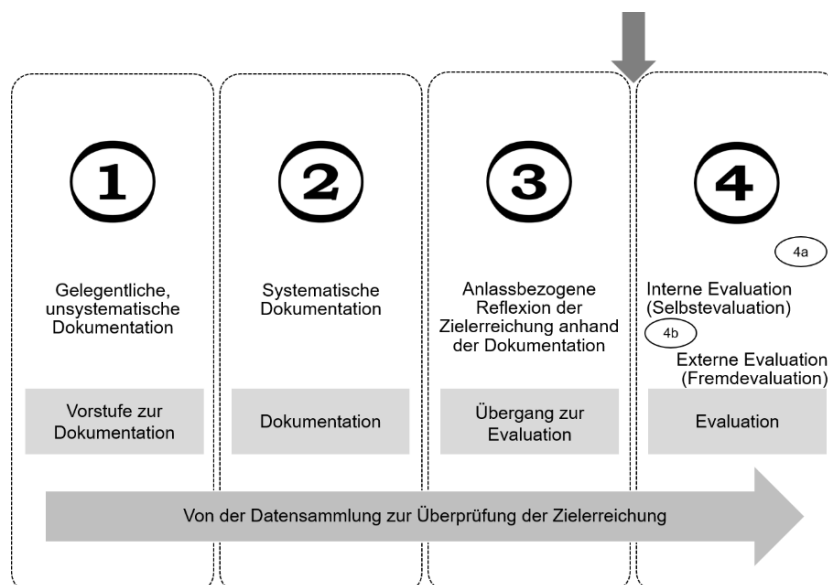
Überblick Ergebnisse des Kriteriums Qualitätsmanagement

- Instrumente werden erstellt und genutzt
- Regelmäßige Erhebungen
- Feedback unterschiedlich beteiligter Personen des Programms
- Evaluationen und Bedarfserhebungen
- Verbesserung und Weiterentwicklung bei Bedarf
 - Unregelmäßige Teamsitzungen
 - Systematisches Qualitätsmanagement ausbaufähig

4.1.11 Kriterium Dokumentation und Evaluation

Die Dokumentation sowie Evaluation sind Aspekte des Qualitätsmanagements. Ziel ist es, die Erreichung der Ziele zu überprüfen sowie Arbeitsabläufe zu optimieren (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 67).

Abbildung 14 Kriterium Dokumentation und Evaluation (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 67), in eigener Darstellung



Kontinuierliche Datenerhebungen finden durch Studierende in verschiedenen Modulen sowie im Rahmen von Bachelor- und Masterarbeiten statt. Die Evaluation des Programms ist als interne Fremdevaluation mit Selbstevaluationsaspekten ausgelegt. Des Weiteren fanden im Vorfeld interne Evaluationen und externe Teilevaluationen, die durch Studierende durchgeführt wurden, statt. Zusätzlich erfolgt parallel zur vorliegenden Prozess- und Strukturevaluation eine Ergebnisevaluation im Rahmen einer Masterthesis einer weiteren Beteiligten des Programms. Demnach wird REFUGIUM auf Stufe vier des *Kriteriums Dokumentation und Evaluation* eingestuft.

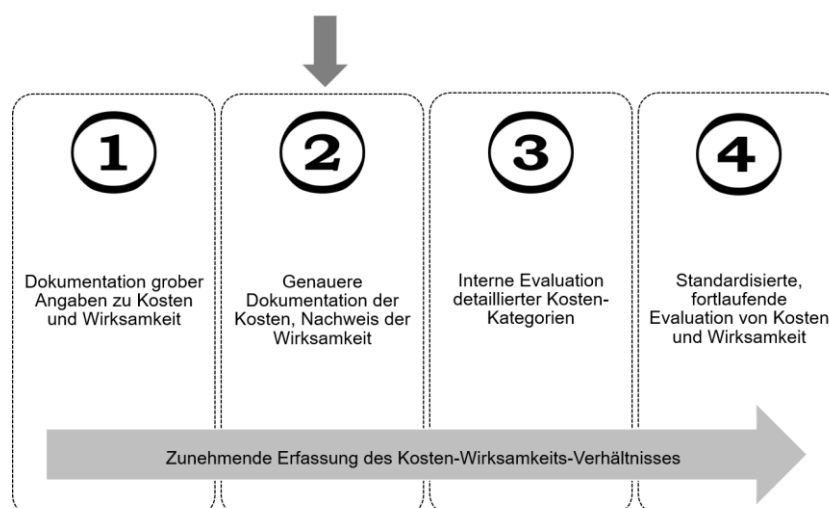
Überblick Ergebnisse des Kriteriums Dokumentation und Evaluation

- Externe Teilevaluationen vorhanden, Ergebnisevaluation durch weitere Beteiligte
- Fremdevaluation mit Selbstevaluationsaspekten, Prozess- und Strukturevaluation

4.1.12 Kriterium Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis

Ein positives Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis ist gegeben, wenn eine Maßnahme hinsichtlich der Zielerreichung wirksam und die Wirksamkeit in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten steht. Das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis misst sowohl die erzielte Wirksamkeit, die Verbesserung des Gesundheitszustandes wie auch die Kosten anhand geeigneter Merkmale. Hierzu müssen die Kennzahlen messbar und miteinander vergleichbar sein (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 71).

Abbildung 15 Kriterium Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 71), in eigener Darstellung



Die Angaben zum Budget des Programms wurden erstmals im Rahmen dieser Evaluation in einem Expertengespräch differenziert. In diesem Kontext wurden das vorhandene

Budget, der personelle Aufwand sowie der materielle Aufwand berechnet. Der personelle Bedarf setzt sich zusammen aus je einer/einem Multiplikator*in für die Durchführung eines Workshops. Sollten gleichzeitig mehrere Sprachen angeboten werden, ist die Anzahl zu erhöhen. Folglich sollte jede*r Multiplikator*in eine studentische Begleitung zur Verfügung gestellt bekommen, die für die Zusammenstellung des Material sorgt sowie als Unterstützung während des Gespräches mit dem Sozialmanagement und der Durchführung des Workshops dient. Des Weiteren sind Personen zur Koordinierung des Programms nötig. Dies obliegt zurzeit Studierenden im Praktikum sowie einer Mitarbeiterin im BUFDI. Hinzu kommen die Setzung und Grafik der Flyer und Manuale in alle Sprachen (siehe Kapitel 2.2 REFUGIUM-Materialien), Gastvorträge, Fahrkarten der Multiplikator*innen, Kinderbetreuung, Verpflegung, Arbeitsplatzmaterialien und Materialien, die für die Workshops benötigt werden. Zu beachten ist, dass die Multiplikatoren-schulung deutlich mehr personelle und materielle Ressourcen beansprucht als die Workshops in den Unterkünften, so dass auf Grundlage der Anzahl der durchgeführten Workshops und der Anzahl der Workshops im Rahmen der Schulungen ein Verhältnis von eins zu drei hergestellt werden kann. Das Budget des Programms beträgt knapp 33.000 Euro, die für unterschiedliche Zwecke aus verschiedenen Quellen zur Verfügung gestellt wurden. Eine Übersicht des Budgets ist aus Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5 Budget Übersicht des REFUGIUM-Programms in Bezug auf Verwendung und Quelle

Quelle	Verwendung	Budget in Euro (€)
Stiftung (möchte nicht namentlich benannt werden)	Bezahlung studentischer Praktikant*innen	5000 €
Buck Stiftung	Druck der Flyer und Manuale	3500 €
Forschungsmittel eines HAW Mitarbeiters	Satz und Grafik der Flyer und Manuale	1200 €
Bürger Stiftung	Giveaways für die Teilnehmer*innen	1500 €
Fakultät Life Sciences	Bezahlung sechs monatiger Stelle im Rahmen des Bundesfreiwilligen Dienstes (geflüchtete Person)	1710 € (6 x 285 €)
Fakultät Life Sciences	Bezahlung zwölf monatiger Stelle im Rahmen des Bundesfreiwilligen Dienstes (geflüchtete Person)	3840 € (12 x 320 €)
Fakultät Life Sciences	Sachmittel für Arbeitsplatz	3600 € (18 x 200 €)
Fakultät Life Sciences	Forschungsförderung, Konferenzen, Antragsvorbereitungen	5000 €
In Sachmittel umgewandelte Freistellungsmittel von Prof. Dr. Christine Färber	REFUGIUM	7500 € (5 x 1500 €)
		= 32.850 €

In sechs Generationen wurden insgesamt 162 Workshops durchgeführt. Davon 114 Workshops im Rahmen von Multiplikatorenschulungen und 48 in Fluchtunterkünften. Der Anteil an Schulungen liegt im Vergleich zu den Workshops in Unterkünften bei 77,55%. Monetär ausgedrückt werden 13.750 Euro des Budgets – ausgeschlossen Druckkosten, Setzung der Flyer und Manuale, Sachmittel für einen Arbeitsplatz sowie Forschungsförderung und Konferenzen – für die Multiplikatorenschulungen benötigt; für die Workshops in den Unterkünften lediglich 3.998 Euro. Demnach kostet die Durchführung eines Workshops in einer Unterkunft und im Rahmen einer Schulung rund Euro 120 Euro. Hierbei sind sowohl personelle als auch materielle Kosten inbegriffen.

Die Wirksamkeit des Programms wurde bereits mittels Ergebnisevaluationen im Rahmen von Masterarbeiten nachgewiesen, so dass hier eine Aufstellung des Nutzens erfolgt, was wiederum einen Hinweis auf die Zielerreichung und somit auf die Wirksamkeit des Programms zulässt. In erster Linie beteiligt sich die HAW Hamburg an der Gesundheitsförderung vulnerabler Gruppen. Zudem erhalten die Studierenden die Möglichkeit, die Theorie mit praktischen Anwendungen zu bereichern, indem partizipative Aktionsforschung in den Vordergrund gerückt wird. In diesem Kontext war und ist REFUGIUM in drei Fachprojekte (Flüchtlingsgesundheit WiSe 2015/2016, Flüchtlingsgesundheit SoSe 2016, Flüchtlingsgesundheit SoSe 2018), in den seminaristisch aufgebauten, anwendungsbezogenen Teil des Moduls *Evaluation im Gesundheitswesen*, in Pflichtpraktika und tutorische Arbeiten integriert. Durch die partizipative Arbeitsweise des Programms REFUGIUM wird Integration auf zwei Seiten geboten. Die Studierenden integrieren und beteiligen sich an einer Maßnahme, die Geflüchtete befähigt, ihre Gesundheit zu fördern und zu erhalten, und integrieren in dieser Weise eine gesundheitlich vulnerable Gruppe in die Gesellschaft. Dies wird von den Studierenden mit folgenden Aussagen bestätigt: *„REFUGIUM ist ein wunderbares Konzept, welches Integration, Gesundheitsförderung und Wissensvermittlung vereint“* (HA 2 Mundgesundheits:60-60). *„Das Projekt weist ein hohes Potential zum Empowerment und damit auch zur Gesundheitserhaltung und -förderung der Geflüchteten auf“* (HA 1 Hygiene:21-21). *„Ich konnte feststellen, dass ich anfangs doch Berührungsängste hatte, worüber ich mir im ersten Moment gar nicht so bewusst war. Diese Ängste konnte ich komplett ablegen“* (HA 5 Mundgesundheits:50-50). Sowohl die geflüchteten Teilnehmer*innen als auch Studierende mit und ohne Migrationshintergrund oder Fluchtbiographie erwerben interkulturelle Kompetenzen, die unterschiedliche Sichtweisen vereinen und Vorurteile abbauen. *„Diesem [Programm], das von den Teilnehmerinnen gut angenommen wird und ihnen Spaß macht, wohnt wie dem gesamten REFUGIUM Programm viel Potenzial inne. [...] Ich persönlich habe nicht*

*nur methodisch viel über Evaluation gelernt, sondern empfand die Besuche von Einrichtungen und die Arbeit mit Geflüchteten als bereichernd und habe viel mit auf den Weg genommen“ (HA 7 Bewegung:18-18). Zudem sind diese Kompetenzen für das Gebiet der Gesundheitswissenschaften durchaus wertvoll, denn alle Beteiligten können vom Austausch der Kulturen, Religionen und Erfahrungen profitieren. „Die enge Zusammenarbeit mit den beiden Multiplikatoren sowie die offene und freundliche Atmosphäre in Workshops war für die Studierenden eine bereichernde Erfahrung und half, eigene Unsicherheiten abzubauen. Die Multiplikatoren führten die Workshops mit großem Engagement durch. Mithilfe ihrer sprachlichen Kenntnisse konnte den TeilnehmerInnen Informationen [...] vermittelt werden“ (HA 2 Gesundheitsversorgung:56-56). Der Migrationshintergrund wird in diesem Programm als Vor- und nicht als Nachteil gesehen. Studierende, die im universitären Rahmen Sprachbarrieren aufweisen, können hier ihre Sprachkompetenzen effektiv einsetzen und sich aktiv beteiligen, so dass diese Kompetenzen, wie in der folgenden Aussage zu sehen, als womöglich wertvollste Kompetenz des Programms angesehen wird: „Persönlich ist festzuhalten, dass REFUGIUM die Kompetenzen der Geflüchteten, der MultiplikatorInnen und besonders der Studierenden stärkt. Die Teilnahme baut Vorurteile ab, stärkt das Selbstbewusstsein, erschließt neue Freundschaften, bietet neue Sichtweisen und macht Spaß. REFUGIUM ermöglicht wertvolle Erfahrungen und eine Bereicherung an Kulturverständnis. Dies ist wohlmöglich die wertvollste Kompetenz, die REFUGIUM vermittelt. Resümierend ist REFUGIUM ein vorbildliches Projekt, an dem weiter festgehalten werden sollte“ (HA 5 Bewegung:42-42). REFUGIUM weist nachweislich einen hohen Nutzen sowohl für die Studierenden als auch für die Geflüchteten auf, sodass das Programm auf Stufe zwei des Kriteriums *Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis* einzustufen ist.*

Überblick Ergebnisse des Kriteriums Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis

- Ausgaben werden dokumentiert
- Das Budget des Programms ist detailliert aufgeschlüsselt
- Zielerreichung wird anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluationen erfasst
- Nutzen des Programms dargestellt
- Wirksamkeit anhand von Ergebnisevaluationen nachgewiesen
 - Messung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses mit messbaren Indikatoren im Moment nicht möglich

4.2 Übersicht Ergebnisse der Strukturevaluation

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung einer Übersichtstabelle (Tabelle 6), die die Ergebnisse der Strukturevaluation zusammenfasst. Hierzu wird das jeweilige Kriterium benannt und die erreichte Stufe sowie die maximal erreichbare Stufe abgebildet. Zudem erfolgt eine Darstellung der Zielerreichung in Prozent.

Tabelle 6 Übersicht der Strukturevaluationsergebnisse

Kriterium	Erreichte Stufe	Maximale Stufe	Zielerreichung in Prozent
Konzeption	5	5	100%
Zielgruppenbezug	4	4	100%
Setting-Ansatz	3-4	4	87,5%
Multiplikatorenkonzept	4	4	100%
Nachhaltigkeit	3-4	4	87,5%
Niedrigschwellige Arbeitsweise	3	3	100%
Partizipation	5	6	83,3%
Empowerment	3-4	4	87,5%
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	1	3	33,3%
Qualitätsmanagement	3	4	75%
Dokumentation und Evaluation	4	4	100%
Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis	2	4	50%
Zielerreichung im Durchschnitt			83,68%

4.3 Ergebnisse der Prozessevaluation

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Prozessevaluation dargestellt. Diese werden in die Bereiche Rekrutierungs- und Abschlussphase sowie nach prozessrelevanten Kategorien unterteilt betrachtet.

4.3.1 Rekrutierungsphase

In der Rekrutierungsphase wird ein Kontakt zum Sozialmanagement der jeweiligen Unterkunft hergestellt. Des Weiteren wird das Sozialmanagement um Mithilfe bei der Rekrutierung gebeten, indem diese Flyer aushängen und gezielt Personen in Sprechstunden ansprechen. Vorort wurde sich bisher spontan zu einer Rekrutierung durch Studierende und Multiplikator*innen entschieden, indem die Studierenden und Multiplikator*innen Bewohner*innen auf dem Gelände der Unterkunft, in der Mensa sowie durch direktes Anklopfen an Wohnungstüren ansprechen. Das Anklopfen an Wohnungstüren ist jedoch nur nach Rücksprache mit dem Sozialmanagement erlaubt. Nachdem erkannt wurde das die Rekrutierung so nur schwer und schleppend verläuft, hat sich das Team entschieden, eine Woche und ein Tag vor dem Workshop durch aktive Rekrutierung in den Unterkünften die Bewohner*innen aufmerksam zu machen. Zudem bekommen die Bewohner*innen Handzettel mit genauem Datum, Raum und Uhrzeit sowie dem stattfindenden Workshopthema. Außerdem wird eine weitere Rekrutierung ein bis zwei Stunden vor dem Workshop durchgeführt (Beobachtungsvermerk 20). Zusätzlich findet in dieser Rekrutierungsphase die Rekrutierung potenzieller Multiplikator*innen statt. Einige der Workshop Teilnehmer*innen sind in der Ausbildung zum Multiplikator und zur Multiplikatorin wiederzusehen.

4.3.2 Abschlussphase

Die Abschlussphase stellt die formelle Zertifikatsübergabe sowie das anschließende Abschlussfest dar. Der Raum wird mit Girlanden und Blumen dekoriert. Ein Büffet mit Salaten Snacks und Getränken wird im Vorfeld aufgebaut. Zu Anfang werden alle Teilnehmer*innen willkommen geheißen und Frau Prof. Dr. Christine Färber hält eine kleine Rede. Im Anschluss folgt der formelle Teil. Alle Teilnehmer*innen bekommen ein Zertifikat und eine Rose sowie eine Tasche mit einem Geschenk und eine Mappe mit REFUGIUM-Workshopmaterialien überreicht. Um den Datenschutz zu berücksichtigen, wird im Vorfeld erfragt, ob alle mit dem filmen und fotografieren zur Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit einverstanden sind. Nach der formellen Übergabe wird das Büffet eröffnet. Die Teilnehmer*innen, Studierenden sowie eingeladenen Gäste haben dann die Gelegenheit sich bei Getränken und Snacks auszutauschen.

4.3.3 Prozessrelevante Kategorien

In den folgenden Unterkapiteln werden die Ergebnisse in Bezug auf die Kategorien Allgemeine Informationen, Workshopleitung, Teilnehmende, Workshop, Materialien, Verpflegung und Kinderbetreuung⁷ betrachtet und in Teilen je nach Workshopthema differenziert. Innerhalb der Kategorien erfolgt eine weitere Unterteilung in Multiplikatoren-schulung **(1)** und Workshop in Unterkünften **(2)**.⁸ In diesem Kontext wird das Datenmaterial mit Hilfe der vorab definierten Kriterien bewertet und in Bezug auf Chancen und Hürden dargestellt. Am Ende jeder Kategorie erfolgt die Abbildung einer Übersichtstabelle, die die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen der Multiplikatoren-schulung und der Durchführung von Workshops in Unterkünften aufzeigt.

4.3.3.1 Allgemeine Informationen

1. Zielgruppe

(1) Die Zielgruppe der Schulungen umfasst Männer und Frauen ab 14 Jahren mit Fluchtbiographie, die Interesse an Gesundheit und einer Ausbildung zur Gesundheitsmultiplikatorin/zum Gesundheitsmultiplikator im Rahmen des Programms REFUGIUM haben.

(2) Die Zielgruppe der Workshops in Unterkünften umfasst ebenfalls Männer und Frauen ab 14 Jahren, die in einer Erst- oder Folgeunterkunft wohnen und aus ihrem Heimatland geflüchtet sind.

2. Datum

(1) Im Zeitraum zwischen dem 02.05.2016 und 16.05.2018 wurden sechs Generationen der REFUGIUM-Multiplikatoren-schulungen und in diesem Rahmen 114 Workshops durchgeführt. Die Zeiträume der Durchführung der sechs Generationen sind in Tabelle 7 abgebildet. Hierbei ist zu erkennen, dass einige Schulungen über mehrere Wochen verteilt stattfanden, einige hingegen innerhalb weniger Tage durchgeführt wurden.

⁷ Die Ergebnisse der Kategorien Allgemeine Informationen, Workshopleitung, Verpflegung und Kinderbetreuung beziehen sich auf alle Workshopthemen.

⁸ Wenn keine Unterschiede in den Ergebnissen zu finden sind, werden die Ergebnisse Multiplikatoren-schulung (1) und Workshop in Unterkünften (2) zusammengefasst.

Tabelle 7 Durchführungszeitraum der REFUGIUM-Generationen

Generation	Durchführungszeitraum
1.Generation	02.05.2016-23.05.2016
2.Generation	28.02.2017-08.03.2017
3.Generation	24.04.2017-15.05.2017
4.Generation	06.11.2017-13.11.2017
5.Generation	15.02.2018-16.02.2018
6.Generation	02.05.2018-16.05.2018

(2) Im Zeitraum zwischen dem 28.11.2016 und 23.05.2018 wurden 48 Workshops in Fluchtunterkünften durchgeführt. Die Anzahl der durchgeführten Workshops pro Thema sowie die jeweiligen Sprachen sind in Tabelle 8 dargestellt. Aus der Tabelle ist zu entnehmen, dass eine gleichmäßige Aufteilung der jeweiligen Workshopthemen erfolgen konnte, so dass alle Themen in etwa der gleichen Zeitspanne durchgeführt wurden.

Tabelle 8 Durchführungsanzahl je Workshopthema und Sprache, Workshop in Unterkünften

Workshopthema	Anzahl der Durchführungen	Sprachen
Ernährung	8	Arabisch, Farsi, Englisch
Hygiene	9	Arabisch, Farsi, Englisch
Gesundheitsversorgung	8	Arabisch, Farsi, Englisch, Kurdisch
Psychische Gesundheit	9	Arabisch, Farsi, Englisch
Bewegung	6	Arabisch, Farsi, Englisch
Mundgesundheit	8	Arabisch, Farsi, Englisch

3. WS-Sprache

(1) Die Multiplikatorenschulungen finden vorwiegend in den Sprachen Arabisch, Deutsch, Englisch, Farsi und Russisch statt. Zu berücksichtigen ist, dass die Schulungen in allen Generationen auf Arabisch, in fünf auf Farsi, in drei auf Englisch, jeweils zwei auf Russisch und eine auf Deutsch durchgeführt wurden (internes Dokument 12).

(2) Die Workshops in Fluchtunterkünften finden derzeit in den Sprachen Arabisch, Englisch, Farsi und Kurdisch statt (Tabelle 8). Da keine Materialien für Kurdisch verfügbar sind, über-

setzen kurdisch und arabisch sprechende Multiplikator*innen in den Workshops (Beobachtungsvermerk 16).

4. Ort/Platz/Raum

(1) Die Schulungen finden an der Fakultät Life Sciences der HAW Hamburg in Bergedorf statt, lediglich die zweite Generation wurde am Campus Berliner Tor ausgebildet (internes Dokument 12). Der Schulungsraum ändert sich je nach Belegungsplanung der Räume. Meist sind alle Sprachen in einem Raum vertreten. Im Prozessverlauf wurde die daraus resultierende Problematik ersichtlich, so dass derzeit bei Möglichkeit je nach Belegungsplan der Räume ein Raum pro Sprache zur Verfügung gestellt wird.

(2) Die Workshops finden in unterschiedlichen Erst- sowie Folgeeinrichtungen statt. Meist sind dies Unterkünfte, die seitens des Unternehmens *fördern & wohnen* betrieben werden. Die Räume sind je nach Unterkunft unterschiedlich. In einigen Unterkünften stehen Unterrichtsräume zur Verfügung, in einigen hingegen nur Aufenthalts- oder Kinderspielräume.

5. Zeitplanung

(1) Hürden bestehen in der zeitlichen Einplanung der Vorbereitungen für den Workshop, was zu Verzögerungen und Verschiebungen der Workshopabläufe führt. Die Schulungen wurden in den verschiedenen Generationen an unterschiedlichen Tageszeiten durchgeführt. Zeiten außerhalb der Schulzeiten sind jedoch deutlich besser angenommen. Pausenzeiten innerhalb des Workshops sind nicht vorgegeben, zwischen zwei Workshops findet jedoch eine Pause statt. Auffällig ist, dass der Bedarf an Pausen stark variiert. Dies könnte sowohl in Verbindung mit der Tageszeit als auch der Anzahl der davor stattgefundenen Workshops zusammenhängen. Im Folgenden ist eine tabellarische Übersicht der vorgeschriebenen Zeit und der durchschnittlichen Workshopdauer je nach Thema abgebildet (Tabelle 9). Auffällig ist, dass die durchschnittliche Durchführungsdauer in den Modulen Gesundheitsversorgung, psychische Gesundheit und Mundgesundheit eine Abweichung von mehr als 10 Minuten enthält. In allen Themenbereichen sind zudem unterschiedliche positive und negative Zeitabweichungen gegeben. Lediglich der Workshop psychische Gesundheit liegt in der durchschnittlichen Workshopdauer im Optimum des vorgegebenen Zeitrahmens. Anzumerken ist, dass die Differenzierung nach Sprachen pro Workshopthema keine eindeutigen Ergebnisse liefert, also keine Zuordnung der zeitlichen Unterschiede zu den verschiedenen Sprachen erfolgen kann, so dass die unterschiedliche Zeitspanne auf die nicht einheitliche Erhebung des Zeitpunktes sowie die variierende Teilnehmer*innenanzahl zurückzuführen ist.

Tabelle 9 Durchschnittliche Workshopdauer je Workshopthema, Multiplikatoren-schulung

Workshopthema	Vorgabe nach Manual	durchschnittliche Dauer	kürzeste Dauer	längste Dauer
Ernährung	70	60,5	35	87
Hygiene	45	49	30	75
Gesundheitsversorgung	73	58	42	70
psychische Gesundheit	72	72	54	80
Bewegung	82	71	42	90
Mundgesundheit	70	45	25	90

Die Zeitangaben sind in Minuten dargestellt

(2) Hürden bestehen in den Workshops in Unterkünften ebenfalls bei der Einplanung der Vorbereitungen und der Rekrutierung für den Workshop, was zu Verzögerungen und Verschiebungen der Workshopabläufe führt. Da die meisten Teilnehmer*innen nicht pünktlich kommen, entstehen weitere Verzögerungen, Unterbrechungen und Verlängerungen der Workshopdauer. Zudem werden die Workshops zu unterschiedlichen Tageszeiten durchgeführt, je nachdem wie die Kapazitäten des REFUGIUM-Teams sowie die Wünsche des Sozialmanagements der Unterkunft sind (Beobachtungsvermerk 17). Laut Vorgabe sind keine Pausenzeiten innerhalb des Workshops vorgesehen. Durch die Übersetzungen in unterschiedliche Sprachen innerhalb des Workshops wird mehr Zeit benötigt als durch die Manuale festgelegt, so dass Pausenzeiten seitens der Teilnehmer*innen gewünscht werden. In Tabelle 10 ist die durchschnittliche Workshopdauer je Workshopthema dargestellt.

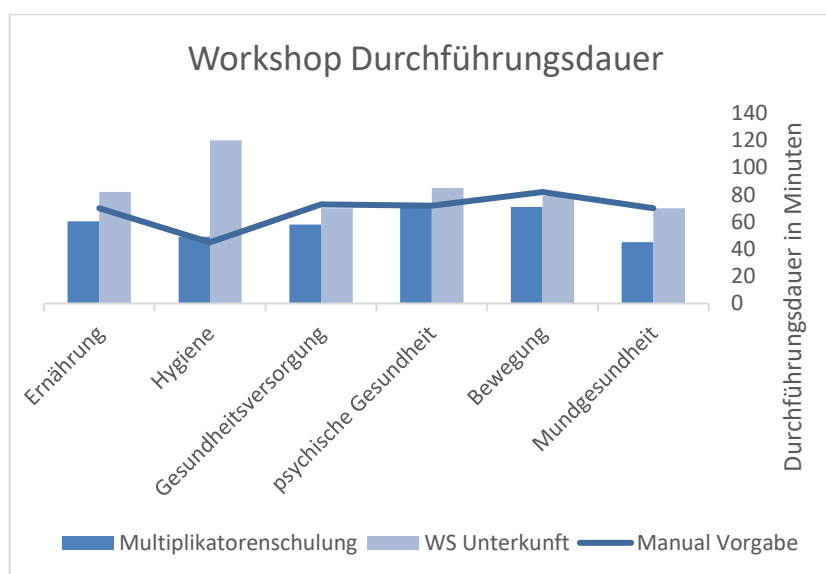
Tabelle 10 Durchschnittliche Workshopdauer je Workshopthema, Durchführung von Workshops in Unterkünften

Workshopthema	Vorgabe nach Manual	durchschnittliche Dauer	kürzeste Dauer	längste Dauer
Ernährung	70	82	60	100
Hygiene	45	120	-	-
Gesundheitsversorgung	73	70	45	90
psychische Gesundheit	72	85	-	-
Bewegung	82	79	65	90
Mundgesundheit	70	70	30	120

Die Zeitangaben sind in Minuten dargestellt. Fehlende Werte sind mit diesem Zeichen (-) gekennzeichnet.

(1) (2) Aus Abbildung 16 ist zudem zu entnehmen, dass die Durchführungsdauer aller Workshopthemen in den Unterkünften deutlich höher als in den Multiplikatorenschulungen ist. Die Workshops sowie die Schulungen zu den Themen Ernährung, Gesundheitsversorgung, psychische Gesundheit und Bewegung verlaufen in Bezug auf die Durchführungsdauer in etwa an der Vorgabe des Manuals. Die Hygieneschulung richtet sich ebenfalls nach den Manualvorgaben, die Durchführung in den Unterkünften wird jedoch deutlich überschritten. Die Multiplikatorenschulung zum Thema Mundgesundheit hingegen wird zeitlich eindeutig unterschritten.

Abbildung 16 Vergleich der Durchführungsdauer, Durchführung von Workshops in Unterkünften und Multiplikatorenschulung, in eigener Darstellung



6. Raumeigenschaften

(1) Die Workshops finden in Vorlesungsräumen der HAW Hamburg am Campus Bergedorf statt. Die Räume sind groß, gut klimatisiert, bieten Platz zum Arbeiten und genügend Helligkeit sowie Sonnenlicht, wirken jedoch teilweise kühl. Die Raumtemperatur ist je nach Jahreszeit warm und/oder kalt. Zur Begrüßung der angehenden Multiplikator*innen werden in der Regel am Büffet Blumen platziert sowie ein Willkommensplakat in verschiedenen Sprachen aufgehängt. Die Raumaufteilung funktionierte in den ersten Generationen nicht optimal, sodass die Workshops mit verschiedenen Sprachen in einem Raum zu Störungen durch erhöhte Geräuschkulissen führte und der Raum als zu eng zum Arbeiten empfunden wurde. Dies änderte sich im Laufe der Umsetzung, in dem die Workshops nach Sprachen in verschiedene Räume aufgeteilt wurden. Dies führte zur Senkung des Geräuschpegels und garantierte eine ruhigere, konzentriertere Arbeitsatmosphäre (Beobachtungsvermerk 15).

(2) Die Räume in den Unterkünften sind je nach Unterkunft unterschiedlich ausgestattet. Die Räume wirken meist steril, sind jedoch sauber. Die Größe der Räume ist für die Teilnehmer*innenanzahl meist zu klein, da häufig nur ein Raum für mehrere Sprachen zur Verfügung gestellt werden kann. In den meisten Räumen sind Fenster zum Öffnen vorhanden, die eine angenehme Luftzufuhr bieten. Einige Räume sind von draußen einsehbar, einige wiederum nicht. Je nach Jahreszeit und Wetterverhältnisse sind die Räume sehr warm oder kalt, da die Räume in Form von Containern bestehen.

7. Anordnung der Sitzplätze und Tische

(1) (2) Die Workshops werden in Stuhlkreisen durchgeführt. Zur Beobachtung sitzen die Studierenden auf Stühlen und/oder Tischen hinter den Teilnehmer*innen. Dies wurde von einigen Teilnehmer*innen als unpassend und unangenehm empfunden. Die Anordnung der Tische war größtenteils unübersichtlich und durcheinander.

8. Hygieneanlagen

(1) Hygieneanlagen, die auch Möglichkeiten zum Händewaschen bieten, sind auf dem Campus ausreichend gegeben und befinden sich in unmittelbarer Nähe der Vorlesungsräume. Die Hygienestandards entsprechen den Anforderungen öffentlicher Toiletten.

(2) Je nach Unterkunft und Lage der Räume ist der Zugang zu den Hygieneanlagen sehr unterschiedlich. In Räumen, in denen Sprachunterricht erfolgt, ist teilweise ein Waschbecken integriert und in der näheren Umgebung sind Toiletten zu finden. In einigen Unterkünften ist jedoch in der unmittelbaren Umgebung keine Hygieneanlage zu finden, so dass gerade bei der Durchführung des Workshops Hygiene Probleme auftreten. Selten sind die Toiletten nur für Mitarbeiter*innen der Unterkunft zugänglich. In fast allen Unterkünften und Räumen sind lediglich Händedesinfektionsspender vorhanden.

Im Folgenden ist eine Übersichtstabelle zu finden, die die Ergebnisse zusammenfassend darstellt (Tabelle 11).

Tabelle 11 Prozessevaluation Übersicht nach Kategorien und Workshopthema, allgemeine Informationen

Kategorien	Workshopthema					
	Ernährung	Hygiene	Gesundheitsversorgung	Psychische Gesundheit	Bewegung	Mundgesundheit
Allgemeine Informationen						
Zielgruppe	Männer und Frauen, ab 14 Jahren, mit Fluchtbiographie					
Datum	im Zeitraum von 2016-2018 Ausbildung von sechs Generationen und insgesamt Durchführung von 162 Workshops					
Sprache	Arabisch, Deutsch, Englisch, Farsi, Kurdisch					
Ort/Platz/Raum	Setting: HAW Hamburg Bergedorf und Berliner Tor, Fluchtunterkunft, Kirchengemeinde Raum: je nach Gegebenheit ein Raum pro Sprache oder mehrere Workshops in einem Raum					
Raumeigenschaften	Vorlesungsraum der HAW, ausreichend Platz zum Arbeiten, groß, hell, gut klimatisiert, mehrere Räume stehen zur Verfügung					
	Unterschiedliche Ausstattung, klein, steril, sauber, häufig nur ein Raum verfügbar					
Zeitplanung	Zeitliche Planungsschwierigkeiten bei der Vorbereitung, Durchführung an unterschiedlichen Tageszeiten, Zeiten außerhalb der Schulzeit sind besser angenommen, Keine Pausenzeiten innerhalb des Workshops vorgegeben, jedoch gewünscht					
Manual Zeiträumen (Minuten)	70	45	73	72	82	70
Durchführungsdauer im Durchschnitt (Minuten)	60,5 +- 25	49 +- 22	58 +- 14	72 +- 13	71 +- 24	45 +- 32
	82 +- 20	120	70 +- 22	85	79 +- 12	70 +- 40
Anordnung der Sitzplätze und Tische	Stuhlkreis, TN und Moderator*innen im Stuhlkreis, Studierende außen herum auf Tischen oder Stühlen					
Hygieneanlagen	An der HAW überall gut erreichbar, sauber					
	Unterschiedliche Ausstattung, Entfernung zum Raum in einigen Fällen gegeben					

hellgrauer Bereich (Multiplikatoren-schulung & Workshops in Unterkünften), hellblauer Bereich (Multiplikatoren-schulung), helloranger Bereich (Workshops in Unterkünften), TN (Teilnehmer*innen)

4.3.3.2 Workshopleitung

1. Moderator*in/Multiplikator*in

(1) (2) Die Moderation sowie Multiplikatoren Aufgabe wird fast ausschließlich von derselben Person übernommen. Dies erfolgt durch ausgebildete Multiplikator*innen mit Fluchtbiographie. Gelegentlich können auch Studierende diese Rolle übernehmen, sofern sie die jeweilige Sprache sprechen. Die Workshops auf Deutsch werden von Studierenden und Mitarbeiter*innen des Programms durchgeführt.

2. Studierendenrolle

(1) (2) Die Hauptrolle der Studierenden ist das nichtteilnehmende Beobachten des Workshopablaufs zur kontinuierlichen Dokumentation. In einigen Fällen fungieren sie als Mentor*innen und unterstützen die Moderator*innen und Multiplikator*innen mit fachlichem Wissen oder als Übersetzer*innen. Die Teilnehmer*innen werden nur sehr selten über die Rolle der Studierenden informiert.

3. Arbeit der Moderator*innen

(1) Die Moderator*innen unterscheiden sich teilweise in der Kompetenz und Gelassenheit, auf außergewöhnliche Ereignisse zu reagieren. Im Allgemeinen werden sie als souverän, kompetent und selbstsicher sowie freundlich und nett eingeschätzt. Sie stellen ein ausgewogenes Redeverhältnis zwischen Moderation und Teilnehmer*innen her und versuchen, alle Beteiligten in den Workshop einzubeziehen. Die Moderator*innen gehen auf Fragen der Teilnehmer*innen ein und sind in der Lage, die Gruppe zusammenzuführen. Sie sind stets bemüht, keine hierarchische Sichtweise an den Tag zu legen, sondern den Teilnehmer*innen auf Augenhöhe zu begegnen. Zusätzlich sind die Moderator*innen bemüht, alle Beteiligten in die Gespräche zu integrieren, sie stellen jedoch einen Freiraum zur Verfügung, wenn Personen nicht antworten möchten. Probleme ergeben sich, wenn die Moderation durch zwei Moderator*innen geleitet wird. Des Weiteren variieren die Moderator*innen je nach Lage und Fragen der Teilnehmer*innen den Ablauf des Workshops. Seitens der Beobachter*innen gab es gelegentlich die Äußerung, dass die Inhalte sehr vereinfacht und mit sehr niedrigschwelligem Niveau vermittelt werden, was sowohl positiv als auch negativ zu werten sei.

(2) Die Arbeit der Moderator*innen ist unterschiedlich. Häufiges Ausschweifen der Teilnehmer*innen wird in den meisten Fällen nicht unterbunden, um den Austausch nicht zu unterbrechen. Jedoch lassen sich die Moderator*innen nicht durch die wechselnde Anzahl der Teilnehmer*innen beeinflussen und wirken sehr kompetent und souverän, in unübersichtlichen Momenten auch ein wenig autoritär. Sie arbeiten mit Gestik und Mimik, was seitens

der Teilnehmer*innen und der beobachtenden Studierenden als sehr positiv wahrgenommen wird. Aufgrund teilweise auftretender Sprachprobleme unter den Moderator*innen und Teilnehmer*innen fragen die Moderator*innen stets, ob alles verstanden wurde. Des Weiteren stehen die Moderator*innen sowie die Studierenden nach den Workshops für persönliche Anliegen und Fragen zur Verfügung. Die Arbeit der Moderator*innen wird durch diese Beobachtung deutlich. „[Der Moderator] hat die Teilnehmenden aktiv befragt und jeden einzelnen integriert. Selbst wenn es Probleme gab, wie bestimmte [Inhalte] zu verstehen, wurden diese erstmal geklärt, bevor er weitergemacht hat (sehr toll)“ (Doku 4 Ernährung Workshop Unterkunft: 3-3).

Im Folgenden ist eine Übersichtstabelle zu finden, die die Ergebnisse zusammenfassend darstellt (Tabelle 12).

Tabelle 12 Prozessevaluation Übersicht nach Kategorien und Workshopthema, Workshopleitung

Kategorien	Workshopthema					
	Ernährung	Hygiene	Gesundheitsversorgung	Psychische Gesundheit	Bewegung	Mundgesundheit
Workshopleitung						
Moderator*in/Multiplikator*in	Moderation und Multiplikatoren aufgabe durch selbe Person, Multiplikator*innen mit Fluchtbiographie, Workshops auf Deutsch auch durch Studierende					
Studierenden Rolle	(Nicht) – teilnehmende Beobachter*innen, Mentor*innen, Übersetzer*innen					
Arbeit der Moderator*innen	Unterschiedliche Arbeitsweise, kompetent, freundlich, nett, autoritär					

hellgrauer Bereich (Multiplikatorenschulung & Workshops in Unterkünften)

4.3.3.3 Teilnehmende

(1) In den Generationen eins bis sechs wurden Geflüchtete in den Sprachen Arabisch, Farsi, Englisch und Russisch zu Multiplikator*innen ausgebildet. Anzumerken ist, dass die Anzahl der Schulungen pro Sprache variiert und somit keinen Rückschluss auf die unterschiedlichen Teilnehmerzahlen allgemein sowie in Bezug auf Geschlecht zulässt. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden liegt bei 29 Jahren, mit einer Spanne zwischen 17 und 50 Jahren. Die Verteilung nach Geschlecht und Sprache variiert wie aus Tabelle 13 ersichtlich wird. Insgesamt wurden 95 Geflüchtete ausgebildet, davon 29 Frauen und 66 Männer. Ein Geschlechterverhältnis unter den verschiedenen Sprachen kann bedingt durch die nicht vorhandenen Daten, nicht vollständig erstellt werden, so dass die Daten aus den

Generationen zwei bis sechs nach Geschlecht unterteilt, die Daten aus der ersten Generation hingegen nur als Gesamtzahl dazu addiert wurden. Die allgemeine Frauenquote in den Multiplikatorenschulungen liegt bei 28 %.

*Tabelle 13 Teilnehmer*innenanzahl nach Sprache und Geschlecht, alle Generationen, Multiplikatorenschulung*

Schulungssprache	Geschlecht		Gesamt
	Weiblich	Männlich	
Arabisch	9	17	39
Farsi	8	11	33
Englisch	1	5	14
Russisch	2	2	5
Deutsch	0	4	4
Gesamt	-	-	95

Fehlende Werte sind mit diesem Zeichen (-) gekennzeichnet.

(2) Zwischen dem 22.02.2017 und 23.05.2018 haben 135 Geflüchtete in den Sprachen Arabisch, Farsi, Englisch und Kurdisch an den Workshops in Unterkünften in Hamburg und der nahen Umgebung teilgenommen. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden ist 31 Jahre. Unter 18-jährige Teilnehmer*innen sind sehr selten, meistens handelt es sich um Kinder. Des Weiteren variiert die Teilnehmer*innenanzahl in der Unterteilung nach Geschlecht und Sprache (Tabelle 14) sowie nach Geschlecht und Workshopthemen (Tabelle 15). Zudem weist das Programm einen geringen Frauenanteil von rund 23 % auf, die männlichen Teilnehmer*innen hingegen sind mit rund 77% vertreten. Zu berücksichtigen ist, dass im Zeitraum von November 2016 bis Dezember 2016 keine kontinuierliche Dokumentation der Workshops stattfand, sodass Daten aus 28 Workshops fehlen und hier nicht abgebildet werden. Zudem wurden die Workshops auf Arabisch und Englisch gemeinsam durchgeführt, deshalb ist es nicht möglich, genaue Angaben über die Anzahl der Teilnehmer*innen der jeweiligen Sprache zu machen. Weiterhin fand keine genaue Dokumentation der kurdischsprachigen Workshops statt.

Tabelle 14 Teilnehmer*innenanzahl nach Sprache und Geschlecht, Workshop in Unterkünften

Workshopsprache	Geschlecht		Gesamt
	Weiblich	Männlich	
Arabisch/Englisch	18	39	57
Farsi	11	64	75
Kurdisch	2	1	3
Gesamt	31	104	135

Tabelle 15 Teilnehmer*innenanzahl nach Workshopthema und Geschlecht, Workshop in Unterkünften

Workshopthema	Geschlecht		Gesamt
	Weiblich	Männlich	
Ernährung	8	9	17
Hygiene	2	48	50
Gesundheitsversorgung	11	8	19
Psychische Gesundheit	0	5	5
Bewegung	0	8	8
Mundgesundheit	10	26	36
Gesamt	31	104	135

4.3.3.4 Workshop

1. WS-Atmosphäre

(1) Die Atmosphäre im Workshop ist freundlich, aufgeschlossen und unterstützend. Durch die Raumaufteilung und die fehlende Abgrenzung der Sprachen kann die Atmosphäre jedoch teilweise hektisch, laut, eng und chaotisch sein. Durch eine bessere Sprachenaufteilung in den letzten Generationen konnte dieses Problem bereits gelöst werden. Des Weiteren führt das Verhältnis von wenigen Teilnehmer*innen gegenüber der hohen Anzahl der Studierenden zur Erhöhung des Geräuschpegels, was sich unangenehm auf die Atmosphäre im Workshop auswirkt. Anzumerken ist, dass sich die Teilnehmer*innen ab dem zweiten Treffen wohler fühlen und vertrauter mit allen Beteiligten umgehen.

(2) Durch das Kommen und Gehen von Teilnehmer*innen sowie das ununterbrochene Öffnen der Türen durch Kinder von draußen ist die Atmosphäre gelegentlich hektisch und

durcheinander, was im Verlauf des Workshops nachlässt. Bedingt durch die Lage des zur Verfügung gestellten Raumes variiert dies. Unter dem Leitungsteam und den Teilnehmer*innen herrscht eine entspannte und freundliche Atmosphäre, in der viel gelacht werden kann.

2. Verhalten zwischen Leitungsteam und TeilnehmerInnen

3. Verhalten zwischen den TeilnehmerInnen

4. Verhalten der StudentInnen während des WS

(1) Der Umgang zwischen Leitungsteam und Teilnehmer*innen sowie unter den Teilnehmer*innen ist freundlich, wertschätzend, respektvoll und mitfühlend. Auf kulturelle und religiöse Aspekte wird im Umgang miteinander geachtet. Das Leitungsteam lässt die Teilnehmer*innen aussprechen und hört aufmerksam zu. Ebenso achten die Teilnehmer*innen darauf, dass alle ausreden können, sodass die Teilnehmenden ungehemmt ihre persönlichen Erfahrungen im Plenum teilen. Bei Verständigungsproblemen helfen sich die Teilnehmer*innen untereinander. Die Studierenden hingegen treten in der Rolle der nicht-teilnehmenden Beobachter*innen auf, was aus unterschiedlichen Gründen nicht immer eingehalten wird. Des Weiteren lenken die Beobachter*innen sich und die Teilnehmer*innen durch die Benutzung von Smartphones ab, was zur Unruhe führt.

(2) Das Verhalten zwischen dem Leitungsteam und den Teilnehmer*innen ist respektvoll und angemessen. Sie hören einander zu, lassen ausreden und helfen sich untereinander bei Verständigungsproblemen. Die Multiplikator*innen gehen auf die Teilnehmer*innen zu und versuchen eine Vertrauensbasis aufzubauen. Die Teilnehmer*innen wirken meist sehr interessiert und machen sich Notizen zu den Inhalten, andere wiederum empfinden den Workshop als „Kinderkram“. Die Teilnehmer*innen legen den beobachtenden Studierenden gegenüber einen sehr höflichen und hilfsbereiten Umgang an den Tag, sie versuchen, die Studierenden in die Workshops einzubeziehen und teilweise zu übersetzen. Der Gebrauch des Smartphones unter den Teilnehmer*innen wurde des Öfteren durch die Beobachter*innen festgehalten. Trotz Diskussionen und Kritik bleiben sowohl die Teilnehmer*innen als auch das Leitungsteam respektvoll. Auch unter den Teilnehmer*innen herrscht ein respektvoller Umgang. Sie können sich untereinander austauschen ohne für ihre Meinung diskriminiert und/oder verurteilt zu werden. In einigen Unterkünften wirken die Teilnehmer*innen im Umgang untereinander wie eine kleine Familie. Zudem fallen die Studierenden, als nicht-teilnehmende Beobachter*innen teilweise aus ihrer Rolle, so dass sie den Teilnehmer*innen zu einzelnen Punkten Fragen stellen und sich untereinander unterhalten.

5. Aktive Teilhabe der Teilnehmer*innen

Modul Ernährung

(1) Die Teilnehmer*innen werden in den Ernährungsworkshop aktiv einbezogen. Sie antworten auf Fragen und beteiligen sich an den interaktiven Phasen des Workshops. Durch die gestellten Fragen können sie gut zum Austausch von Erfahrungen und Wissen angeregt werden, so dass die Teilnehmer*innen sowohl an die Moderation als auch untereinander Fragen stellen. Mit Hilfe der Einschätzung des Essverhaltens anhand einer Skala wird der Austausch gefördert. Die Teilnehmer*innen werden befähigt, Lösungsansätze zu finden und untereinander zu kommunizieren. Zusätzlich nehmen in der Regel alle Teilnehmer*innen an der Zuordnung der Lebensmittelkarten, der Auswahl und Begründung eines Obststückes aus dem Korb und der Einschätzung des Essverhaltens mit Interesse teil.

(2) Im Workshop Ernährung ist eine aktive Teilhabe aller Teilnehmer*innen gewährleistet. Sie stellen Fragen und tauschen sich untereinander aus. Zudem werden sie durch die Moderator*innen aktiv in die Workshops und die interaktiven Elemente einbezogen. Die Teilnehmenden sind sehr kommunikativ, auskunftsfreudig und diskutieren untereinander gern.

Modul Hygiene

(1) Zu den Themeninhalten Hygiene besteht großer Rede- und Mitteilungsbedarf unter den Teilnehmer*innen. Erfahrungen und Anmerkungen zu den Hygieneaspekten in den Camps werden ausgetauscht, mit viel Elan diskutiert und Lösungsansätze vorgeschlagen. Zudem werden Fragen an die Moderation und unter den Teilnehmer*innen gestellt. Fragen bezüglich Verfallsdaten von Medikamenten, Schimmelbildung und Erkrankungen wie Krätze werden häufig gestellt. Das interaktive Händeschütteln mit Glitzerpulver wirkt sich gut auf die Teilhabe und den Zusammenhalt der Gruppe aus.

(2) Größtenteils werden die Teilnehmer*innen durch Nachfragen in den Workshop Hygiene eingebunden. Sie werden angeregt, sich über die hygienische Situation in den Unterkünften auszutauschen und Lösungen zu entwickeln.

Modul Gesundheitsversorgung

(1) Die Teilnehmer*innen der Schulung Gesundheitsversorgung werden gut eingebunden. Trotz des großen Anteils an Input werden die Teilnehmer*innen zum Austausch über Erfahrungen mit Erkrankungen sowie Informationen über Gesundheitssysteme in der Heimat motiviert. Sie stellen unter anderem Fragen zu den Themen Zähne, Versicherung, Schwangerschaft und antworten untereinander auch auf diese. Die Teilnehmer*innen sind trotz umfangreicher Schulung und geringer Interaktivität sehr interessiert.

(2) Die Teilnehmer*innen werden in den Workshop durch Fragen zur ärztlichen Versorgung in der Heimat sowie weiteren Austauschmöglichkeiten eingebunden. Durch den weiten Umfang an Input stellt sich jedoch nach längerer Zeit Langeweile ein.

Modul psychische Gesundheit

(1) Die Schulung psychische Gesundheit ist eines der Themen, die die Teilnehmer*innen auf emotionaler Ebene sehr bewegt. Obwohl dieses Thema sehr inhaltsschwer ist, sprechen fast alle über ihre Erfahrungen, Traumata und Ressourcen, die ihnen im Alltag helfen. Die Teilnehmer*innen sprechen teils gerne über Erlebnisse, andere hören lediglich aufmerksam zu. Die Teilhabe erhöht sich, indem eine vertraute Umgebung geschaffen wird. Des Weiteren ist auffällig, dass die aktive Teilnahme zum Ende der Schulung zunimmt. Zurückhaltung seitens der Teilnehmer*innen ist beim Austausch mit Hilfe der Emotionskarten zu erkennen.

(2) Dieser Workshop bedarf sehr viel Vertrauens, deshalb ist es schwer, die Teilnehmer*innen einzubeziehen. Jedoch hören viele aufmerksam zu und bringen sich gelegentlich durch Erzählungen über Erfahrungen und Erlebnisse ein.

Modul Bewegung

(1) Die Bewegungsschulung bindet alle Teilnehmer*innen aktiv ein. Die Schulung gibt die Möglichkeit, sich über Probleme in Bezug auf Sportmöglichkeiten in den Unterkünften auszutauschen und Lösungen zu finden. Die Teilnehmer*innen sind interessiert und diskutierfreudig. Sie tauschen sich über Motivierung zum Sport und unterschiedliche Sportarten aus und befähigen sich untereinander, etwas für ihre Gesundheit zu tun. In der interaktiven Phase, in der Bewegungsübungen durchgeführt werden, ist die Beteiligung der weiblichen Teilnehmerinnen trotz geschlechtergetrennter Durchführung nicht immer rege. Dies variiert jedoch je nach Jahreszeit und Generation stark. In einigen Fällen ist für die weiblichen Teilnehmerinnen auch eine gemischte Durchführung in Ordnung.

(2) Die Teilnehmer*innen werden im Workshop aktiv in die Gesprächsrunde und die interaktive Phase mit Bewegungsübungen einbezogen. Viele der Teilnehmer*innen sind zu Anfang zurückhaltender, was mit der Zeit nachlässt. Vor allem die Bewegungsübungen lockern die Stimmung auf und führen zur aktiven Teilhabe.

Modul Mundgesundheit

(1) Die Teilnehmer*innen der Schulung Mundgesundheit werden trotz umfangreicher Input-Phase eingebunden. Die Teilnehmer*innen beteiligen sich aktiv, stellen und beantworten Fragen. Alle Beteiligten werden (auf)gefordert Erfahrungen auszutauschen und sich am Workshop zu beteiligen. Das interaktive Erlernen der richtigen Putztechnik sowie der Benutzung von Zahnseide wird interessiert angenommen.

(2) Die Teilnehmer*innen werden aktiv in den Workshop einbezogen. Sie beantworten Fragen, stellen eigene Fragen und tauschen sich aus. Weiterhin werden sie mit Hilfe des gemeinsamen Zähneputzens in den Workshop integriert.

6. Interaktivität des WS

Modul Ernährung

(1) Die Interaktivität des Workshops wird unterschiedlich bewertet, von kaum bis sehr interaktiv sind alle Aussagen vertreten. Als gut wurden der Ernährungskreis der DGE, die Einschätzung des Essverhaltens, die interaktiven Aufgaben mit den Lebensmittelkarten und der Einschätzung des Zuckergehalts von Getränken sowie der direkte Austausch befunden. Die Materialien, die im Workshop verwendet werden, regen die Teilnehmer*innen zum Austausch an und gestalten den Workshop interaktiv.

(2) Der Workshop ist sehr interaktiv, es werden viele Fragen gestellt und ein reger Austausch findet statt. Die Teilnehmer*innen werden ermutigt, Erfahrungen mitzuteilen. Da die Teilnehmer*innen in den Unterkünften oft nicht in der Lage sind, selbst zu kochen, werden sie befähigt und ermutigt, die Verhältnisse in geringem Maße selbst zu beeinflussen, z.B. indem sie das Beschwerdemanagement der Caterer nutzen. Das interaktive Element *Einschätzung des Zuckergehaltes* wird seitens der Teilnehmer*innen mit sehr großem Interesse angenommen.

Modul Hygiene

(1) Der Materialeinsatz in diesem Workshop ist sehr abwechslungsreich und interaktiv gestaltet. Die Teilnehmer*innen erhalten sowohl den Raum zum Austausch als auch Informationen zum Thema. Des Weiteren werden die Teilnehmer*innen durch die Darstellung von Übertragungswegen durch Einsatz des Glitzerpulver sensibilisiert. Zudem lockert dieses aktivierende Element die Atmosphäre auf. Der Workshop regt kontinuierlich zur Teilhabe an.

(2) Bereits in der ersten Phase der Vorstellung werden die Teilnehmer*innen angeregt sich auszutauschen. Die Moderation ist stets bemüht, alle Teilnehmer*innen in den Workshop zu integrieren und zu beteiligen, was vor allem in der interaktiven Phase *Demonstration der Keimverbreitung anhand von Glitzerpulver* erfolgt.

Modul Gesundheitsversorgung

(1) Die Interaktivität dieser Schulung ist begrenzt. Dennoch wird durch gezielte Fragen versucht, die Teilnehmer*innen einzubeziehen. Es sind keine Aktionsphasen integriert. Die Interaktion in diesem Workshop zeichnet sich durch einzelne Gespräche aus, die zwischen den Teilnehmenden und der Moderation stattfinden.

(2) Der Workshop Gesundheitsversorgung bietet nur wenig Interaktivität. Lediglich durch einige Fragen werden die Teilnehmer*innen integriert, da der Informationsteil des Workshops überwiegt.

Modul psychische Gesundheit

(1) Der Workshop beinhaltet nur sehr wenig an praktischen Elementen, er fördert vielmehr den Austausch untereinander und regt zur Teilhabe durch gezielt gestellte Fragen an. Die Teilnehmer*innen werden angehalten, über Erlebnisse und Erfahrungen vor, während und nach der Flucht zu erzählen. Die verbale Beteiligung ist in diesem Workshop sehr hoch. Die visuelle Darstellung von Gemütszuständen wirkt sich dabei positiv aus und erleichtert den Austausch. Zusätzlich ist es möglich, Ressourcen auszutauschen und im weiteren Leben für sich zu nutzen.

(2) Im Workshop psychische Gesundheit werden hauptsächlich Erfahrungen und Erlebnisse der Teilnehmer*innen ausgetauscht. Es wird über Gefühle und Emotionen gesprochen und diskutiert. Die Interaktivität zeichnet sich hier durch den hohen Austausch der Teilnehmer*innen aus.

Modul Bewegung

(1) Der Workshop Bewegung setzt sich aus mehreren interaktiven Elementen zusammen. Die Teilnehmer*innen können sich aktiv beteiligen und den Workshop durch ihre Gespräche, Lösungsvorschläge und Fragen mitgestalten. Die Interaktivität dieses Workshops zeichnet sich durch den Austausch, die visuelle Gestaltung sowie durch gemeinsame Bewegungsübungen aus.

(2) Der Workshop Bewegung bietet einen hohen Grad an Interaktivität durch die Bewegungseinheit sowie durch den Erfahrungsaustausch, der mit Hilfe verschiedener Materialien gestaltet wird. Die Teilnehmer*innen werden angeregt, Sportarten auszutauschen und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie diesen nachgegangen werden kann.

Modul Mundgesundheit

(1) Die Interaktivität des Workshops unterscheidet sich, von geringer Interaktivität und viel Input bis hoher Interaktivität und wenig Input. Die Integration von Mundhygieneartikeln und das Erraten deren Verwendungszwecks steigert den Austausch und wird als sehr gut empfunden. Durch die Verdeutlichung des richtigen Zähneputzens sowie die Benutzung von Zahnseide am Model kann die Interaktivität und aktive Teilhabe gesteigert werden.

(2) Der Workshop ist sehr interaktiv gestaltet. Die Teilnehmer*innen beantworten Fragen und stellen sich untereinander Gegenfragen. Die Meinungen zu verschiedenen Mundhygieneartikeln wird erfragt und führt zum Austausch und zu positiven Diskussionen. Jedoch wird – bedingt durch unterschiedliche Herangehensweisen der Multiplikator*innen – die Interaktivität mal mehr mal weniger gefördert.

7. Geschlechterverhältnisse

(1) Sowohl aus dem Geschlechteranteil innerhalb des Workshops als auch in der aktiven Teilhabe wird deutlich, dass die Männer eher den Austausch annehmen und sich an Gesprächen beteiligen. Der Frauenanteil unter den Teilnehmer*innen liegt bei 23%, jedoch ist das Verhältnis in den jeweiligen Workshops unterschiedlich und kann in einigen Fällen mit einer höheren Teilnahme durch Frauen bestehen. Zusätzlich ist zu erkennen, dass die Frauen zu Anfang zurückhaltender sind und erst am Ende des Workshops aktiver werden. Die männlichen und weiblichen Teilnehmer*innen sitzen in einigen Schulungen getrennt, die Männer auf der einen, die Frauen auf der anderen Seite. Jedoch sind hier keine themenabhängigen oder sprachenabhängigen Unterschiede zu erkennen. Die Platzwahl ist vermutlich je nach Anzahl der weiblichen Teilnehmer*innen sowie dem Verwandtschaftsgrad oder der Bekanntheit der männlichen Teilnehmer, unterschiedlich.

(2) Der Anteil der teilnehmenden Männer ist mit 77% deutlich höher als der der Frauen. Des Weiteren ist auffällig, dass sich die Frauen oft hinter die Männer setzen und nicht in den Stuhlkreis wie vorgesehen. Zudem kommunizieren die Frauen weniger in Anwesenheit einer Vielzahl männlicher Teilnehmer.

8. Workshopablauf

(1) Um die Teilnehmer*innen willkommen zu heißen und ein Wohlfühlfaktor zu schaffen, wird in der Regel ein Willkommensplakat an die Tafel gehängt oder gemalt. In der Vorstellungsrunde setzen sich die Moderator*innen häufig in den Stuhlkreis der Teilnehmer*innen und streben eine horizontale Ebene der Kommunikation an. Die Vorstellungsrunde entfällt, wenn dies nicht der erste Workshop des Tages ist. Anschließend schreiben die Teilnehmer*innen und Moderator*innen zur Vorstellung ihren Namen auf ein Stück Kreppband. In der Vorstellungsrunde werden die Beobachter*innen jedoch meist nicht vorgestellt, da diese nicht-teilnehmend agieren. Zudem fehlt der anfängliche Hinweis, wo Hygieneanlagen zu finden sind, dass die Snacks und Getränke auch während des Workshops verzehrt werden können und ob Pausenzeiten existieren oder nicht, was zu Nachfragen diesbezüglich innerhalb des Workshops führt. Weiterhin ist die Anzahl der Beobachter*innen zu hoch, wodurch Probleme beim Beobachten entstehen und die Atmosphäre stören. Die Moderator*innen geben den Studierenden, die die Beobachter*innenfunktion übernehmen, an einigen Stellen Hinweise, wo sie sich im Ablauf befinden. Zudem ist zu beobachten, dass Studierende, die als Gäste am REFUGIUM-Programm teilnehmen, häufig die Sitzkreise des Workshops wechseln, um sich andere Themen anzuschauen, was zu Störungen und Unruhe führt. Teilnehmer*innen, die zu spät kommen, verpassen einige der Inhalte. Dies wird nicht durch die Moderator*innen kompensiert. Zudem sind die Materialien nicht immer voll-

ständig, so dass der Ablauf gestört und verzögert wird. Da viele der Teilnehmer*innen versuchen, auf Deutsch zu antworten, werden sie im Verlauf durch Moderation bestärkt. Für die anderen Teilnehmer*innen wird darauf geachtet, dass das auf deutsch Kommunizierte in die jeweilige Sprache übersetzt wird. Durch die anfängliche Sprachenverteilung in einem Raum und die unterschiedlichen Durchführungsdauer, fühlen sich die Moderator*innen unter Zeitdruck, so dass Inhalte weggelassen oder vergessen werden. Die Feedbackrunde wird je nach verfügbarer Zeit durchgeführt.

(2) In den Workshops in Unterkünften ist auffällig, dass viele der Teilnehmer*innen kommen, eine Zeitlang bleiben und wieder gehen. Zusätzlich kommen neue Teilnehmer*innen dazu. Dies führt in allen Workshopthemen zu Unterbrechungen und Verlängerungen der Durchführungsdauer. Weiterhin führen die Multiplikator*innen bei Bedarf die Workshops zweisprachig durch. Die Erstellung der Namensschilder wird teilweise vergessen, gerade bei Teilnehmer*innen, die im Nachhinein dazu kommen. In der Vorstellungsrunde erfolgt keine Vorstellung der Studierenden. Die Rolle der Multiplikator*innen und Moderator*innen ist oft fließend und nicht klar benannt, was seitens der beobachtenden Studierenden zu Verwirrungen führt.

Modul Ernährung

(1) Zur Lockerung der Atmosphäre stellen sich die Teilnehmer*innen mit Hilfe ihres Lieblingsobstes vor. Die verwendeten Früchte dürfen sie behalten. Auf die Gabe eines Hinweises diesbezüglich wird in der Umsetzung oft nicht geachtet. Im weiteren Verlauf wird der DGE-Ernährungskreis kurz erläutert, die Teilnehmer*innen ordnen dann die Lebensmittelbilder zu. Hier besteht seitens der Teilnehmer*innen Bedarf, den Sinn der Aufgabe zu verstehen. Zudem wird zur Veranschaulichung des Fettgehalts kein Messzylinder, wie im Manual beschrieben, verwendet.

(2) Die Anzahl des Obstes ist unzureichend, so dass nicht jede/r Teilnehmende diese Aktion ausführen kann. Des Weiteren sind die Vorbereitungen für den Workshop teilweise unvollständig, was zu kurzen Unterbrechungen im Ablauf führt.

Modul Hygiene

(1) Nach Absprache mit den Teilnehmer*innen wird der geschlechtergetrennte Hygiene-Teil zusammen abgehalten, dabei wird auf eine sensible Handhabung geachtet. In einigen Fällen wird diese interaktive Phase nicht durchgeführt. Die Darstellung der gesundheitlichen Gefahren wird von einigen Studierenden sehr niedrigschwellig und unprofessionell eingestuft. Die Hygieneartikel sollten laut Manual während des Workshops gezeigt und erläutert werden, dies passiert in unterschiedlicher Weise. Die Moderation zeigt diese oftmals erst nach dem Input.

(2) Des Weiteren wird die geschlechtergetrennte Phase am Ende des Workshops oft nicht durchgeführt. Grund hierfür sind die Gegebenheiten in den Unterkünften (Beobachtungsvermerk 18). Zudem erfolgt die Austeilung des Flyers am Ende des Workshops.

Modul Gesundheitsversorgung

(1) Die Schulungsinhalte werden je nach Situation in der Reihenfolge geändert. Die Materialien werden bewusst eingesetzt und gut erläutert. Jedoch besteht der Wunsch nach mehr individueller Gestaltung und Mitteilungsfreiraum seitens der Geflüchteten in der zweiten und vierten Phase.

(2) Erst ab Punkt 4.2 des Manuals werden die Teilnehmer*innen aktiv einbezogen. Aufgrund der großen Menge an Informationen und Input sowie geringer Interaktivität ist dieser Workshop meist anstrengend, so dass sie sowohl bei den Teilnehmer*innen als auch beim Leitungsteam und den Studierenden Müdigkeit zeigen kann.

Modul psychische Gesundheit

(1) Zur Vorstellung wird ein Ball, der die Gruppenzugehörigkeit symbolisiert, verwendet. Zu Anfang wird gerade bei diesem sensiblen Thema darauf hingewiesen, dass niemand persönliche Informationen und Erfahrungen teilen muss. Die Flyer werden entgegen dem Manual teilweise nicht ausgeteilt, sondern nur ausgelegt.

Modul Bewegung

(1) Die Vorstellungsrunde erfolgt immer mit einem Ball, zur Symbolisierung der Gruppenzugehörigkeit und Auflockerung der Stimmung. Die interaktive Bewegungsphase führen alle Teilnehmer*innen aus allen Sprachgruppen zusammen durch. Die Phase wird in der Regel geschlechtergetrennt durchgeführt. In einigen Ausnahmefällen wird seitens der Moderator*innen jedoch gefragt, wie die weiblichen Teilnehmer*innen die Einheit durchführen möchten.

(2) Der Workshop beginnt mit Karten von Sportarten, mit denen die Teilnehmer*innen aufgefordert werden, über ihren Lieblingssport zu reden. Außerdem werden in allen Phasen Informationen vermittelt sowie im Abschluss praktisch umgesetzt.

Modul Mundgesundheit

(1) (2) Der Einsatz eines Mundmodells wird als gut bewertet, jedoch fehlt hier die Interaktivität. Die Durchführung seitens der einzelnen Teilnehmer*innen wird gewünscht. Die Darstellung der Mundhygieneartikel erfolgt meist auf dem Boden oder auf einem Stuhl. Die Flyer sollen in der letzten Phase ausgeteilt werden, dies wird teilweise nicht eingehalten.

9. Einhaltung der Phasen des Manuals

(1) (2) In der Regel werden die Phasen des Manuals eingehalten. Lediglich die Zeiten für jede einzelne Phase sowie die Reihenfolge wird individuell je nach Teilnehmer*innenanzahl

und Fragen der Teilnehmer*innen durch die Moderator*innen angepasst. Unterschiede sind in der Genauigkeit und Professionalität der Umsetzung und Einhaltung der Zeiten der Moderator*innen zu erkennen.

Modul Ernährung

(1) Für die Durchführung wird weniger Zeit beansprucht als im Manual vorgegeben. Der Ablauf des Workshops kann in einigen Fällen individuell durch die Moderation umgestellt werden. Im Allgemeinen wird der Workshop nach Ablaufplan im Manual durchgeführt.

(2) Der Ablauf entspricht den Vorgaben des Manuals. Lediglich für die Phase 2 der Informationsvermittlung (25 Minuten) wird ca. 20 Minuten mehr Zeit beansprucht als im Manual vorgegeben. Dafür werden die Phasen 3 (Information) und 4 (Take Home Message) jeweils um fünf bis zehn Minuten verkürzt.

Modul Hygiene

(1) Die Durchführung entspricht den zeitlichen Angaben im Manual. Für den Input wird jedoch mehr Zeit benötigt als vorgegeben, da in dieser Phase auf Rückfragen geantwortet wird und einzelne Aspekte bei Bedarf näher erläutert werden.

Modul Gesundheitsversorgung

(1) In Phase 5 des Manuals wird die zeitliche Vorgabe unterschritten. Hierbei ist den Beobachter*innen aufgefallen, dass die Inhalte vermutlich nicht verstanden wurden. Dies wird mit der Beobachtung von Müdigkeitsanzeichen und großer Anstrengung bei der Konzentration begründet.

Modul psychische Gesundheit

(1) Der erste Abschnitt und Phase 3 benötigen mehr Zeit als geplant, bedingt durch den regen Austausch. Die Phase, in der geschlechtergetrennt gearbeitet werden soll, wird in einigen Fällen übersprungen. Im Allgemeinen werden die Inhalte des Manuals umgesetzt, jedoch wird mehr Zeit zum Austausch benötigt.

Modul Bewegung

(1) Der Workshop wird nach Manual durchgeführt und die einzelnen Phasen in Bezug auf den zeitlichen Rahmen eingehalten. Probleme bestehen in der Verwendung der Karten. Diese werden nicht durchgehend eingesetzt.

Modul Mundgesundheit

(1) (2) Die Umsetzung erfolgt laut Manual. Auch hier werden die Zeiten und Reihenfolgen den Fragen der Teilnehmer*innen angepasst. Die Erklärung des Flyers und die Abschlussphase hingegen sind unzureichend umgesetzt.

Im Folgenden ist eine Übersichtstabelle zu finden, die die Ergebnisse zusammenfassend darstellt (Tabelle 16).

Tabelle 16 Prozessevaluation Übersicht nach Kategorien und Workshopthema, Workshop

Kategorien	Workshopthema					
	Ernährung	Hygiene	Gesundheitsversorgung	Psychische Gesundheit	Bewegung	Mundgesundheit
Workshop						
WS-Atmosphäre	Freundlich, aufgeschlossen, unterstützend, entspannt					
	Bei fehlender Raumaufteilung nach Sprachen hektisch, laut, eng, chaotisch					
	Durch Fluktuation der TN und Störungen durch neugierige Kinder von außen nimmt der Geräuschpegel zu					
Verhalten untereinander	Freundlich, respektvoll, unterstützend, wertschätzend, mitfühlend					
	kulturelle und religiöse Gegebenheiten werden beachtet,					
	konstruktive Kritik und reger Austausch findet statt,					
	Beobachter*innen lenken sich und die TN durch die Benutzung des Smartphones ab,					
	Multiplikator*innen stellen Vertrauensbasis zu den TN her, TN versuchen beobachtende Studierende in den WS zu integrieren					
Aktive Teilhabe der Teilnehmer*innen	Aktive Einbeziehung der TN in den WS,	Häufig Fragen zu Schimmelbildung und hygienisch bedingte Erkrankungen,	Gute Einbindung der TN, trotz umfangreichem Input,	Trotz fulminantem Thema, wird der Austausch gefördert,	Aktive Einbindung der TN erfolgreich, Austausch findet statt und Lösungswege werden kommuniziert,	Trotz umfangreichem Input gute Einbindung, aktive Teilhabe wird durch Austausch gefördert,
	Beteiligung an Wissens- und Erfahrungsaustausch und interaktiven Phasen,	interaktives Händeschützen mit Glitzerpulver unterstützt die Gruppenzugehörigkeit	reger Austausch wird durch Fragen gefördert, TN stellen Fragen zum Thema Versicherung, Schwangerschaft,	TN erzählen über Erlebnisse, Erfahrungen, Probleme und Ressourcen, Teilhabe wird durch Vertrauensbasis und geschützter Umgebung erhöht,	TN sind interessiert und diskutierfreudig, Empowerment wird untereinander gefördert,	interaktives Lernen in der Gruppe steigert das Selbstvertrauen
	Befähigung zur Findung von Lösungsansätzen,					
	TN sind sehr kommunikativ und auskunftsfreudig					
				Zunahme der aktiven Teilhabe zum Ende des WS, Zurückhaltung beim Thema Emotionen bemerkbar	verringerte Teilhabe der weibl. TN in der Bewegungsübung, schlechtergetrennter Durchführung	

Fortsetzung Tabelle 16

Kategorien	Workshopthema					
	Ernährung	Hygiene	Gesundheitsversorgung	Psychische Gesundheit	Bewegung	Mundgesundheit
Interaktivität des WS	Interaktivität wird durch den Einsatz verschiedener Materialien gefördert, DGE Ernährungskreis, Einschätzung des Essverhaltens, interaktive Fragestellungen, Einschätzung des Zuckergehalts sowie direkter Austausch fördern die aktive Teilhabe,	abwechslungsreicher Materialeinsatz, Interaktivität durch Austausch und Informationsweitergabe, Teilhabe wird durch interaktives Element gefördert	Begrenzte Interaktivität, Interaktivität wird durch Austausch gefördert	Geringe interaktive Elemente, Interaktivität wird durch Austausch gefördert	Mehrere interaktive Elemente enthalten, Gespräche, Lösungsentwicklung und Fragen tragen zur Interaktivität bei, Bewegungsübung als aktive Element	Bewertung der Interaktivität unterschiedlich eingeschätzt, Mundhygieneartikel und visuelle Darstellungen fördern den Austausch, Aktive Teilhabe durch interaktives und gemeinsames Zähneputzen am Modell
Geschlechterverhältnisse	Männer eher beteiligt, Anzahl innerhalb des WS unterschiedlich, Frauen zu Anfang zurückhaltender, zum Ende des WS höhere Beteiligung der Frauen, Frauen sitzen meist von den Männern getrennt					
Workshopablauf	Willkommensplakat wird aufgehängt, Moderation setzt sich in den Stuhlkreis, horizontale Kommunikationsebene, Vorstellungsrunde entfällt, wenn dies nicht der erste WS ist, Namensschilder werden angefertigt, Vorstellung der Beobachter*innen erfolgt nicht, Hinweise bzgl. der Hygieneanlagen, Snacks und Pausenzeiten erfolgt nicht, Beobachter*innenanzahl häufig zu hoch, Hinweise für Beobachter*innen durch die Moderation werden gegeben, Es erfolgt keine Kompensierung der Inhalte, sollte jemand zu spät kommen Material teils unvollständig, was zu Verzögerungen führt, Bestärkung der TN sich auf Deutsch zu äußern, Übersetzung für alle wird geleistet, Aufgrund von Zeitdruck werden teilweise Phasen ausgelassen, Feedbackrunde entfällt meistens					
	Fluktuation der TN hoch, Teilweise zweisprachige Durchführung nötig, Namensschilder für später dazugekommene TN wird vergessen, Vorstellung der Studierenden erfolgt nicht					

Fortsetzung Tabelle 16

Kategorien	Workshopthema					
	Ernährung	Hygiene	Gesundheitsversorgung	Psychische Gesundheit	Bewegung	Mundgesundheit
Einhaltung der Phasen des Manuals	Vorstellung mit Lieblingsobst, Hinweis das die Teilnehmer*innen das Obst behalten dürfen fehlt, Der Sinn der Zuordnung des DGE Ernährungskreises mit Lebensmittelbildern ist unverständlich, kein Messzylinder zur Veranschaulichung des Fettgehaltes	Hygieneartikel werden nicht immer verwendet	Mehr Interaktion gewünscht	Gruppenzugehörigkeit wird durch einen Ball symbolisiert		Kein Poster vorhanden, Flyer wird genutzt und gezeigt
		Geschlechtergetrennte Phase wird nicht immer durchgeführt, Austeilung des Flyers am Ende des WS		Hinweis das Erfahrungsaustausch freiwillig ist erfolgt	Interaktive Bewegungsphase wird von allen TN aller Sprachgruppen zusammen durchgeführt, Bei Bedarf geschlechtergetrennte Durchführung der Bewegungseinheit	Mundmodell wird gut angenommen, Durchführung am Modell wird nicht von TN ausprobiert
	Einhaltung der Phasen entsprechen den Vorgaben, Reihenfolge wird individuell gestaltet, Unterschiede in der Einhaltung und Umsetzung der Moderator*innen gegeben					
	Weniger Zeit wird benötigt	Mehr Zeit zum Input wird benötigt	Phase fünf benötigt weniger Zeit	Einführung und Phase drei benötigen mehr Zeit, geschlechtergetrennte Phase wird oft übersprungen, mehr Zeit zum Austausch nötig	Phasen werden alle zeitlich gut umgesetzt, Verwendung der Karten entfällt	Erklärung des Flyers und Abschlussphase unzureichend
	Phase zwei benötigt mehr Zeit, Phase drei und vier werden verkürzt					Umsetzung der interaktiven Phase erfolgt nicht immer

hellgrauer Bereich (Multiplikatoren-schulung & Workshops in Unterkünften), hellblauer Bereich (Multiplikatoren-schulung), helloranger Bereich (Workshops in Unterkünften), TN (Teilnehmer*innen)

4.3.3.5 Materialien

1. Flyer

Modul Ernährung

(1) (2) Nach Angaben im Manual ist der Flyer am Ende des Workshops auszuteilen. Die Flyer im Workshop Ernährung werden in der Regel am Ende, selten zu Beginn des Workshops und teilweise gar nicht ausgeteilt. In den Fällen, in denen sie zu Beginn ausgeteilt werden, nutzen die Moderator*innen diese zur Verdeutlichung der Inhalte. Der Flyer ist übersichtlich gestaltet und beinhaltet alle relevanten Informationen auf niedrigniveauem Niveau. Zudem weist er wenig Text und gute Abbildungen auf, die leicht verständlich und selbsterklärend sind. Hilfsangebote bei Über- und Untergewicht und der Verweis, sich an den Arzt zu wenden, fehlt. Die Kultursensibilität wird weitestgehend beachtet und ist der Zielgruppe angepasst, einziger zu bemängelnder Aspekt ist die Integration kopftuchtragender Frauen in die Flyer. Zudem sind die Lebensmittelbilder auf dem Flyer in schlechter Qualität abgebildet. Des Weiteren sind die Beobachter*innen der Meinung, dass es ratsam ist, Bilder wie Naturjoghurt abzubilden. Weiterhin findet keine Darstellung gesunder Öle statt. Die Empfehlung, 5 mal am Tag Obst und Gemüse zu essen, ist überholt und ist zu verbessern in 3 mal Gemüse und 2 mal Obst am Tag.

Modul Hygiene

(1) (2) Der Flyer Hygiene wird entsprechend den Vorgaben im Manual am Ende ausgeteilt. Teilweise teilen die Moderator*innen diesen zu Beginn aus und nutzen ihn während des Workshops, z. B. wenn kein Poster verfügbar ist und/oder die Sprache des Posters und der Sprache der Teilnehmer*innen abweicht. Einige der Moderator*innen legen diesen auch einfach aus, ohne darauf hinzuweisen, was der Flyer beinhaltet und dass sie diesen mitnehmen sollen. Der Flyer informiert visuell sowie mit textlichem Inhalt. Die verwendeten Bilder sind nicht selbsterklärend (z.B. Bild mit rot durchstrichenem Kreuz zur Toilettenhygiene), werden jedoch während des Workshops erklärt. Die Kennzeichnung der Informationen mit den Farben rot und grün macht es leicht, die Inhalte zuzuordnen.

Modul Gesundheitsversorgung

(1) (2) Der Flyer Gesundheitsversorgung ist in den Schulungen vorhanden und wird, wie im Manual vorgegeben, zu Beginn des Workshops ausgeteilt. Er wird für inhaltliche Erklärungen genutzt und mit den Teilnehmer*innen durchgearbeitet. Die Inhalte des Flyers sind komplex und umfangreich, aber so einfach wie möglich dargestellt. Die Nummer des hausärztlichen Notdienstes wurde in den Flyer nicht aufgenommen. Der Unterschied zwischen hausärztlichem Notdienst und Rettungsdienst ist nicht ersichtlich, so dass dies im Workshop angesprochen wird.

Modul psychische Gesundheit

(1) (2) Nach Angaben im Manual, sollte der Flyer nach dem Workshop ausgeteilt werden. Meistens teilt die Moderation die Flyer jedoch am Anfang aus und nutzt diese zur Verbildlichung und Erklärung der Inhalte anstelle des Posters. Zudem enthält der Flyer viele wichtige Informationen.

Modul Bewegung

(1) (2) Die Flyer sind in den Schulungen ausreichend vorhanden. Der Flyer wird vor oder während des Workshops ausgeteilt und inhaltlich für die Gestaltung des Workshops genutzt. Im Flyer sind alle wichtigen Informationen kurz, knapp, verständlich und bildlich dargestellt. Er wirkt durch die bildlichen Darstellungen sehr ansprechend und enthält außerdem alle wichtigen Übungen auf einem Blick. *„Der Flyer wirkt auf den ersten Blick sehr umfangreich, da er aus zwei Seiten besteht. Gibt aber kurz und knapp wichtige Informationen zum Thema Bewegung und zeigt zudem viele Übungen, die leicht erklärt und gut umsetzbar sind“* (Doku 2 Bewegung Workshop Unterkunft:3-3).

Modul Mundgesundheit

(1) (2) Der Flyer zum Thema Mundgesundheit ist vorhanden und wird im Rahmen der Schulungen genutzt. Er wird den Teilnehmer*innen am Ende des Workshops ausgeteilt, jedoch findet er während des Workshops immer wieder Verwendung, z. B. zur Erklärung von Plaque. Je nach Moderation wird der Flyer in einigen Fällen nur ausgelegt und nicht ausgeteilt, wie eigentlich vorgesehen. Aufgrund der bildlichen Darstellung ist der Flyer leicht verständlich und ansprechend. Die Erklärung von medizinischen Begriffen erfolgt in den Schulungen, werden auf dem Flyer aber nicht weiter erläutert.

2. Poster

Modul Ernährung

(1) (2) Zur Schulung wird in Phase 2 der DGE Ernährungskreis genutzt. Das Poster wird innerhalb des Stuhlkreises auf dem Boden platziert, so dass alle Teilnehmer*innen in der Lage sind, das Poster zu sehen. Da nur wenige Poster vorhanden waren, mussten in den ersten Generationen einige der Gruppen ohne Poster arbeiten oder dieses abwechselnd teilen. Seit der 4. Generation sind für jede Gruppe Poster vorhanden und werden genutzt (Beobachtungsvermerk 9). Das Poster unterstützt den Workshop und verdeutlicht die Informationsvermittlung. Die Gestaltung des Posters wird als übersichtlich eingeschätzt. Da in einigen Fällen Flyer anstatt Poster verwendet werden, sind die Bilder teilweise schwer erkennbar.

Modul Hygiene

(1) (2) Das Poster Hygiene im Alltag wird zur Schulung in Phase 2 verwendet und ist ausreichend vorhanden. Das Poster wird an einer Flipchart angebracht und so platziert, dass alle Teilnehmer*innen sehen können. Die auf dem Poster zu sehenden Informationen sind ebenfalls im Flyer zu finden. Die Informationen werden im Workshop gemeinsam mit den Teilnehmer*innen durchgesprochen. Zudem ist das benutzte Poster in den Sprachen Deutsch und Englisch und in Größe A0 verfügbar. Die Inhalte des Posters sind durch Zeichnungen leicht verständlich und teilweise selbsterklärend.

Modul Gesundheitsversorgung

(1) (2) Entgegen der Vorgabe im Manual ist kein Poster vorhanden und wird somit nicht genutzt, jedoch wird das im Flyer abgebildete Schaubild Versorgung während des Workshops genutzt.

Modul psychische Gesundheit

(1) (2) Im Workshop psychische Gesundheit ist laut Manual der Flyer oder ein Poster einzusetzen. Da kein Poster vorhanden ist, wird der Flyer zur Veranschaulichung genutzt.

Modul Bewegung

(1) (2) Im Workshop Bewegung kommen die Poster *Bewegungsdimensionen* und *Sportübungen* zum Einsatz. Diese werden in der Regel in der Mitte des Stuhlkreises ausgelegt, wenn die Möglichkeit besteht auch an einem Flipchart befestigt (Beobachtungsvermerk 10). Die Poster sind ähnlich wie die Flyer gestaltet und sehr ansprechend.

Modul Mundgesundheit

(1) (2) Ein Poster zum Thema Mundgesundheit ist für die Phase 2 vorgesehen, wird aber nur sehr selten verwendet.

3. Manual

(1) (2) Das Manual ist für die Moderator*innen sowie beobachtenden Studierenden in den jeweiligen Sprachen vorhanden. Das Manual wird unterschiedlich ausgegeben, vor oder nach dem Workshop. Der Ablauf des Workshops richtet sich nach den Vorgaben des Manuals. Wenn das Manual vor dem Workshop an die Teilnehmer*innen ausgeteilt wird, wird es zur Verfolgung des Ablaufes sowie für Notizen genutzt. Das Manual beinhaltet Zeitabschnitte für die inhaltliche Abhandlung der Gliederung. Des Weiteren ist auf dem Manual definiert, zu welcher Zeit welche Methoden eingesetzt werden. Zusätzlich wird der Materialgebrauch anhand von Bildern dargestellt und dient als Leitfaden für die Multiplikator*innen. Am Ende des Workshops werden die Manuale an die Teilnehmer*innen ausgeteilt. Gelegentlich geschieht dies auch vor dem Workshop.

Modul Ernährung

(1) (2) Im Manual und Flyer sind unterschiedliche Angaben vorhanden (1,5-3 Liter trinken am Tag (Flyer), 1,5-2 Liter Wasser oder ungesüßte Getränke (Manuale)).

Modul Gesundheitsversorgung

(1) (2) Das Manual beinhaltet sehr ausführliche Informationen zum Ablauf sowie Hintergrundinformationen, die zur Beantwortung einiger mit diesem Thema einhergehenden Fragen hilfreich sein können.

4. Flipchart, Tafel, Moderationswand, Beamer/Laptop

(1) (2) Eine Flipchart ist nicht in allen Vorlesungssälen und in so gut wie keinen Unterkünften vorhanden, wird jedoch für die Workshops Hygiene, psychische Gesundheit, Bewegung und Mundgesundheit oder zur Anbringung eines Willkommensplakats benötigt. Eine Tafel ist in jedem Vorlesungssaal und fast jeder Unterkunft vorhanden und wird zur Befestigung des Posters genutzt. Die Tafel und Moderationswand finden kaum Verwendung. Ein Beamer ist in fast allen Vorlesungsräumen der HAW gegeben, wird für die REFUGIUM-Workshops jedoch nicht genutzt oder benötigt.

5. Giveaways

(1) (2) Die vorhandenen Giveaways werden in den Workshops je nach Verfügbarkeit verteilt. In den Schulungen hingegen erhalten die Teilnehmer*innen nach Abschluss und Zertifikatsübergabe die unten genannten Geschenke überreicht. Eine Übersicht ist in Tabelle 17 zu finden.

Tabelle 17 Giveaways je nach Thema, Multiplikatorenschulung und Workshops

Modul	Giveaways
Ernährung	Obst, Manual, Flyer
Hygiene	Tasche mit Hygieneartikeln, Flyer, Manual
Gesundheitsversorgung	TipDoc Diagnosebogen, BMG Gesundheitsratgeber für Asylsuchende mit einem Impfpass, Flyer, Manual
psychische Gesundheit	Manual und Flyer
Bewegung	Flyer, Manual, Ball und/oder Springseil.
Mundgesundheit	Tasche mit Mundhygieneartikeln, wie Zahnbürste, Zahnpasta, Mundspülung, Flyer, Manual.

Im Folgenden ist eine Übersichtstabelle zu finden, die die Ergebnisse zusammenfassend darstellt (Tabelle 18).

Tabelle 18 Prozessevaluation Übersicht nach Kategorien und Workshopthema, Materialien

Kategorien	Workshopthema					
	Ernährung	Hygiene	Gesundheitsversorgung	Psychische Gesundheit	Bewegung	Mundgesundheit
Materialien	Flyer wird in der Regel am Ende ausgeteilt,		Flyer wird am Anfang ausgeteilt	Flyer wird in der Regel am Ende ausgeteilt		
Flyer	Übersichtliche Gestaltung, niedrighschwellige Darstellung, Abbildungen qualitativ nicht gut,	Verständliche Darstellung der Inhalte, Abbildungen nicht immer eindeutig	Inhalte sind komplex und umfangreich, Nummer des hausärztlichen Notdienstes fehlt,	Viele wichtige Informationen enthalten	Kurze, knappe Darstellung aller relevanten Informationen, gute bildliche Darstellung, ansprechende Gestaltung	Verständlich aufgebaut, ansprechend, visuelle Darstellungen vorhanden, Erklärung von benutzten medizinischen Begriffen fehlt
	kultursensible Gestaltung (Kopftuchtragende Frauen gewünscht), Hilfsangebote bei Adipositas fehlen,		Unterschied zwischen Notdienst und Rettungsdienst nicht klar			
Poster	DGE Ernährungskreis, Platzierung auf dem Boden, Übersichtliche Gestaltung, Unterstützung der Inhalte	Hygiene im Alltag, Informationen des Posters auch im Flyer zu finden, Inhalte werden im WS durchgesprochen, In Deutsch und Englisch verfügbar, Visuelle Darstellung vorhanden	Kein Poster vorhanden, Schaubild im Flyer wird genutzt	Poster nicht vorhanden, Flyer wird zur Veranschaulichung genutzt	Bewegungsdimensionen und Sportübungen, Inhalte stimmen mit dem Flyer überein, Poster nur auf Deutsch verfügbar	Poster vorgesehen, aber nicht verwendet

Fortsetzung Tabelle 18

Kategorien	Workshopthema					
	Ernährung	Hygiene	Gesundheitsversorgung	Psychische Gesundheit	Bewegung	Mundgesundheit
Manual	Manuale sind für Teilnehmer*innen der Schulungen, Studierende sowie Moderator*innen und Beobachter*innen ausreichend vorhanden, Ausgabe wird durch die Moderator*innen unterschiedlich gehandhabt, Zeitliche Abfolgen, Methoden, Ziele, Materialien sind beschrieben, Unterschiedliche Angaben vorhanden (1,5-3 Liter trinken – Flyer/1,5-2 Liter – Manual)					
Flipchart/Tafel/Moderationswand/Beamer/Laptop	Werden nicht immer gebraucht, lediglich zur Anbringung eines Posters oder Willkommensplakats, Beamer und Laptop finden keine Anwendung					
Giveaways	Alle TN erhalten den Flyer und in den Schulungen zusätzlich das Manual					
	Obst	Tasche mit Hygieneartikeln	TipDoc Diagnosebogen, BMG Gesundheitsratgeber	Keine Materialien vorhanden	Ball, Springseil	Tasche mit Mundhygieneartikeln

hellgrauer Bereich (Multiplikatorenschulung & Workshops in Unterkünften), TN (Teilnehmer*innen)

4.3.3.6 Verpflegung & Kinderbetreuung

1. Verpflegung

Getränke & Snacks

(1) In den Schulungen werden Warm- sowie Kaltgetränke wie Wasser, Kaffee und Tee angeboten. Für Snacks wird ausreichend gesorgt. Angeboten werden je nach Saison Obst (Banane, Kiwi, Pflaume, Weintrauben, Pfirsich, Apfel), Trockenfrüchte (Rosinen, Cranberys, Datteln) sowie verschiedene Nussmischungen. Seit der 5. Generation wird außerdem ein gemeinsames kostenloses Mittagessen in der Mensa angeboten (Beobachtungsvermerk 11).

(2) Das Angebot an Getränken und Snacks ist unterschiedlich. Ab und zu werden Wasser und Nüsse angeboten. Für den Workshop Ernährung ist immer Obst vorhanden. In der Fastenzeit Ramadan werden jedoch weder Getränke noch Snacks angeboten.

Angebot und Annahme

(1) Die Getränke und Snacks werden am Eingang auf einem Tisch in Form eines Büffets aufgebaut und angeboten. Zusätzlich stehen in den Stuhlkreisen Nussmischungen und Trockenfrüchte zum Selbstbedienen bereit. In der Regel weisen die Moderator*innen zu Anfang auf das Büfett hin, gelegentlich erst am Ende oder zwischendurch. Zu Anfang ist die Annahme der Getränke und Snacks zögerlich. An folgenden Schulungstagen gewinnen die Teilnehmer*innen Vertrauen, lernen sich untereinander kennen und bedienen sich an den Getränken und Snacks ohne Aufforderung. Je nach Jahreszeit werden die Getränke und Snacks in unterschiedlichem Maße in Anspruch genommen.

(2) Das Obst aus dem Workshop Ernährung wird herumgereicht und angeboten. Wenn Snacks vorhanden sind, werden sie auf Papptellern im Stuhlkreis herumgegeben. Wasser und Becher hingegen stehen auf einem Tisch am Eingang, so dass jeder Zugriff darauf hat.

2. Kinderbetreuung

Angebot

(1) Je nach Anmeldung der Teilnehmer*innen wird eine Kinderbetreuung angeboten. In der Anmeldungsphase der Schulungen werden die Eltern gefragt, ob sie eine Kinderbetreuung wünschen oder nicht (Beobachtungsvermerk 12).

(2) Je nach Kapazitäten des REFUGIUM-Teams und das Vorhandensein von Studierenden wird eine Kinderbetreuung angeboten. Dies ist im Weiteren von der Erlaubnis des Sozialmanagements der jeweiligen Unterkunft abhängig. In einigen Unterkünften können die Kinder zudem in einer beaufsichtigten Spielgruppe untergebracht werden, die seitens des Sozialmanagements betreut wird (Beobachtungsvermerk 19).

Betreuende Person & Raum

(1) Die Betreuung der Säuglinge und Kinder wird je nach Wunsch entweder durch die teilnehmenden Eltern oder durch eine bzw. mehrere Studierende übernommen. Die Betreuung findet vorwiegend im gleichen Raum wie die Workshops statt, bei älteren Kindern und Zustimmung der Eltern kann diese jedoch auch in einen anderen Raum oder nach draußen verlegt werden (Beobachtungsvermerk 14).

(2) Die Betreuung der Säuglinge und Kinder wird je nach Situation entweder durch die teilnehmenden Eltern, durch eine bzw. mehrere Studierende oder durch eine Betreuungsperson der Unterkunft übernommen. Die Betreuung findet je nach Unterkunft im gleichen Raum, in einem gesonderten Raum oder in der Betreuung der Unterkunft statt (Beobachtungsvermerk 19). Aufgefallen ist, dass andere Teilnehmer*innen sich an der Betreuung der Kinder, die im Workshop Raum anwesend sind, beteiligen.

Beschäftigungsmaterial

(1) (2) Das Beschäftigungsmaterial variiert je nach Alter. Zur Verfügung stehen Bälle, Springseile, Spielzeug, Stifte zum Malen, Malbücher und Mandalas sowie Bastelutensilien zum Basteln von Armbändern und Ketten (Beobachtungsvermerk 13).

Alter und Geschlecht der teilnehmenden Kinder

(1) (2) Es werden Kinder zwischen eins und zehn Jahren betreut. Das Geschlecht ist bei der Betreuung nebensächlich.

Notwendigkeit

(1) (2) Die Notwendigkeit einer Kinderbetreuung ist trotz der hohen Anzahl der Kinder oft nicht gegeben. Die Kinder verhalten sich meistens ruhig, sodass alle Teilnehmer*innen selbst auf ihre und Kinder anderer Teilnehmer*innen aufpassen. Oftmals werden die Kinder von den Eltern selbst betreut und/oder schlafen während des Workshops. Des Weiteren sehen die Teilnehmer*innen die Kinder nicht als Grund, den Workshop verlassen zu müssen.

Im Folgenden ist eine Übersichtstabelle zu finden, die die Ergebnisse zusammenfassend darstellt (Tabelle 19).

Tabelle 19 Prozessevaluation Übersicht nach Kategorien und Workshopthema, Verpflegung und Kinderbetreuung

Kategorien	Workshopthema					
	Ernährung	Hygiene	Gesundheitsversorgung	Psychische Gesundheit	Bewegung	Mundgesundheit
Verpflegung	<p>Warm- und Kaltgetränke (Wasser, Kaffee, Tee), Obst (Bananen, Kiwis, Pflaumen, Weintrauben, Pfirsiche, Äpfel), Trockenfrüchte (Rosinen, Cranberrys, Datteln), Nussmischungen, ab der 5. Generation auch ein kostenloses Mittagessen in der Mensa,</p> <p>Aufbau als Büffets am Eingang des Raumes, Nussmischungen und Obst im Stuhlkreis, Hinweis auf Selbstbedienung erfolgt am Anfang, Inanspruchnahme ist sehr unterschiedlich</p> <p>Snacks und Getränke werden nicht immer angeboten, Obst für den Ernährungsworkshop ist immer vorhanden</p>					

Kategorien	Workshopthema					
	Ernährung	Hygiene	Gesundheitsversorgung	Psychische Gesundheit	Bewegung	Mundgesundheit
Kinderbetreuung						
Angebot	Je nach Anmeldung und Wunsch der TN wird eine Kinderbetreuung gestellt					
	Je nach Kapazitäten des REFUGIUM-Teams wird eine Kinderbetreuung angeboten, Die Zustimmung der Unterkünfte ist erforderlich, Selten auch Betreuung durch Unterkunft gestellt					
Betreuende Person & Raum	Durch teilnehmende Eltern oder REFUGIUM-Team, Raum variiert je nach Gegebenheiten und Alter des zu betreuenden Kindes					
Beschäftigungsmaterial	Bälle, Springseile, Spielzeug, Stifte zum Malen, Malbücher und Mandalas, Bastelutensilien zum Basteln von Armbändern und Ketten					
Alter und Geschlecht	Es werden Mädchen und Jungen im Alter von 1-10 betreut					
Notwendigkeit	Eine Kinderbetreuung ist nicht immer erforderlich					

hellgrauer Bereich (Multiplikatoren-schulung & Workshops in Unterkünften), hellblauer Bereich (Multiplikatoren-schulung), helloranger Bereich (Workshops in Unterkünften), TN (Teilnehmer*innen)

5 Diskussion

In diesem Kapitel erfolgt die Diskussion der Evaluationsergebnisse, darauffolgend die Diskussion hinsichtlich der angewandten Methodik. Hiermit wird die Intention verfolgt, die Limitationen sowie mögliche Fehlerquellen der Evaluation zu verdeutlichen, um die Basis für eine sachgerechte Interpretation der gewonnenen Erkenntnisse zu schaffen.

Das Hauptanliegen der vorliegenden Arbeit bestand zum einen darin, die Rahmenbedingungen des Programms zu beurteilen, und zum anderen, Erkenntnisse über Eigenschaften des Programmverlaufes zu überprüfen und so zur zielgerichteten Verbesserung des Prozesses beizutragen. Die Ergebnisse sollen dazu dienen, Chancen und Hürden des Programms herauszuarbeiten und gegebenenfalls Änderungen im Programm vorzunehmen.

5.1 Diskussion der Evaluationsergebnisse

Sicherlich besteht Einigkeit darüber, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei vulnerablen Gruppen durch die Förderung und Erhaltung der Gesundheit einen wichtigen Beitrag zur Reduzierung der Gesundheitskosten leisten. In welchem Rahmen dies gegeben ist, ist jedoch aufgrund der geringen Datenlage zu den Kosten, die entstehen, indem Geflüchtete keine Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen annehmen, nicht erkennbar. Dass erhebliche Defizite in der Versorgung Geflüchteter vorhanden sind, steht jedoch außer Frage (Razum, Wenner & Bozorgmehr, 2016, S. 711-714). Ebenso besteht Konsens, dass die vielfältigen Maßnahmen besser vernetzt werden müssen, um Maßnahmen zielgruppenspezifisch erfolgreich durchführen (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 9) und evaluieren zu können. Migration ist zugleich wie die hervorgerufenen Defizite mit Chancen verbunden (Borde & Blümel, 2011, S. 257). Daher ist ein erster Schritt, die Ressourcen der Geflüchteten zu nutzen und sie zu befähigen ihre Gesundheit selbst zu fördern, zu erhalten und zu verbessern. Hierbei steht Partizipation und Empowerment der Zielgruppe im Vordergrund. Um eine zielgruppengerechte und die Lebenswelt einschließende partizipative Maßnahme durchzuführen, legt der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit Kriterien zugrunde, mit denen Anwender*innen eine erfolgreiche Umsetzung gestalten können. Die in einem Prozess mit unterschiedlichen Akteur*innen herausgearbeiteten Kriterien für sozillagenbezogene Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zeigen Aspekte auf, die für zielgerichtete Maßnahmen von Bedeutung sind. In diesem Kontext wurden Projekte und Maßnahmen zusammengefasst, die eine gute Praxis (Good Practice) aufweisen und zum Vergleich dienen. Obwohl sich diese Themen im Setting Fluchtunterkunft eher in der Aufbauphase befinden, sprechen die beschriebenen Ergebnisse des REFUGIUM Pro-

gramm dafür, die durchgeführten verhaltensbezogenen Workshops und Schulungen weiterzuführen und zu vertiefen.

Die Ergebnisse der Strukturevaluation zeigen, dass eine sehr gute Konzeptionierung des Programmes sowie eine gute Planung und Umsetzung in der Praxis vorliegt. Die Gestaltung des Programms weist hinsichtlich der Basiskriterien Konzeption, Zielgruppenbezug und Setting-Ansatz eine ausreichende Planung und Implementierung auf. Im Bereich der Zielgruppenorientierung werden die Aspekte der Kriterien Multiplikatorenkonzept, niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment und Partizipation ebenfalls gut umgesetzt. In mittlerem bis gutem Maße werden die Kriterien Dokumentation und Evaluation sowie Qualitätsmanagement im Bereich der Nachhaltigkeit und Qualitätsentwicklung eingebunden. Die Kriterien integriertes Handlungskonzept/Vernetzung und Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis hingegen sind ungenügend und ausbaufähig. Bei einer Erreichung von mehr als 80% kann jedoch im Rahmen eines fast ausschließlich ehrenamtlich betriebenen Gesundheitsförderungsprogramms im Setting Fluchtunterkunft von einem Optimum ausgegangen werden.

Im Einzelnen wird die Konzeption gemeinschaftlich beschlossen und ist das Ergebnis eines ausdifferenzierten Konzeptes. Des Weiteren werden bei der Gestaltung und Umsetzung die Lebenslagen der Zielgruppen berücksichtigt und in das Programm integriert. Diese sind für eine zielgruppengerechte Gesundheitsförderungsmaßnahme bei vulnerablen Gruppen von hoher Relevanz (Yun, Hebrank & Graber, 2012, zitiert nach Bozorgmehr et al., 2016, S. 599). Individuelle Kompetenzen und Ressourcen werden mit dem Programm gefördert, jedoch fehlt ein differenzierter Ansatz zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Strukturen, der nur durch aktiv betriebene Kooperationen mit unterschiedlichen Akteur*innen des Gesundheitswesens und der Fluchtunterkünfte sowie durch die Beteiligung der Akteur*innen in allen Bereichen geleistet werden kann. Zugleich ist anzumerken, dass REFUGIUM zwar in großem Maße die Verhaltensebene anspricht, zudem aber bemüht ist, durch Vermittlung von Kompetenzen und Wissen die Geflüchteten zu befähigen, in geringem Maße die eigene Lebenswelt zu gestalten und zu beeinflussen, sodass der Ansatz einer Maßnahme auf Verhältnisebene besteht. Ein Bedarf an gesicherter Mitbestimmung aller Beteiligten sowie eine kontinuierliche und professionelle Koordinierung wird aber weiterhin benötigt.

Die Zielgruppe wird partizipativ in das Programm eingebunden und daraus resultierend werden Empowerment Prozesse entwickelt, die die Geflüchteten dazu befähigt, ihre Lebenswelten in geringem Maße selbst zu beeinflussen, Gesundheitsbewusstsein aufzubauen, Ressourcen zu aktivieren und ihre Gesundheit zu fördern und zu erhalten. Dies wird durch eine niedrigschwellige Arbeitsweise und sehr geringen Zugangshürden bestärkt. Zudem

werden Studierende in den Entwicklungsprozess eingebunden und leisten einen Beitrag zur Förderung der Gesundheit, so dass Integration auf beiden Seiten ist gegeben ist.

Inwiefern die Erfassung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses für eine Gesundheitsförderungsmaßnahme mit vulnerablen Gruppen möglich ist, ist in Frage zu stellen, da die Wirksamkeit eines solchen Programmes nicht das Ziel verfolgt, seinen Nutzen an monetären Größen zu messen. Die Erhebung der Wirksamkeit des Programms erfolgte jedoch bereits mittels Ergebnisevaluation im Rahmen von Masterarbeiten, so dass sowohl die Wirksamkeit, als auch der Nutzen des Programms ausreichend dargelegt wurden, was wiederum einen Hinweis auf die Zielerreichung und somit auf die Wirksamkeit des Programms zulässt. REFUGIUM weist nachweislich einen hohen Nutzen sowohl für die Studierenden als auch für die Geflüchteten auf. REFUGIUM stellt den Versuch auf, die Nachhaltigkeit nicht durch die stetige Finanzierung auszugleichen, sondern die Einbettung in Vorlesungen sowie durch vermittelte Informationen und Kompetenzen durch die Multiplikator*innen an weitere Geflüchtete weiterzugeben. Zudem sind die personellen sowie materiellen Kosten eines Workshops mit rund 120 Euro im Gegensatz zum erreichten Nutzen gering, da davon auszugehen ist, dass das vermittelte Wissen im Umfeld und der Community der Geflüchteten weitergegeben wird. Außerdem werden Menschen mit Defiziten in der Versorgung sowie physischen und psychischen Leiden in die Gesellschaft integriert und dazu befähigt, ihre Gesundheit zu fördern und zu verbessern. Nun stellt sich allerdings die Frage, inwiefern es möglich ist, ein auf hochschulebene betriebenes Programm, das vorwiegend auf ehrenamtlichem Engagement und freien Stellen im Rahmen von Praktika sowie des Bundesfreiwilligendienstes beruht, das die Nachhaltigkeit in großen Teilen durch die Einbindung in Vorlesungen und Fachprojekte gewährleistet, das knappe finanzielle und personelle Ressourcen aufweist, in die gesamt kommunale Gesundheitsförderung einzubetten und so die Ebene der Verhältnisprävention einzubeziehen.

Obwohl bei einigen Kriterien die Erreichung einer höheren Stufe möglich wäre, ist eine Zielerreichung von 100% in allen Umsetzungsstufen für ein Programm in diesem Kontext unrealistisch (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015, S. 14), sodass das Programm REFUGIUM mit minimalen finanziellem sowie personellem Aufwand ein maximales Ergebnis erzielt und die Erreichung der Ziele mit der vorliegenden Struktur des Programms denkbar sind.

Aus den Ergebnissen in Kapitel 4 ist des Weiteren zu entnehmen, dass mehr oder weniger in fast allen Kategorien der Prozessevaluation Chancen sowie Hürden für das Programm erkennbar sind. Die ausschlaggebenden Hürden im Durchführungsprozess sind demnach die Strukturierung organisatorischer Abläufe und daraus resultierende Durchführungsprob-

lematiken, die unter anderem durch geringe didaktische und organisatorische Kompetenzen der Multiplikator*innen sowie durch ein ungenügendes Projektmanagement verursacht werden. Eine strukturierte Planung ist in einigen Prozessen gegeben, werden jedoch aufgrund fehlender Kompetenzen nicht korrekt umgesetzt. Bedingt durch organisatorische Problematiken wird die Durchführungsqualität der Schulungen und Workshops gemindert, sodass sowohl ein didaktisches Training der Multiplikator*innen als auch ein kontinuierliches Projektmanagement notwendig sind.

Alle Beteiligten des Programms, Studierende und Vertreter*innen der Zielgruppe sowie die Multiplikator*innen, werden in die Planung und Organisation eingebunden, was zur Steigerung der Partizipation, Nachhaltigkeit und Erlangung von unterschiedlichen Kompetenzen führt. Zudem werden die Studierenden und Geflüchteten im Bereich der interkulturellen Kompetenzen gestärkt und in die jeweils andere Lebenswelt integriert. Die Rekrutierung der Multiplikator*innen erfolgt trotz geringer einheitlicher Struktur und wenig Planung in gutem Umfang, wie die Zahlen der Teilnehmer*innen und Multiplikator*innen zeigt. Die Rekrutierung neuer Multiplikator*innen für die Multiplikatoren-schulung erfolgt erstens durch Werbung und zweitens mittels der Durchführung von Workshops in Fluchtunterkünften, sodass angenommen werden kann, dass gerade die Workshops gut geeignet sind, REFUGIUM zu präsentieren und interessierte Teilnehmer*innen zu rekrutieren. Zudem stellt das gute Angebot an Verpflegung sowie Kinderbetreuung eine gute Basis dar, Teilnehmer*innen zu rekrutieren und zum Austausch anzuregen.

Die Problematiken, die durch geringe Strukturierung und Koordinierung entstehen, wirken sich negativ auf die Durchführung aus. Die Durchführung der Workshops und Schulungen zu unterschiedlichen Tageszeiten stellt das Programm vor eine Herausforderung. Die Einbindung des Programms in die Vorlesungszeiten fördern auf der einen Seite die Nachhaltigkeit, stellen jedoch auch Defizite in der Planung und Organisation auf, so dass sowohl auf die Bedürfnisse der Studierenden als auch auf die der Geflüchteten eingegangen werden muss. Positiv zu werten ist dieser Aspekt trotzdem, da durch die Integrierung in Vorlesungen methodische Kompetenzen der Studierenden gefördert werden und Methoden und Materialien mit geringen Kosten erstellt und evaluiert werden können. Zugleich wird trotz der Umsetzungshürden der Austausch der Geflüchteten gefördert und Gesundheitsressourcen werden aktiviert. Lediglich die kontinuierliche Betreuung der Multiplikator*innen findet nur in kleinem Maße statt. Die Betreuung bei der Durchführung von Workshops ist gegeben, jedoch fehlt der Aufbau eines Netzwerkes innerhalb des Programms. Bezüglich der Problematik der Erhaltung der Multiplikator*innen müsste eine weitere Auseinandersetzung mit diesem Thema im gesamten Team erfolgen.

Die Relevanz der Themen Ernährung, Hygiene, Gesundheitsversorgung, psychische Gesundheit, Bewegung und Mundgesundheit werden aus den Defiziten der Versorgungsstruktur sowie der Problematiken der Flucht und deren Folgen ersichtlich. Zudem stellt nicht die Flucht und Migration das Problem dar, es sind die Bedingungen im Ankunftsland, die den Workshopthemen eine große Bedeutung zu schreiben. Die Workshops werden in Stuhlkreisen durchgeführt. Diese Anordnung bewirkt eine horizontale Kommunikationsebene und wird als sehr angenehm empfunden. Durch die hohe Anzahl der beobachtenden Studierenden wird jedoch diese Ebene unterbrochen, so dass eine Reduzierung erfolgen muss. Dennoch ist eine unterstützende und freundliche Atmosphäre im Workshop gegeben. Die Teilnehmer*innen können ohne Angst vor Diskriminierung und Vorverurteilung ihre Erfahrungen und Meinungen teilen, was einen großen Beitrag zur Integration und Förderung des Selbstbewusstseins leistet. Durch die hergestellte Vertrauensbasis erfolgt eine gute Einbindung der Teilnehmer*innen in die Workshops, trotz teils emotionaler Themenbereiche. Das interaktive Lernen fördert Empowermentstrukturen, bringt den Teilnehmer*innen Spaß und unterstützt die Gruppenzugehörigkeit. Zudem wird die Interaktivität der Workshops durch einen abwechslungsreichen Materialeinsatz unterstützt, die wiederum eine aktive Teilhabe der Teilnehmer*innen gewährleistet und den Lernprozess sowie den Aufbau eines Gesundheitsbewusstseins begünstigt. Die partizipativ mit Studierenden und Geflüchteten entwickelten Materialien sind gender- und kultursensibel aufgebaut. Außerdem wird auf eine übersichtliche Gestaltung und auf den Ausgleich zwischen Text und visueller Darstellung geachtet. Die sehr einfache und verständliche Darstellung ermöglicht es allen Beteiligten, einen Überblick zum jeweiligen Thema zu erhalten. Die Mehrsprachigkeit hingegen fördert die Niedrigschwelligkeit und senkt die Zugangshürden des Programms, so dass auf niedrigschwelligem Niveau gesundheitsrelevantes Wissen vermittelt und Ressourcen aktiviert werden können. Die Manuale dienen als Leitfaden für die Multiplikator*innen und zeigen den Ablauf eines jeden Workshops auf. Hinzuzufügen ist, dass die Ziele eines jeden Workshops im Manual aufgeführt sind. Zudem erfolgt die Darstellung der Methoden und der Materialien, die für die Zielerreichung nötig sind. Hierzu zählen vor allem der Erfahrungs- und Wissensaustausch sowie die Befähigung Lösungswege zu entwickeln. Aus den Ergebnissen der Prozessevaluation ist ersichtlich, dass die Methoden zur Erreichung der Ziele geeignet sind und in der Umsetzung gut erfolgen können. Hürden im Programm sind unter anderem unterschiedliche Arbeitsweisen und Kompetenzen der Multiplikator*innen, die dazu führen, dass die Abläufe der WS unterschiedlich gestaltet werden. In der Regel werden sowohl in den Schulungen als auch in den Workshops in Unterkünften auf die Aufhängung eines Willkommensplakats geachtet, um eine vertraute Atmosphäre herzustellen. In der Vorstellungsrunde stellen sich alle Teilnehmer*innen und Multiplika-

tor*innen namentlich vor und erhalten ein Namensschild, was zur Gleichstellung aller Personen im Raum beiträgt. Bei zu spät kommenden Teilnehmer*innen wird dies jedoch oft vergessen. Zudem erfolgt keine Wiederholung der Inhalte für diese Personen, so dass Lücken im Ablauf und wichtige Elemente der Durchführung fehlen. Weiterhin werden die Beobachter*innen nicht vorgestellt, zudem wird nicht auf die Rolle dieser verwiesen. Dies führt dazu, dass einige der Teilnehmer*innen versuchen, die Beobachter*innen in den Workshop zu integrieren. Das zugrunde gelegte Verhalten der Teilnehmer*innen ist positiv und negativ zu werten. Die Beobachter*innen werden verleitet, aus ihrer Rolle als nicht teilnehmende Beobachter*innen herauszutreten und ungewollt den Workshop zu beeinflussen. Andererseits stellt dieser Sachverhalt einen Vertrauensbeweis seitens der Teilnehmer*innen dar. Weiterhin führt die unterschiedliche Arbeitsweise zu unterschiedlichen Durchführungszeiten und unvollständigen Materialien. Aufgrund der Unvollständigkeit der Materialien und durch Verzögerungen in der Rekrutierung werden die Multiplikator*innen dazu verleitet Phasen der Workshops zu überspringen oder auszulassen. Durch den entstandenen zeitlichen Druck und der Unruhe, die bei Verlängerung auftreten, ist die Einführung von individuell gestaltbaren Pausenzeiten, die seitens der Teilnehmer*innen gewünscht wird, unerlässlich. Jedoch sind die unterschiedlichen Durchführungszeiten ebenso durch die variierende Anzahl der Teilnehmer*innen und deren Interesse und Beteiligung am Workshops bedingt. Zudem wird die Durchführungszeit durch die Organisation innerhalb des Sozialmanagements der Unterkünfte eingeschränkt. Daraus resultiert, dass zum einen ein Methoden Training für die Multiplikator*innen wichtig ist, zum anderen die Kooperation mit den Unterkünften optimiert werden muss. Die Teilnehmer*innenzahlen lassen darauf schließen, dass die Zugangshürden niedrig sind, die Bekanntheit des Programms gering sowie die Rekrutierung Verbesserungsbedarf aufweist. Der Frauenanteil im Programm ist mit etwa 23-28% sehr gering. Trotz der aktiven Rekrutierung, des Angebots der Kinderbetreuung sowie der Möglichkeit, sensible Themen geschlechtergetrennt durchzuführen, besteht die Hürde, Frauen dauerhaft in das Programm zu integrieren. Dies wird dennoch mit frauenspezifischen Themen wie die Säuglingsernährung zu ändern versucht.

Die Durchführung des Programms zeigt, dass Hürden in der Umsetzung bestehen, diese aber nicht ausschlaggebend für die Zielerreichung sind. Vielmehr kann durch die Verbesserung und Behebung der relevanten Aspekte eine Qualitätsentwicklung stattfinden und die Arbeit der Multiplikator*innen, Studierenden und Programmbeteiligten erleichtern sowie weitere Kompetenzen im Bereich der Führung und des Managements vermitteln.

5.2 Methodenkritische Diskussion

Für die Datenerhebung, -auswertung sowie Datenanalyse wurden unterschiedliche Methoden verwendet. Die Datenerhebung erfolgte mittels teilnehmender und nicht-teilnehmender Beobachtungen. Diese diente als Grundlage für die Erstellung von Dokumentationsbögen sowie Hausarbeiten, die eine Teilevaluierung beinhalten. Die Datenanalyse erfolgte mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse. Die Auswertung hingegen wurde durch die Einstufung der Ergebnisse in operationalisierte Kriterien sowie aus dem Evaluationsgegenstand entnommenen Kriterien vorgenommen. Im Folgenden werden die angewandten Methoden einer kritischen Betrachtung unterzogen.

Die erstellten Dokumentationsbögen und Hausarbeiten basieren auf der Methodik der teilnehmenden sowie nicht-teilnehmenden teils strukturierten, teils unstrukturierten Beobachtung. Hierbei benötigen die Beobachter*innen ein gewisses Maß an Kontrolle. Laut Diekmann (2014, S. 550f) besteht bei der Beobachtung die Gefahr, durch selektive Verzerrung die Ergebnisse zu verfälschen. Die beobachteten Handlungen können zudem durch Fehlinterpretationen, die durch kulturelle Unterschiede hervorgerufen werden, beeinflusst werden, sodass eine Einschränkung der Objektivität vorliegt. Weiterhin kann die Wahrnehmung durch persönliche Ziele und Vorstellungen und durch die zunehmende Vertrautheit zwischen Beobachter*innen und Teilnehmer*innen beeinflusst werden (Lamnek & Krell, 2016, S. 507). In der qualitativen Forschung wird Reliabilität erreicht, indem verschiedene Beobachter*innen denselben Evaluationsgegenstand beobachten und zu den selben Ergebnissen gelangen (Häder, 2015, S. 312f), was bei den Ergebnissen der Prozessevaluation eindeutig vorliegt. Dieser Sachverhalt ist ebenso in der Inhaltsanalyse wieder zu finden. Nach Mayring (2008, S. 46) und Kuckartz (2016, S. 210) kann die Reliabilität erfolgen, indem das durch die Beobachtungen erhobene Datenmaterial durch voneinander unabhängige Personen analysiert und verglichen wird. Dies wird durch die Teilevaluationen in Form von Hausarbeiten gewährleistet. Um eine eventuelle Beeinflussung der Objektivität zu mindern sowie den Interpretationsfreiraum gering zu halten, erfolgte die Dokumentation der Daten mit Hilfe von teilstrukturierten Dokumentationsbögen, sodass der Fokus der Beobachtung nur bestimmte Kriterien umfasst. Weiterhin erfolgte der Einsatz mehrerer Beobachter*innen. Die Genauigkeit, mit der die Handlungen beobachtet und dokumentiert wurden, kann nicht erfasst werden und ist somit bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen. Die Dokumentationsbögen wurden im Vorfeld in einem längeren Prozess erarbeitet und für die Erfassung der Beobachtungen genutzt. Zu hinterfragen ist, inwiefern die Aspekte der Dokumentation die gesamten Abläufe und Prozesse des Programms wiedergeben. Jedoch ist anzumerken, dass das Ziel, Chancen und Hürden aufzudecken, auch

ohne Gesamterfassung aller Prozessabläufe erfolgen kann. Des Weiteren stellen die Dokumentationsbögen lediglich eine willkürliche Auswahl an Workshops und Schulungen dar, da keine kontinuierliche Dokumentation und Beobachtung aller geleisteten Workshops und Schulungen des Programms erfolgte. Die Hausarbeiten beruhen ebenfalls auf teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Beobachtungen und wurden unstrukturiert beobachtet, was die Genauigkeit und Vergleichbarkeit der Ergebnisse einschränken kann. Auf Grundlage dessen wurden Teilaspekte des Programms durch Studierende evaluiert und beinhalten somit subjektive Aussagen, so dass die Evaluatorin nicht an der Beurteilung beteiligt war, sondern lediglich die Daten zusammenfassend darstellt. Zudem ist ein Bewertungsbias durch die eventuelle Beeinflussung durch Benotung der Hausarbeiten und Dokumentationsbögen auszuschließen. Die Benotung erfolgte durch die modulverantwortliche und nicht durch die lehrende Person. Außerdem wurden die Ausarbeitungen unter Anwendung eines standardisierten Verfahrens beurteilt. Hierbei standen nicht die positiv oder negativen Ergebnisse, sondern die Substanz der Arbeit und der wissenschaftliche Aufbau im Fokus. Die Inhaltsanalyse wurde in Anlehnung an Kuckartz durchgeführt. Hierbei bestand das primäre Ziel darin, die große Datenmenge in kurzer Zeit zu kategorisieren und strukturieren. Hierbei wurden einzelne Schritte nicht im Detail umgesetzt, sondern in mehreren Schritten zusammengefasst. Trotzdem konnte das Ziel der strukturierten Kategorisierung der Dokumentationsbögen und Hausarbeiten erfolgen. Die Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit sind operationalisiert, so dass eine objektive Einstufung gewährleistet wird. Kritisch zu betrachten ist jedoch der Interpretationsfreiraum, der bei der Einstufung der Ergebnisse in die Durchführungsstufen zur Beeinflussung geführt haben könnte. Nach Häder (2015, S. 312f) ist es indes möglich, die Validität von Beobachtungen zu gewährleisten, wenn die Ergebnisse einer Beobachtung mit einem Kriterium verglichen werden, welches unabhängig ermittelt wird, hier die Good Practice-Kriterien der BZgA. Durch die Selbstevaluationsaspekte besteht die Möglichkeit der Beeinträchtigung der Objektivität bei der Bewertung der Ergebnisse. Der Vorteil einer Selbstevaluation hingegen ist die Erreichbarkeit der Daten und in diesem Kontext auch der Zugriff auf interne Dokumente, die mittels einer externen Evaluation nicht erfasst werden können. Zudem wurden die Evaluationsstandards im Handlungsfeld der Selbstevaluation beachtet und bei der Durchführung berücksichtigt, um eine hohe Aussagegültigkeit der Ergebnisse und Transparenz des Vorgehens zu erzielen.

6 Handlungsempfehlungen

Auf Grundlage dieser Evaluation sind Hürden sowohl in der Struktur des Programmes, als auch im Durchführungsprozess des Programmes REFUGIUM erkennbar, sodass mehrere Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können, die zur Weiterentwicklung des Programmes beitragen.

Zu Anfang ist eine weitere Vernetzung des Programms mit Partner*innen und Akteur*innen des Gesundheitswesens wichtig. Die Bekanntheit des Programms muss erhöht und durch Vernetzung verstetigt werden. Gesundheitskonferenzen bieten hierzu eine gute Gelegenheit. Zudem können für das Programm relevant erscheinende Partner*innen zu einem REFUGIUM-Informationstreffen eingeladen werden. Hierzu ist die Präsenz in der Öffentlichkeit durch Öffentlichkeitsarbeit zu steigern.

Kooperationsvereinbarungen sollten zu Anfang in ausgewählten Stadtteilen schriftlich erfolgen und im Laufe des Programms auf alle Stadtteile ausgeweitet werden. Eine Vereinbarung zur Durchführung von jeweils zwei Workshops in der Woche in einer Unterkunft ist denkbar, so dass in einem Jahr alle Stadtteile mit dem Programm in Berührung kommen können. Hierzu ist es nötig, Kooperationspartner*innen und Partner*innen zur finanziellen Förderung in den jeweiligen Stadtteilen direkt anzusprechen, so dass eine geregelte und strukturierte Durchführung der Workshops gewährleistet werden kann. Zudem können migrantenspezifische Einrichtungen potenzielle Kooperationspartner*innen darstellen, die es gilt einzubinden.

Die interkulturelle Kompetenz und Nachhaltigkeit sollten weiterhin durch Einbindungen in die Vorlesungen und Beteiligung von Studierenden und Geflüchteten gefördert werden. Eventuell können Studierende anderer Studiengänge wie Ökotropologie und Soziale Arbeit in das Programm durch ehrenamtliche Arbeit und eine Arbeitsgruppe zum Thema Flucht an der HAW eingebunden werden. Diese Arbeitsgruppe sollte sich in regelmäßigen Abständen treffen und die weitere Programmgestaltung planen, so dass zum eine Arbeitsverteilung erfolgt, zum anderen aber auch unterschiedliche Kompetenzbereiche eingegliedert werden können.

Mit dem Ziel, die Motivation und die Anreize zur Beteiligung am Programm zu erhöhen, sind Patenschaften, auch außerhalb der Hochschule, auf ehrenamtlicher Basis denkbar, so dass diese nicht nur auf Ebene der Hochschule, sondern in unterschiedlichen Settings rekrutiert werden sollten.

Wie die Nachhaltigkeit außerdem gefördert werden kann, sollte mit allen Programmbeteiligten gemeinsam diskutiert und beschlossen werden, so dass alle Beteiligten ihren Bedarf offenlegen können.

Zur Durchführung des Programms ist ein strukturiertes Projektmanagement nötig, hierzu müssen wiederum personelle Ressourcen aufgebracht werden, dieses einzuführen und alle Beteiligten daraufhin zu schulen.

Langfristig gesehen ist die selbstständige Durchführung der Workshops durch die Multiplikator*innen anzustreben. Hierzu besteht der Bedarf, Frauen durch frauenspezifische Themen in das Programm einzubinden.

Weiterhin sollte eine Vernetzung aller Multiplikator*innen erfolgen, die durch Kompetenztraining in die Lage versetzt werden, eigenständig Workshops zu planen und durchzuführen. Da ein eigenständiger Raum nicht zur Verfügung steht, sollten regelmäßige Treffen aller Beteiligten organisiert werden, die einerseits dazu dienen, sich auszutauschen und untereinander kennenzulernen, andererseits aber auch zum Austausch von Erfahrungen im Rahmen des Programms sowie zur Entwicklung von Lösungsansätzen angesetzt werden.

Das vorhandene didaktische Training der Multiplikator*innen muss beibehalten, aber ausgeweitet werden. Hierbei sind pädagogische Ansätze zur Durchführung der Workshops sowie zur Planung und Organisation relevant.

Weiterhin sind Supervisionen zu empfehlen, die auf ehrenamtliche Basis geleistet werden könnten. Hierzu können Professor*innen der HAW eingebunden werden.

Zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung der Materialien sollten regelmäßige Sichtungen des Materials erfolgen, in denen eventuell neue und geänderte Anforderungen am Material erneuert werden können.

7 Fazit

Mit der vorliegenden Evaluation des Gesundheitsförderungsprogramms REFUGIUM im Setting Fluchtunterkunft ist den Fragestellungen inwiefern es möglich ist mit der Struktur des Programms die Ziele zu erreichen und inwiefern die Umsetzung so erfolgt, dass die Ziele erreicht werden können nachgegangen worden. Zu diesem Zweck wurde eine Prozess- und Strukturevaluation mit qualitativen Erhebungsmethoden durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen, dass mit der vorhandenen Konzipierung und Struktur des Programms eine maximale Zielerreichung mit minimalem Aufwand erreicht werden kann. Die Umsetzung des Programms weist trotz Hürden eine große Tendenz zum Optimum auf. Die Hürden, die meist organisatorischer Art oder daraus bedingt entstehen, können durch das didaktische Training minimiert werden. Die Möglichkeit der Zielerreichung wird durch die vorhandenen Hürden nicht wesentlich negativ beeinflusst. Das Programm fördert den Austausch der Studierenden und Geflüchteten, aktiviert Gesundheitsressourcen und fördert die Selbstbefähigung zur Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit. REFUGIUM vermittelt weiterhin sowohl Kompetenzen auf interkultureller Ebene und gesundheitsrelevante Informationen als auch angewandte Methoden der Gesundheitswissenschaften für die Studierenden, so dass der Nutzen des Programms für alle Beteiligten auf hoher Stufe gegeben ist. Die Evaluation hat gezeigt, dass ein hochschulinternes Programm mit viel ehrenamtlichem Engagement und partizipativer Aktionsforschung Kulturen verbinden und Lebenswelten vereinen sowie die Gesundheit auf allen Ebenen fördern kann.

Auf Grundlage der Ergebnisse konnten Handlungsempfehlungen ausgearbeitet werden, die der Optimierung des Programms dienen und für alle Beteiligten des Programms von hoher Relevanz sind.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass im Bereich der Gesundheitsförderung vulnerabler Gruppen, insbesondere die der Geflüchteten, ein weiterer Forschungsbedarf besteht. Die möglichen strukturellen und kulturellen Barrieren, aber auch die Ressourcen und Resilienzen sollten erfasst, systematisiert, thematisiert und gefördert werden.

„Bei einem freien Menschen ist daher die rechtzeitige Flucht ein Zeichen ebenso großer Willenskraft wie der Kampf, oder: der freie Mensch erwählt mit derselben Willenskraft oder Geistesgegenwart wie den Kampf die Flucht“

Baruch de Spinoza (1632 – 1677).

IV Literaturverzeichnis

- BAMF. (2018). Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: Januar 2018. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-januar-2018.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen 05.03.2018.
- BAMF. (2017). Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: Dezember 2017. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2017.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen 05.03.2018.
- BAMF. (2016). Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: Dezember 2016. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2016.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen 05.03.2018.
- BAMF. (2015). Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: Dezember 2015. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2015.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen 05.03.2018.
- Blättner, B. & Waller, H. (2011). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung* (5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- BMG. (2016). "Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland" veröffentlicht. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/160115-ratgeber-gesundheit-fuer-asylsuchende-in-de.html>. Zugegriffen 23.05.2018.
- Borde, T. & Blümel, S. (2011). Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 255–262). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Böttche, M., Stammel, N. & Knaevelsrud, C. (2016). Psychotherapeutische Versorgungstraumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland. *Der Nervenarzt* (11), 1136–1143. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00115-016-0214-x.pdf>. Zugegriffen 06.03.2018.
- Bozorgmehr, K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S. & Schneider, C. (2016). Systematische Übersicht und "Mapping" empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990-2014). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* (5), 599.
- Brücker, H. et al. (2016). *IAB-BAMF-SOEP Befragung von Geflüchteten: Flucht, Ankunft in Deutschland und erste Schritte der Integration. IAB-Kurzbericht* (Bd. 24).
- DeGEval. (2004). *Empfehlungen zur Anwendung der Standards für Evaluation im Handlungsfeld der Selbstevaluation*. Köln: Kunstdruck GmbH.
- Diekmann, A. (2014). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (9. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Döring, N. (2014). Evaluationsfunktionen. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 172–181). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Döring, N. & Borzt, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.
- Europäische Gemeinschaften. (2009). Leitfaden ECTS. http://ec.europa.eu/dgs/education_culture/repository/education/tools/docs/ects-guide_de.pdf. Zugegriffen 06.04.2018.

-
- Färber, C. & Osaghae, D. (2018, März). *Methoden und Wirkung des REFUGIUM Peer-Präventionsprogramms für geflüchtete Menschen. Vortrag.* Armut und Gesundheit Fachforum 106, Berlin.
- Haack, G. & Haß, W. (BZgA, Hrsg.). (2016). Evaluation. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/strategien-handlungsansatze-und-methoden/evaluation>. Zugriffen 31.03.2018.
- Häder, M. (2015). *Empirische Sozialforschung. Eine Einführung* (3. Auflage). Wiesbaden: Springer VS.
- Hoffmann, R. (2016). Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen und empirische Befunde. *Gesellschaft im Wandel. Gesellschaftliche, wirtschaftliche und ökologische Perspektiven*, 117–134.
- Kaba-Schönstein, L. (2011). Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 137–144). Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kalo, M., Junaid, N., Ülgüt, R. & Färber, C. (2018). *REFUGIUM Flucht und Gesundheit. Gesundheitsförderung für Geflüchtete*.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2016). *Gute Praxis für gesundheitliche Chancengleichheit - Die Good Practice-Kriterien und Praxisbeispiele*.
- Kromrey, H. (2001). Evaluation - ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlungen für die Praxis. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis* 24 (2), 1–23.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3., überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Steffer, C. (2008). *Qualitative Evaluation. Einstieg in die Praxis* (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung* (6. Auflage). Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Lehmann, H. & Töppich, J. (2002). Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 45 (3), 234–239.
- Loss, J., Eichhorn, C., Reisig, V., Wildner, M. & Nagel, E. (2007). Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Entwicklung eines multidimensionalen Qualitätssicherungsinstrumentes für eine landesweite Gesundheitsinitiative. *Prävention und Gesundheitsförderung* (4), 199–206.
- Loss, J., Seibold, C., Eichhorn, C. & Nagel, E. (2010). *Evaluation in der Gesundheitsförderung. Eine Schritt-für-Schritt Anleitung für Gesundheitsförderer* (3 Bände): sachsendruck GmbH.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (10. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Michael A. & Sattler T. (2007). Was Kinder und Jugendliche stark macht - Resilienz von jungen Menschen mit Migrationshintergrund. *Interdisziplinäre Fachzeitschrift der DGgKV* 10 (1), 91–95.
- Razum, O., Wenner, J. & Bozorgmehr, K. (2016). Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2016 78 (11), 711–714.

-
- REFUGIUM-Homepage. (o.J.). Manuale für die MultiplikatorInnen. Manuale zur Durchführung von Workshops für Geflüchtete. <http://refugium.budrich.de/manuale-fuer-die-multiplikatorinnen-vorlaufige-version/>. Zugegriffen 12.05.2018.
- REFUGIUM-Homepage. (o.J. a). REFUGIUM. <http://refugium.budrich.de/>. Zugegriffen 12.05.2018.
- Robert-Koch-Institut. (2012). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/evaluation_praevention.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen 31.03.2018.
- Schlicht, W. & Zinsmeister, M. (2015). *Gesundheitsförderung systematisch planen und effektiv intervenieren*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Setzer Verlag. (o.J.). Anamnesebogen. Beschreibung. <http://www.setzer-verlag.com/Anamnesebogen-1>. Zugegriffen 01.06.2018.
- Spallek, J. & Razum, O. (2007). Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin* 102 (6), 451–456.
- Töppich, J. & Linden, S. (2011). Evaluation. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 69–72). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- UNHCR. (2017). Population Trend Chart. <http://reporting.unhcr.org/population>. Zugegriffen 10.03.2018.
- ZKF. (2018). Februar: Neue Standort-Karte zur Flüchtlingsunterbringung, Zahl der Überresidentsen weiter gesunken. Zentraler Koordinierungsstab Flüchtlinge (ZKF) zieht Monatsbilanz. <http://www.hamburg.de/zkf-presse-meldungen/10568318/2018-03-02-zkf-bilanz-februar/>. Zugegriffen 10.03.2018.

V Erklärung zur Arbeit

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Ausarbeitung in vollem Umfang selbstständig erarbeitet und verfasst habe. Alle herangezogenen und wiedergegebenen Quellen sind durch Quellenangaben gekennzeichnet.

Datum, Unterschrift

VI Anhang

Anhang 1: Asylgesetz (AsylG) §62

Anhang 2: Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) §4

Anhang 3: Selbstevaluationsstandards der DeGEval

Anhang 4: Codesystem Übersicht

*Anhang 1 Asylgesetz (AsylG) §62***Asylgesetz (AsylG)****§ 62 Gesundheitsuntersuchung**

(1) Ausländer, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden. Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle bestimmt den Umfang der Untersuchung und den Arzt, der die Untersuchung durchführt.

(2) Das Ergebnis der Untersuchung ist der für die Unterbringung zuständigen Behörde mitzuteilen. Wird bei der Untersuchung der Verdacht oder das Vorliegen einer meldepflichtigen Krankheit nach § 6 des Infektionsschutzgesetzes oder eine Infektion mit einem Krankheitserreger nach § 7 des Infektionsschutzgesetzes festgestellt, ist das Ergebnis der Untersuchung auch dem Bundesamt mitzuteilen.

*Anhang 2 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) §4***Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)****§ 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt**

(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

(3) Die zuständige Behörde stellt die Versorgung mit den Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sicher. Sie stellt auch sicher, dass den Leistungsberechtigten frühzeitig eine Vervollständigung ihres Impfschutzes angeboten wird. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Absatz 2 und § 132e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet.

 Anhang 3 Selbstevaluationsstandards DeGEval

Gruppe	Inhalt
Nützlichkeit	
N1	<p>Identifizierung der Beteiligten und Betroffenen Das Selbstevaluations-Team soll die am zu evaluierenden Gegenstand beteiligten und/oder von ihm betroffenen Personen identifizieren.</p>
N2	<p>Klärung der Evaluationszwecke Es soll definiert sein, welche Zwecke mit der Selbstevaluation verfolgt werden, so dass die Beteiligten und Betroffenen Stellung beziehen können.</p>
N3	<p>Glaubwürdigkeit und Kompetenz des Evaluators bzw. Evaluatorin Selbstevaluatorinnen und Selbstevaluatoren sollen neben Feldkompetenz im Bereich des Evaluationsgegenstandes über grundlegende evaluationsmethodische Kompetenzen verfügen oder durch methodisch kompetente Beraterinnen bzw. Berater eine Prozessbegleitung und gleichzeitige Einführung in die Selbstevaluation erhalten.</p>
N4	<p>Auswahl und Umfang der Evaluation Das Team soll über Auswahl und Umfang des Evaluationsgegenstandes sowie über die zu gewinnenden Informationen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten und der zeitlichen und finanziellen Vorgaben entscheiden.</p>
N5	<p>Transparenz von Werten Das Team soll offenlegen, an welchen Sichtweisen, Gedankengängen und an welchen Kriterien es sich orientiert, so dass die Grundlage der Werturteile ersichtlich sind.</p>
N6	<p>Vollständigkeit und Klarheit der Berichterstattung Selbstevaluationsberichte sollen den Evaluationsgegenstand einschließlich seines Kontextes, die Ziele, Fragestellungen, Verfahren und Befunde der Evaluation in leicht verständlicher Weise beschreiben.</p>
N7	<p>Rechtzeitigkeit der Evaluation Selbstevaluationsvorhaben sollen so rechtzeitig begonnen und abgeschlossen werden, dass ihre Prozesswirkungen und Ergebnisse den angestrebten Zwecken dienen können.</p>
N8	<p>Nutzung und Nutzen der Evaluation Planung, Durchführung und Darstellung einer Selbstevaluation sollen alle Beteiligten und Betroffenen auf die Ergebnisse neugierig machen und sie anregen, sich am Prozess aktiv zu beteiligen und die Ergebnisse zu nutzen, so dass diese der Verbesserung des praktischen Handelns dienen können.</p>

Durchführbarkeit

- D1 **Angemessene Verfahren**
Selbstevaluationsverfahren sollen so konzipiert werden, dass die benötigten Informationen aller Voraussicht nach beschafft und genutzt werden können. Dabei sollen die beteiligten und betroffenen Personen nur soweit notwendig belastet werden, knappe Ressourcen geschont und der Arbeitsprozess nach Möglichkeit unterstützt werden.
- D2 **Diplomatisches Vorgehen**
Selbstevaluationen sollen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Positionen und Bedarfe der verschiedenen Interessengruppen geplant und durchgeführt werden.
- D3 **Effizienz von Evaluation**
Der Wert von Informationen und Nutzen von Selbstevaluationen soll die eingesetzten Mittel im Hinblick auf die Bedeutung der anstehenden Verbesserungen oder Entscheidungen rechtfertigen.

Fairness

- F1 **Formale Vereinbarungen**
Die Selbstverpflichtungen der Vertragsparteien einer Selbstevaluation sollen schriftlich festgehalten werden, um Nachdruck bei den Beteiligten Parteien zu erzeugen, alle Bedingungen dieser Vereinbarung zu erfüllen oder diese neu auszuhandeln und erneut zu dokumentieren.
- F2 **Schutz individueller Rechte**
Selbstevaluationen sollen so geplant und durchgeführt werden, dass die Rechte der Beteiligten und Betroffenen respektiert und geschützt sind.
- F3 **Vollständige und faire Überprüfung**
Selbstevaluationen sollen in der Überprüfung und in der Darstellung Stärken und Schwächen derjenigen Evaluationsgegenstände, auf die man sich geeinigt hat, soweit vollständig und fair sein, dass die Stärken weiter ausgebaut und die Problemfelder behandelt werden können.
- F4 **Unparteiische Durchführung und Berichtserstattung**
Dieser Standard der allgemeinen DeGEval-Standards ist auf Selbstevaluationen nicht generell übertragbar. Er gibt jedoch Anregungen für die in der Selbstevaluation geforderte Reflexion des eigenen Evaluationshandelns.
- F5 **Offenlegung der Ergebnisse**
Das Team soll möglichst frühzeitig im Ablauf einer Evaluation festlegen, in welcher Weise Evaluationsergebnisse weitergegeben und Betroffenen zugänglich gemacht werden.

Genauigkeit

- G1 **Beschreibung des Evaluationsgegenstandes**
Der Evaluationsgegenstand, insbesondere einzelne Aspekte, die als klärungs- oder verbesserungswürdig angesehen werden, sollen dokumentiert und beschrieben werden.
- G2 **Kontextanalyse**
Der Einfluss des Kontextes auf den Evaluationsgegenstand sollen identifiziert und dokumentiert werden.
- G3 **Beschreibung von Zwecken und Vorgehen**
Zwecke, Fragestellungen und Vorgehen der Evaluation sollen

-
- ausgehandelt und dokumentiert werden, so dass diese nachvollzogen werden können.
- G4 **Angabe von Informationsquellen**
Die in einer Selbstevaluation genutzten Informationsquellen sollen genau beschrieben werden, damit die Angemessenheit der Informationen in Bezug auf die Fragestellung eingeschätzt und nachvollzogen werden kann.
- G5 **Valide und reliable Informationen**
Es sollen solche Verfahren zur Gewinnung von Informationen ausgewählt werden oder entwickelt werden, die für eine Entscheidungsfindung und Praxisoptimierung nötig sind.
- G6 **Systematische Fehlprüfung**
Die in einer Selbstevaluation gesammelten, aufbereiteten und präsentierten Daten und Informationen sollen im gegenseitigen Austausch systematisch auf Fehler überprüft werden.
- G7 **Analyse qualitativer und quantitativer Informationen**
Qualitative und quantitative Daten und Informationen einer Selbstevaluation sollen systematisch und ohne Ausschluss von Beteiligten analysiert werden, damit die Fragestellung durch die Evaluation effektiv beantwortet werden können.
- G8 **Begründete Schlussfolgerungen**
Die in einer Selbstevaluation gezogenen Folgerungen und praktischen Konsequenzen sollen ausdrücklich begründet werden, damit die Beteiligten und Betroffenen diese nachvollziehen und einschätzen können.

Anhang 4 Codesystem Übersicht

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 Aussagen der Studierenden zum Programm 2 Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis 3 Dokumentation und Evaluation 4 Qualitätsmanagement 5 Zielgruppenbezug 6 Konzeption 7 Multiplikatorenkonzept 8 niedrigschwellige Arbeitsweise 9 Empowerment 10 Partizipation 11 integriertes Handlungskonzept/Vernetzung 12 Nachhaltigkeit 13 Setting Ansatz 14 Rekrutierungsphase 15 Abschlussphase 16 Modul Ernährung <ul style="list-style-type: none"> 16.1 allgemeine Informationen <ul style="list-style-type: none"> 16.1.1 Zeitplanung <ul style="list-style-type: none"> 16.1.1.1 Pausenzeiten 16.1.1.2 organisatorischer Zeitrahmen 16.1.1.3 Beginn und Ende des WS 16.1.2 Datum 16.1.3 Ort/Platz/Raum 16.1.4 WS-Zielgruppe 16.1.5 WS-Sprache 16.1.6 Raumeigenschaften 16.1.7 Anordnung der Sitzplätze und Tische 16.1.8 Hygieneanlagen 16.2 Workshopleitung <ul style="list-style-type: none"> 16.2.1 Aussagen zur Arbeit der ModeratorInnen 16.2.2 MultiplikatorIn 16.2.3 ModeratorIn 16.2.4 Wissenschaftliches Team 16.2.5 Studierenden Rolle | <ul style="list-style-type: none"> 16.3 Teilnehmende <ul style="list-style-type: none"> 16.3.1 Anzahl allgemein 16.3.2 Anzahl der Frauen 16.3.3 Anzahl der Männer 16.3.4 Anzahl unter 18-Jährige 16.3.5 Anzahl vor der Pause 16.3.6 Anzahl nach der Pause 16.3.7 Durchschnittsalter 16.4 Workshop <ul style="list-style-type: none"> 16.4.1 Einhaltung der Phasen des Manuals 16.4.2 aktive Teilhabe der TeilnehmerInnen 16.4.3 Interaktivität des WS 16.4.4 Verhalten zwischen Leitungsteam und TeilnehmerInnen 16.4.5 Verhalten zwischen den TeilnehmerInnen 16.4.6 Verhalten der StudentInnen während des WS 16.4.7 WS-Ablauf 16.4.8 WS-Atmosphäre 16.4.9 Geschlechterverhältnisse 16.5 Materialien <ul style="list-style-type: none"> 16.5.1 Flyer <ul style="list-style-type: none"> 16.5.1.1 Benutzung des Flyers 16.5.1.2 Gestaltung und Input des Flyers 16.5.2 Poster <ul style="list-style-type: none"> 16.5.2.1 Benutzung des Posters 16.5.2.2 Gestaltung und Input des Posters 16.5.3 Manuale <ul style="list-style-type: none"> 16.5.3.1 Benutzung des Manuals |
|--|--|

16.5.3.2 Gestaltung und Input des Manuals	ModeratorInnen
16.5.4 Flipchart	17.2.2 MultiplikatorIn
16.5.5 Tafel	17.2.3 ModeratorIn
16.5.6 Moderationswand	17.2.4 Wissenschaftliches Team
16.5.7 Beamer/Laptop	17.2.5 Studierenden Rolle
16.5.8 Giveaways	17.3 Teilnehmende
16.6 Verpflegung	17.3.1 Anzahl allgemein
16.6.1 Getränke	17.3.2 Anzahl Frauen
16.6.2 Snacks	17.3.3 Anzahl Männer
16.6.3 Angebot und Annahme	17.3.4 Anzahl unter 18-Jährige
16.7 Kinderbetreuung	17.3.5 Anzahl vor der Pause
16.7.1 Angebot	17.3.6 Anzahl nach der Pause
16.7.2 betreuende Person	17.3.7 Durchschnittsalter
16.7.3 Beschäftigungsmaterial	17.4 Workshop
16.7.4 Raum	17.4.1 Einhaltung der Phasen des Manuals
16.7.5 Alter und Geschlecht der teilnehmenden Kinder	17.4.2 aktive Teilhabe der TeilnehmerInnen
16.7.6 Notwendigkeit	17.4.3 Interaktivität des WS
16.8 Aussagen der Studierenden über den Prozessverlauf	17.4.4 Verhalten zwischen Leitungsteam und TeilnehmerInnen
17 Modul Hygiene	17.4.5 Verhalten zwischen den TeilnehmerInnen
17.1 allgemeine Informationen	17.4.6 Verhalten der StudentInnen während des WS
17.1.1 Zeitplanung	17.4.7 WS-Ablauf
17.1.1.1 Pausenzeiten	17.4.8 WS-Atmosphäre
17.1.1.2 organisatorischer Zeitrahmen	17.4.9 Geschlechterverhältnisse
17.1.1.3 Beginn und Ende des WS	17.5 Materialien
17.1.2 Datum	17.5.1 Flyer
17.1.3 Ort/Platz/Raum	17.5.1.1 Benutzung des Flyers
17.1.4 WS-Zielgruppe	17.5.1.2 Gestaltung und Input des Flyers
17.1.5 WS-Sprache	17.5.2 Poster
17.1.6 Raumeigenschaften	17.5.2.1 Benutzung des Posters
17.1.7 Anordnung der Sitzplätze und Tische	17.5.2.2 Gestaltung und Input des Posters
17.1.8 Hygieneanlagen	17.5.3 Manuale
17.2 Workshopleitung	17.5.3.1 Benutzung des Manuals
17.2.1 Aussagen zur Arbeit der	

17.5.3.2 Gestaltung und Input des Manuals	ModeratorInnen
17.5.4 Flipchart	18.2.2 MultiplikatorIn
17.5.5 Tafel	18.2.3 ModeratorIn
17.5.6 Moderationswand	18.2.4 Wissenschaftliches Team
17.5.7 Beamer/Laptop	18.2.5 Studierenden Rolle
17.5.8 Giveaways	18.3 Teilnehmende
17.6 Verpflegung	18.3.1 Anzahl allgemein
17.6.1 Getränke	18.3.2 Anzahl Frauen
17.6.2 Snacks	18.3.3 Anzahl Männer
17.6.3 Angebot und Annahme	18.3.4 Anzahl unter 18-Jährige
17.7 Kinderbetreuung	18.3.5 Anzahl vor der Pause
17.7.1 Angebot	18.3.6 Anzahl nach der Pause
17.7.2 betreuende Person	18.3.7 Durchschnittsalter
17.7.3 Beschäftigungsmaterial	18.4 Workshop
17.7.4 Raum	18.4.1 Einhaltung der Phasen des Manuals
17.7.5 Alter und Geschlecht der teilnehmenden Kinder	18.4.2 aktive Teilhabe der TeilnehmerInnen
17.7.6 Notwendigkeit	18.4.3 Interaktivität des WS
17.8 Aussagen der Studierenden über den Prozessverlauf	18.4.4 Verhalten zwischen Leitungsteam und TeilnehmerInnen
18 Modul Gesundheitsversorgung	18.4.5 Verhalten zwischen den TeilnehmerInnen
18.1 allgemeine Informationen	18.4.6 Verhalten der StudentInnen während des WS
18.1.1 Zeitplanung	18.4.7 WS-Ablauf
18.1.1.1 Pausenzeiten	18.4.8 WS-Atmosphäre
18.1.1.2 organisatorischer Zeitrahmen	18.4.9 Geschlechterverhältnisse
18.1.1.3 Beginn und Ende des WS	18.5 Materialien
18.1.2 Datum	18.5.1 Flyer
18.1.3 Ort/Platz/Raum	18.5.1.1 Benutzung des Flyers
18.1.4 WS-Zielgruppe	18.5.1.2 Gestaltung und Input des Flyers
18.1.5 WS-Sprache	18.5.2 Poster
18.1.6 Raumeigenschaften	18.5.2.1 Benutzung des Posters
18.1.7 Anordnung der Sitzplätze und Tische	18.5.2.2 Gestaltung und Input des Posters
18.1.8 Hygieneanlagen	18.5.3 Manuale
18.2 Workshopleitung	18.5.3.1 Benutzung des Manuals
18.2.1 Aussagen zur Arbeit der	

18.5.3.2 Gestaltung und Input des Manuals	ModeratorInnen
18.5.4 Flipchart	19.2.2 MultiplikatorIn
18.5.5 Tafel	19.2.3 ModeratorIn
18.5.6 Moderationswand	19.2.4 wissenschaftliches Team
18.5.7 Beamer/Laptop	19.2.5 Studierenden Rolle
18.5.8 Giveaways	19.3 Teilnehmende
18.6 Verpflegung	19.3.1 Anzahl allgemein
18.6.1 Getränke	19.3.2 Anzahl Frauen
18.6.2 Snacks	19.3.3 Anzahl Männer
18.6.3 Angebot und Annahme	19.3.4 Anzahl unter 18-Jährige
18.7 Kinderbetreuung	19.3.5 Anzahl vor der Pause
18.7.1 Angebot	19.3.6 Anzahl nach der Pause
18.7.2 betreuende Person	19.3.7 Durchschnittsalter
18.7.3 Beschäftigungsmaterial	19.4 Workshop
18.7.4 Raum	19.4.1 Einhaltung der Phasen des Manuals
18.7.5 Alter und Geschlecht der teilnehmenden Kinder	19.4.2 Interaktivität des WS
18.7.6 Notwendigkeit	19.4.3 aktive Teilhabe der TeilnehmerInnen
18.8 Aussagen der Studierenden über den Prozessverlauf	19.4.4 Verhalten zwischen Leitungsteam und TeilnehmerInnen
19 Modul psychische Gesundheit	19.4.5 Verhalten zwischen den TeilnehmerInnen
19.1 allgemeine Informationen	19.4.6 Verhalten der StudentInnen während des WS
19.1.1 Zeitplanung	19.4.7 WS-Ablauf
19.1.1.1 organisatorischer Zeitrahmen	19.4.8 WS-Atmosphäre
19.1.1.2 Pausenzeiten	19.4.9 Geschlechterverhältnisse
19.1.1.3 Beginn und Ende des WS	19.5 Materialien
19.1.2 Datum	19.5.1 Flyer
19.1.3 Ort/Platz/Raum	19.5.1.1 Benutzung des Flyers
19.1.4 WS-Zielgruppe	19.5.1.2 Gestaltung und Input des Flyers
19.1.5 WS-Sprache	19.5.2 Poster
19.1.6 Raumeigenschaften	19.5.2.1 Benutzung des Posters
19.1.7 Anordnung der Sitzplätze und Tische	19.5.2.2 Gestaltung und Input des Posters
19.1.8 Hygieneanlagen	19.5.3 Manuale
19.2 Workshopleitung	19.5.3.1 Benutzung des Manuals
19.2.1 Aussagen zur Arbeit der	

19.5.3.2 Gestaltung und Input des Manuals	ModeratorInnen
19.5.4 Flipchart	20.2.2 MultiplikatorIn
19.5.5 Tafel	20.2.3 ModeratorIn
19.5.6 Moderationswand	20.2.4 wissenschaftliches Team
19.5.7 Beamer/Laptop	20.2.5 Studierenden Rolle
19.5.8 Giveaways	20.3 Teilnehmende
19.6 Verpflegung	20.3.1 Anzahl allgemein
19.6.1 Getränke	20.3.2 Anzahl Frauen
19.6.2 Snacks	20.3.3 Anzahl Männer
19.6.3 Angebot und Annahme	20.3.4 Anzahl unter 18-Jährige
19.7 Kinderbetreuung	20.3.5 Anzahl vor der Pause
19.7.1 Angebot	20.3.6 Anzahl nach der Pause
19.7.2 betreuende Person	20.3.7 Durchschnittsalter
19.7.3 Beschäftigungsmaterial	20.4 Workshop
19.7.4 Raum	20.4.1 Einhaltung der Phasen des Manuals
19.7.5 Alter und Geschlecht der teilnehmenden Kinder	20.4.2 aktive Teilhabe der TeilnehmerInnen
19.7.6 Notwendigkeit	20.4.3 Interaktivität des WS
19.8 Aussagen der Studierenden über den Prozessverlauf	20.4.4 Verhalten zwischen Leitungsteam und TeilnehmerInnen
20 Modul Bewegung	20.4.5 Verhalten zwischen den TeilnehmerInnen
20.1 allgemeine Informationen	20.4.6 Verhalten der StudentInnen während des WS
20.1.1 Zeitplanung	20.4.7 WS-Ablauf
20.1.1.1 Pausenzeiten	20.4.8 WS-Atmosphäre
20.1.1.2 organisatorischer Zeitrahmen	20.4.9 Geschlechterverhältnisse
20.1.1.3 Beginn und Ende des WS	20.5 Materialien
20.1.2 Datum	20.5.1 Flyer
20.1.3 Ort/Platz/Raum	20.5.1.1 Benutzung des Flyers
20.1.4 WS-Zielgruppe	20.5.1.2 Gestaltung und Input des Flyers
20.1.5 WS-Sprache	20.5.2 Poster
20.1.6 Raumeigenschaften	20.5.2.1 Benutzung des Posters
20.1.7 Anordnung der Sitzplätze und Tische	20.5.2.2 Gestaltung und Input des Posters
20.1.8 Hygieneanlagen	20.5.3 Manuale
20.2 Workshopleitung	20.5.3.1 Benutzung des Manuals
20.2.1 Aussagen zur Arbeit der	

20.5.3.2 Gestaltung und Input des Manuals	ModeratorInnen
20.5.4 Flipchart	21.2.2 MultiplikatorIn
20.5.5 Tafel	21.2.3 ModeratorIn
20.5.6 Moderationswand	21.2.4 wissenschaftliches Team
20.5.7 Beamer/Laptop	21.2.5 Studierenden Rolle
20.5.8 Giveaways	21.3 Teilnehmende
20.6 Verpflegung	21.3.1 Anzahl allgemein
20.6.1 Getränke	21.3.2 Anzahl Frauen
20.6.2 Snacks	21.3.3 Anzahl Männer
20.6.3 Angebot und Annahme	21.3.4 Anzahl unter 18-Jährige
20.7 Kinderbetreuung	21.3.5 Anzahl vor der Pause
20.7.1 Angebot	21.3.6 Anzahl nach der Pause
20.7.2 betreuende Person	21.3.7 Durchschnittsalter
20.7.3 Beschäftigungsmaterial	21.4 Workshop
20.7.4 Raum	21.4.1 Einhaltung der Phasen des Manuals
20.7.5 Alter und Geschlecht der teilnehmenden Kinder	21.4.2 aktive Teilhabe der TeilnehmerInnen
20.7.6 Notwendigkeit	21.4.3 Interaktivität des WS
20.8 Aussagen der Studierenden über den Prozessverlauf	21.4.4 Verhalten zwischen Leitungsteam und TeilnehmerInnen
21 Modul Mundgesundheits	21.4.5 Verhalten zwischen den TeilnehmerInnen
21.1 allgemeine Informationen	21.4.6 Verhalten der StudentInnen während des WS
21.1.1 Zeitplanung	21.4.7 WS-Ablauf
21.1.1.1 Pausenzeiten	21.4.8 WS-Atmosphäre
21.1.1.2 organisatorischer Zeitrahmen	21.4.9 Geschlechterverhältnisse
21.1.1.3 Beginn und Ende des WS	21.5 Materialien
21.1.2 Datum	21.5.1 Flyer
21.1.3 Ort/Platz/Raum	21.5.1.1 Benutzung des Flyers
21.1.4 WS-Zielgruppe	21.5.1.2 Gestaltung und Input des Flyers
21.1.5 WS-Sprache	21.5.2 Poster
21.1.6 Raumeigenschaften	21.5.2.1 Benutzung des Posters
21.1.7 Anordnung der Sitzplätze und Tische	21.5.2.2 Gestaltung und Input des Posters
21.1.8 Hygieneanlagen	21.5.3 Manuale
21.2 Workshopleitung	21.5.3.1 Benutzung des Manuals
21.2.1 Aussagen zur Arbeit der	

21.5.3.2 Gestaltung und Input des Manuals	21.7 Kinderbetreuung
21.5.4 Flipchart	21.7.1 Angebot
21.5.5 Tafel	21.7.2 betreuende Person
21.5.6 Moderationswand	21.7.3 Beschäftigungsmaterial
21.5.7 Beamer/Laptop	21.7.4 Raum
21.5.8 Giveaways	21.7.5 Alter und Geschlecht der teilnehmenden Kinder
21.6 Verpflegung	21.7.6 Notwendigkeit
21.6.1 Getränke	21.8 Aussagen der Studierenden über den Prozessverlauf
21.6.2 Snacks	
21.6.3 Angebot und Annahme	