

***gesund.sein* – Ein Gruppenprogramm zur Förderung der  
seelischen Gesundheit wohnungsloser Männer**

–

**Implementierung, formative Evaluation und konzeptionelle  
Weiterentwicklung eines innovativen Gruppenprogramms der  
Wohnungslosenhilfe**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades an der Philosophisch-  
Pädagogischen Fakultät

der

Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt

vorgelegt von

**Daniel Niebauer**

München

2017

Referent: Prof. Dr. phil. Carl Heese

Korreferent: Prof. Dr. phil. Wolfgang Klug

Tag der Disputation: 08.11.2017

## **Danksagung**

Ich möchte allen Personen, die mich auf vielfältige Weise bei dem Erstellen der vorliegenden Arbeit begleitet und unterstützt haben, sehr herzlich danken.

Zunächst gilt mein großer Dank Prof. Dr. Carl Heese für die Übernahme des Erstgutachtens. Vielen Dank für Ihr Vertrauen in meine Arbeit, Ihre fachlichen Anregungen sowie Ihre stets beruhigenden und bestärkenden Rückmeldungen.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Wolfgang Klug. Seit dem Beginn meines Studiums hat mich Ihr Blick auf methodische Potenziale in der Sozialen Arbeit entscheidend geprägt, wodurch sich mir auch das Thema dieser Arbeit eröffnete. Für Ihre stetige Unterstützung danke ich Ihnen von Herzen.

Vielen Dank an alle Einrichtungen, die an dem Promotionsprojekt beteiligt waren. Insbesondere sind hierbei die jeweiligen Gruppenleitungen hervorzuheben, die sich mit großem Einsatz sowohl bei der Programmdurchführung als auch bei der Evaluation engagierten.

Folgenden Personen aus Wissenschaft und Praxis möchte ich für die Unterstützung und den stets ermutigenden Austausch während der letzten Jahre sehr danken: Prof. Dr. Josef Bäuml, Prof. Dr. Bernd Birgmeier, Helmut Geier, Prof. Dr. Susanne Gerull, Christian Jäger, Maren Jensen, Gert Jürgensohn, Sabine Königbauer, Prof. Dr. Robert Lehmann, Brigitte Moninger-Zech, Dr. Kristin Rabovsky, Dr. Gerd Reifferscheid, Michael Rinnagel, Andrea Schulze und Tassilo Winhart. Der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) – insbesondere Dr. Thomas Specht, Werena Rosenke und Dr. Rolf Jordan – danke ich für die Förderung dieser Arbeit.

In besonderer Weise möchte ich mich bei allen Teilnehmern des Gruppenprogramms bedanken. Vielen Dank für Ihr Vertrauen in „*gesund.sein*“ und Ihre große Bereitschaft an der Evaluationsstudie mitzuwirken. Ich danke Ihnen sehr für Ihre ehrlichen Rückmeldungen und wünsche Ihnen für die Zukunft alles Gute.

Ohne meine Familie wäre das Erstellen der vorliegenden Arbeit in dieser Weise nicht möglich gewesen. Vielen Dank an meine Eltern – Petra und Hans-Joachim – und an meine Brüder – David und Dominik – für Eure uneingeschränkte Unterstützung.

Abschließend gilt mein größter Dank meiner Partnerin Katharina Furjanić. Vielen Dank für Deine Geduld, Dein Verständnis und Deine Ermutigungen. Unsere zahlreichen Gespräche haben mir immer wieder verdeutlicht, warum „*gesund.sein*“ entstanden ist. Vielen Dank für Deine Unterstützung.

München, Juli 2017

Daniel Niebauer

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Abstract</b> .....	<b>7</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>9</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>10</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>10</b>
<b>Anhangsverzeichnis</b> .....	<b>11</b>
<b>Einleitung: Verortung des Themas im sozialarbeiterischen Bezugsrahmen</b> .....	<b>12</b>
<b>I. Theoretischer Teil</b> .....	<b>16</b>
<b>1. Die Zielgruppe – Wohnungslose Männer</b> .....	<b>16</b>
1.1 Phänomenologie .....	17
1.2 Epidemiologie und Ätiologie.....	21
1.3 Männliche Wohnungslose aus einer genderreflektierenden Sicht .....	27
1.4 Lebenslagen wohnungsloser Männer .....	29
1.4.1 Wohnungslosigkeit und Multiproblemlagen.....	30
1.4.2 Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankungen/seelische Belastungen .....	33
<b>2. Die Wohnungshilfe</b> .....	<b>38</b>
2.1 Rechtlicher Rahmen.....	38
2.2 Konzeptionelle und methodische Ausrichtung des Hilfesystems .....	39
2.3 Methodische Herausforderungen für die Soziale Arbeit im Kontext seelischer Gesundheit .	43
<b>3. Ein Blick in die Nachbardisziplinen: Psychiatrisch-psychotherapeutische Psychoedukation</b> .....	<b>46</b>
3.1 Theoretischer Rahmen .....	48
3.2 Ziele .....	49
3.3 Konzeptionelle und methodische Umsetzung.....	50
3.4 Empirische Befunde.....	53
<b>4. Mangelnde Übertragbarkeit bestehender Psychoedukationsprogramme</b> .....	<b>54</b>
<b>5. Ein innovativer Ansatz: Das Gruppenprogramm <i>gesund.sein</i></b> .....	<b>58</b>
5.1 Die bisherige Entwicklung .....	58
5.2 Die Konzeption.....	59
5.2.1 Die Zielgruppe .....	59
5.2.2 Theoretischer Bezugsrahmen.....	60
5.2.3 Setting und Rahmenbedingungen .....	63
5.2.4 Ziele .....	65
5.2.5 Das Manual.....	66
5.2.6 Die Einheiten des Gruppenprogramms .....	69

<b>II. Empirischer Teil.....</b>	<b>74</b>
<b>6. Implementierung als konzeptionelle Herausforderung.....</b>	<b>74</b>
6.1 Implementierungsstrategien von Innovationen.....	75
6.2 Implementierung von <i>gesund.sein</i> .....	78
<b>7. Formative Evaluation .....</b>	<b>80</b>
7.1 Fragestellungen.....	81
7.2 Stichprobe.....	82
7.2.1 Die teilnehmenden Träger und Einrichtungen.....	82
7.2.2 Die Gruppenleitungen.....	86
7.2.3 Die Teilnehmer des Gruppenprogramms.....	87
7.3 Studiendesign.....	90
7.4 Methodisches Vorgehen.....	92
7.4.1 Erhebungsinstrumente.....	92
7.4.1.1 Quantitative Erhebungen.....	93
7.4.1.1.1 Standardisierte Fragebögen der Teilnehmer.....	93
7.4.1.1.2 Standardisierte Fragebögen der Gruppenleitungen.....	94
7.4.1.2 Qualitative Erhebungen.....	96
7.4.1.2.1 Leitfadengestützte Interviews der Teilnehmer.....	96
7.4.1.2.2 Fokusgruppen der Gruppenleitungen.....	97
7.4.1.3 Analyse forschungsgenerierter Dokumentationen.....	98
7.4.1.3.1 Feedbackbögen der Teilnehmer.....	98
7.4.1.3.2 Dokumentations- und Reflexionsbögen der Gruppenleitungen.....	99
7.4.2 Pretests.....	100
7.4.3 Untersuchungszeitraum und Ablauf der Datenerhebung.....	101
7.4.4 Methoden der Datenauswertung.....	104
7.4.4.1 Statistische Auswertung (SPSS).....	104
7.4.4.2 Transkription und inhaltsanalytische Auswertung.....	105
<b>8. Ergebnisse der Evaluationsstudie.....</b>	<b>109</b>
8.1 Ergebnisse der quantitativen Untersuchung.....	110
8.1.1 Ergebnisse der Prä-Post-Befragung der Teilnehmer.....	110
8.1.2 Ergebnisse der Prä-Post-Befragung der Gruppenleitungen.....	116
8.2 Ergebnisse der qualitativen Untersuchung.....	128
8.2.1 Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews mit den Teilnehmern.....	128
8.2.2 Ergebnisse der Fokusgruppen mit den Gruppenleitungen.....	168
8.3 Ergebnisse der forschungsgenerierten Dokumentationen.....	183
8.3.1 Ergebnisse der Feedbackbögen der Teilnehmer.....	183
8.3.2 Ergebnisse der Dokumentations- und Reflexionsbögen der Gruppenleitungen.....	184

<b>III. Diskussion und Folgerungen.....</b>	<b>184</b>
<b>9. Diskussion der Ergebnisse.....</b>	<b>186</b>
9.1 Zielgruppenbezogene Erkenntnisse.....	187
9.1.1 Beschreibung der Teilnehmer.....	187
9.1.2 Motivationale Aspekte.....	189
9.1.3 Indikation und Typenbildung.....	192
9.1.4 Partizipation am Gruppenprogramm und Forschungsprozess.....	195
9.2 Programmbezogene Erkenntnisse.....	198
9.2.1 Bewertungen des Programms.....	198
9.2.1.1 Struktureller und organisatorischer Rahmen.....	199
9.2.1.2 Konzeptioneller Rahmen.....	201
9.2.1.3 Inhalte und Einheiten.....	202
9.2.1.4 Didaktik.....	205
9.2.1.5 Manual.....	208
9.2.1.6 Gruppe.....	211
9.2.2 Potenzielle Wirkfaktoren.....	212
9.2.3 Potenzielle Wirkungen und nicht-intendierte Effekte.....	217
9.3 Organisationsbezogene Erkenntnisse.....	221
9.3.1 Implementierung und Workshops.....	221
9.3.2 Professionsverständnis und professionelle Haltung.....	223
9.3.3 Übergeordnete Herausforderungen und Potenziale für Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.....	225
9.4 Kritische Würdigung und Grenzen der Untersuchung.....	229
<b>10. Folgerungen.....</b>	<b>232</b>
10.1 Konzeptionelle Weiterentwicklung des Gruppenprogramms.....	232
10.2 Zukünftige Forschungsfragen.....	233
10.3 Anschlussfähigkeit an sozialarbeitswissenschaftliche und professionstheoretische Diskurse, Paradigmen und Dilemmata.....	235
<b>IV. Zusammenfassung und Ausblick.....</b>	<b>242</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>248</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>269</b>

## **Abstract**

**Hintergrund:** Wohnungslose Menschen sind von seelischen Belastungen und hohen Prävalenzen psychischer Erkrankungen betroffen. Dennoch zeigt sich ein Mangel an sowohl empirisch fundierten als auch zielgruppenorientierten psychosozialen Hilfeangeboten. Vor diesem Hintergrund wurde das niedrigschwellige und manualisierte Gruppenprogramm *gesund.sein* zur Förderung der seelischen Gesundheit wohnungsloser Männer entwickelt, das als sozialarbeiterisches Hilfeangebot speziell im Feld der Wohnungslosenhilfe anzusiedeln ist. Im Rahmen einer formativen Evaluationsstudie wurde das Programm in 8 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe implementiert und anhand eines triangulativen Forschungsdesigns untersucht. Übergeordnetes Ziel der Studie war die Weiterentwicklung des Gruppenprogramms hinsichtlich einer möglichst zielgruppenorientierten Ausrichtung.

**Methode:** In der quantitativen Erhebung wurden Daten der Teilnehmer (n=51) und Gruppenleitungen (n=15) vor und nach der Programmdurchführung anhand standardisierter Fragebögen erfasst. Die qualitative Erhebung bestand aus leitfadengestützten Teilnehmerinterviews (n=8) sowie aus Fokusgruppen (n=4) mit Gruppenleitungen. Während des gesamten Programmverlaufs wurden anhand von Feedbackbögen, Dokumentations- und Reflexionsbögen Daten erhoben.

**Ergebnisse:** In Bezug auf die Zielgruppe zeigte sich eine hohe Akzeptanz und Reichweite des Programms. Eine differenzierte Beschreibung der Teilnehmer konnte herausgearbeitet werden. Das Programm erwies sich in seiner manualisierten Form als sehr praktikabel. Auf der Prozess-, Struktur- und Konzeptebene ließen sich Optimierungspotenziale für die Weiterentwicklung des Programms identifizieren. Potenzielle Wirkungen und Wirkfaktoren des Programms konnten ermittelt werden, wie auch organisationsbezogene Erkenntnisse.

**Schlussfolgerung:** Die Evaluationsstudie zeigte, dass das Gruppenprogramm *gesund.sein* als sozialarbeiterische Methode in der Wohnungslosenhilfe erfolgreich implementiert und durchgeführt werden kann. Die hohe Zielgruppenorientierung des Programms scheint hierfür maßgeblich verantwortlich zu sein. Es ist anzustreben, diese wissenschaftlich fundierte Intervention möglichst flächendeckend in die Angebotsstruktur der Wohnungslosenhilfe aufzunehmen. In zukünftigen Studien gilt es insbesondere die Wirkungen des Gruppenprogramms zu untersuchen.

**Schlüsselwörter:** Wohnungslosigkeit, seelische Gesundheit, Soziale Arbeit, Gruppenprogramm, Evaluation

## **Abstract**

**Theoretical background:** Homeless individuals are often affected by emotional distress and high prevalence rates of psychiatric disorders. However, psychosocial interventions showing an empirical basis as well as an orientation with regard to specific needs of these individuals are scarce. Therefore, the low-threshold and manualized group program “*gesund.sein*” was designed to improve the mental health of homeless men. The program is based on theoretical principles of social work and focuses specifically on the needs of homeless people. Within the present formative evaluation – which was based on a methodological triangulation – the program has been implemented in 8 homeless shelters. The principal aim of the present study was to improve the program in order to establish the highest possible alignment towards the target group.

**Method:** Data collection consisted of both a quantitative and qualitative part. Within the quantitative analysis, participants (n=51) and staff (n=15) were administered a standardised questionnaire pre and post treatment. The qualitative analyses contained structured interviews with 8 participants and 4 group sessions with staff. During the entire treatment phase, data concerning direct feedback, professional records and reflections about the individual sessions were gathered.

**Results:** Overall participants showed high rates of acceptance with regard to the program. A more detailed description of the target group characteristics could be developed. With regard to the manual, data showed, that it was considered highly useful by staff. On a more structural and conceptual level, potential for further improvement of the treatment program could be identified. Initial factors related to the effectiveness of the program could be figured out as well as organisational related findings.

**Conclusion:** Results of the evaluation indicate that within the context of social work, the group program “*gesund.sein*” can be successfully implemented and applied in homeless organisations. Thereby, emphasis on a highly target group orientated approach seems to be of significant importance. Future work has yet to be done in implementing this empirically based treatment intervention as profoundly as possible within the context of social work concerned with the homeless. Future research should further examine the effectiveness of the program.

**Key words:** homelessness, mental health, social work with groups, evaluation

**Abkürzungsverzeichnis**

BAG W	–	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.
BSHG	–	Bundessozialhilfegesetz
DGPE	–	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.
DGPPN	–	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (ehemals Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde)
DSM-IV	–	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version IV
EBP	–	Evidence-based Practice
EH	–	Einheit
EOH	–	European Observatory on Homelessness
ETHOS	–	European Typology of Homelessness and Housing Exclusion
e. V.	–	Eingetragener Verein
FEANTSA	–	European Federation of National Organisations Working with the Homeless
GL	–	Gruppenleitung(en)
ICD-10	–	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision
OBG	–	Ordnungsbehördengesetz
OK	–	Oberkategorie
SEEWOLF	–	Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München
SGB	–	Sozialgesetzbuch
TN	–	Teilnehmer
TZI	–	Themenzentrierte Interaktion
UK	–	Unterkategorie
VAS	–	Visual Analogue Scale
ZfW	–	Zentrale Fachstellen für Wohnungsnotfälle und Prävention

### **Abbildungsverzeichnis**

<i>Abbildung 1: Evaluationsdesign</i> .....	91
<i>Abbildung 2: Ablauf qualitative Untersuchung Teilnehmer</i> .....	107
<i>Abbildung 3: Ablauf qualitative Untersuchung Gruppenleitungen</i> .....	109
<i>Abbildung 4: Modell der kooperativen Wissensbildung (nach Sommerfeld, 1998, S. 25)</i> ....	238

### **Tabellenverzeichnis**

<i>Tabelle 1: Stichprobe Gruppenleitungen quantitative Untersuchung</i> .....	87
<i>Tabelle 2: Stichprobe Gruppenleitungen qualitative Untersuchung</i> .....	87
<i>Tabelle 3: Einrichtungsbezogene Teilnehmerzahlen und Drop-outs</i> .....	88
<i>Tabelle 4: Stichprobe Teilnehmer quantitative Untersuchung</i> .....	89
<i>Tabelle 5: Stichprobe Teilnehmer qualitative Untersuchung</i> .....	89
<i>Tabelle 6: Zeiträume Programmdurchführungen</i> .....	101
<i>Tabelle 7: Untersuchungszeitpunkte leitfadengestützte Interviews mit Teilnehmern</i> .....	102
<i>Tabelle 8: Untersuchungszeitpunkte Fokusgruppen mit Gruppenleitungen</i> .....	103
<i>Tabelle 9: Einschätzung Motivation der Bewohner zur Auseinandersetzung mit seelischer Gesundheit</i> .....	123
<i>Tabelle 10: Programmreichweite</i> .....	172
<i>Tabelle 11: Motivationsfaktoren der Teilnehmer zur Programmteilnahme</i> .....	191
<i>Tabelle 12: Potenzielle Wirkfaktoren des Gruppenprogramms</i> .....	216

## **Anhangsverzeichnis**

### **(siehe Anlage 1)**

#### **Anhang A:** Erhebungsinstrumente

- A1: Fragebögen Teilnehmer (Vor- und Nachbefragung)
- A2: Fragebögen Gruppenleitungen (Vor- und Nachbefragung)
- A3: Interview-Leitfaden Teilnehmer
- A4: Handout und Leitfaden Fokusgruppe Gruppenleitungen
- A5: Feedbackbögen Teilnehmer (EH 1–5, EH 6, Abschluss)
- A6: Dokumentations- und Reflexionsbogen Gruppenleitungen

### **(siehe Anlage 2)**

#### **Anhang B:** Datenauswertung

- B1: SPSS-Output quantitative Befragung Teilnehmer
- B2: SPSS-Output quantitative Befragung Gruppenleitungen
- B3: Auswertung leitfadengestützte Interviews Teilnehmer
  - B3.1: Transkriptionen (Interview I–VIII)
  - B3.2: Kategoriensystem Inhaltsanalyse
  - B3.3: Zusammenfassungen und Strukturierungen (Interview I–VIII)
- B4: Auswertung Fokusgruppen Gruppenleitungen
  - B4.1: Zusammenfassungen (Fokusgruppe I–IV)
  - B4.2: Übergreifende Strukturierung

#### **Anhang C :** Manual *gesund.sein* (Überarbeitete Ausgabe: „Version 2017“)

(Bei Interesse, bitte Kontakt mit dem Autor dieser Arbeit aufnehmen)

## **Einleitung: Verortung des Themas im sozialarbeiterischen Bezugsrahmen**

### **Zwei interviewte Programmteilnehmer über das Gruppenprogramm *gesund.sein*:**

*B4: [...] Und ich muss auch ehrlich sagen, ich habe mir da nie Gedanken darüber gemacht. Ich habe mir da keinerlei Gedanken darüber gemacht, warum trinke ich jetzt wieder mehr. Aber ich weiß es jetzt anhand von dem Kurs da, von dem, dass, wenn ich mehr trinke, dann stimmt irgendwas nicht. Und das muss seelisch sein. [...] Das muss dann schon seelisch sein, und das hab ich da erst mitbekommen, dass das so ist. Anhand von diesem Kurs.*  
(B4, 137–141; 145–146)

*B3: [...] da geht es darum, wie erkennst oder ob, kannst du erkennen, dass du anfängst dich schlechter zu fühlen, worauf könntest du dann zurückgreifen, oder was gibt es für Möglichkeiten, dass du deinen gesamten Zustand, oder körperlichen und geistigen Zustand, ein wenig verbessern kannst. Und, wie du auf dich selber auch bisschen mehr achten lernst, auf dich selber bisschen mehr zu achten, auf deine eigenen Signale. Und dann eventuell anstatt zum Bier, dann doch lieber zur Bratwurst greifst [...].*  
(B3, 345–352)

Wohnungslosigkeit kann als extremste Form von Armut verstanden werden. Sie stellt ein komplexes Phänomen dar, das aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten ist. Je nach Blickwinkel rücken gesellschaftliche, individuelle oder wechselseitige Bedingungen in den Fokus von Erklärungsansätzen. Eingebunden in rechtliche und sozialstaatliche Strukturen, konkretisiert sich Wohnungslosigkeit jedoch immer in vielschichtigen, individuellen Biografien, wie es auch die persönlichen Einblicke in die Lebenssituationen der wohnungslosen Menschen, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit interviewt wurden, nur ansatzweise erahnen lassen.

Sowohl gesellschaftspolitisch als auch in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung wird Wohnungslosigkeit in Deutschland als ein Randthema behandelt. Wohnungslosigkeit taucht im Kontext der Universitäten und Hochschulen für angewandte Wissenschaften nur selten auf, umfangreiche Forschungen und Publikationen stellen eher Ausnahmen dar. Zudem erschweren uneinheitliche Begrifflichkeiten und eine unzureichende Datenlage den Fachdiskurs. Eine wissenschaftliche Abhandlung im Kontext von Wohnungslosigkeit wird stets mit dem Dilemma konfrontiert, sich zwar der Komplexität des Phänomens bewusst zu sein, diese jedoch gleichzeitig reduzieren zu müssen, um sich ausgewählten Aspekten dieser Thematik annähern zu können. Der vorliegenden Arbeit liegt eine sozialarbeitswissenschaftliche Perspektive zugrunde, die das konkrete methodische Handeln Sozialer Arbeit mit wohnungslosen Menschen in den Mittelpunkt rückt.

Wohnungslose Menschen sind häufig von Multiproblemlagen betroffen, die in materieller, sozialer, soziokultureller und gesundheitlicher Hinsicht deutlich werden. Wohnungslose leben zum Teil auf der Straße, vorübergehend bei Bekannten und Freund\_innen<sup>1</sup> oder in Notunterkünften. Ein großer Teil dieser Personen befindet sich jedoch in Einrichtungen und Angeboten der Wohnungslosenhilfe, in der Soziale Arbeit maßgeblich und häufig als einzig konstante fachlich-professionelle Hilfe agiert. Es ist demnach zu erkennen, dass die Wohnungslosenhilfe ein originäres Handlungsfeld Sozialer Arbeit ist, wobei sich die Frage stellt, wie Soziale Arbeit den Problemlagen, Bedarfen und Bedürfnissen wohnungsloser Menschen methodisch begegnet. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist die seelische Gesundheit wohnungsloser Menschen von zentraler Bedeutung. Das seelische Wohlbefinden dieses Personenkreises ist meist, aufgrund der schwierigen Lebensumstände und belastenden biografischen Ereignisse, besonders gefährdet. Studien legen dar, dass Wohnungslose in erheblichem Maße von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Wie kann Soziale Arbeit im Kontext der Wohnungslosenhilfe diesen enormen Bedarfen methodisch entgegenreten?

Eine Vielzahl etablierter Angebote und Programme des psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfesystems erweist sich für wohnungslose Menschen nicht oder nur unzureichend zugänglich (vgl. Niebauer, 2015). Dies wird beispielweise bei psychoedukativen Gruppenprogrammen deutlich, die sich im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting erfolgreich etabliert haben, für die Wohnungslosenhilfe aber nicht analog zu übertragen sind. Im Kontext der Wohnungslosenhilfe fehlen äquivalente Programme, die Soziale Arbeit für die Zielgruppe wohnungsloser Menschen bereitstellt. Aus diesem Grund wurde von dem Autor der vorliegenden Arbeit *gesund.sein* – ein Gruppenprogramm zur Förderung der seelischen Gesundheit wohnungsloser Männer – entwickelt (vgl. Niebauer, 2010, 2012). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde das Programm in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe deutschlandweit implementiert, formativ evaluiert und konzeptionell weiterentwickelt.

---

<sup>1</sup> Im Rahmen dieser Arbeit wird grundsätzlich das sogenannte Gender-Gap ( \_ ) verwendet, sodass auf sprachlicher Ebene jene sozialen Geschlechter und Geschlechtsidentitäten mitrepräsentiert werden, die nicht dem vorherrschenden binären Geschlechterweltbild entsprechen (in Anlehnung an: Butler, 1991). Gleichwohl können im Verlauf dieser Arbeit Abweichungen dieses Grundsatzes auftreten, insbesondere wenn die Teilnehmer des Programms (aufgrund der Zielgruppe „wohnungslose Männer“) in männlicher Form sprachlich repräsentiert werden. Ebenso werden Formulierungen aus Erhebungsinstrumenten, Evaluationsergebnissen etc. zum Teil sprachlich unverändert übernommen (z. B. der Bewohner, der Zimmernachbar, der Teilnehmer, die Psychiaterin/der Psychiater).

Die vorliegende Evaluationsstudie ist als anwendungsbezogene bzw. praxisorientierte Forschung zu verstehen, in der prinzipiell „das vorhandene Grundlagenwissen für die Praxis in ihren verschiedenartigen Ausgestaltungen fruchtbar gemacht“ (Engelke, Spatscheck, & Bormann, 2016, S. 288) werden soll. Die untrennbare Beziehung zwischen Wissenschaft und Praxis wird offenkundig, wenn Klient\_innen Sozialer Arbeit mit Recht erwarten dürfen, dass Disziplin und Profession das gemeinsame Ziel verfolgen, eine Verbesserung ihrer Lebenssituation zu schaffen (vgl. Hüttemann & Sommerfeld, 2007). An dieser Stelle wird die Anschlussfähigkeit an das Konzept der evidenzbasierten Praxis (*evidence-based practice*) deutlich, das auf eine verantwortungsvolle Gestaltung der Praxis Sozialer Arbeit abzielt, indem die gegenwärtig besten Evidenzen, die sozialarbeiterische Expertise und die Wertevorstellungen und Bedürfnisse der Klient\_innen integriert werden (vgl. Mullen, Bellamy, & Bledsoe, 2007). Dabei sollen – wie auch im Sinne der kooperativen Wissensbildung (vgl. u. a. Hüttemann & Sommerfeld, 2007) – Austauschprozesse zwischen Wissenschaft und Praxis gefördert werden, ohne dabei die Autonomie und Arbeitsteilung von Disziplin und Profession infrage zu stellen. Vielmehr gilt es, Notwendigkeit und Chance einer gezielten Wechselwirkung von empirischer Forschung und professioneller Interventionspraxis zu erkennen. Für eine ernsthafte Ausrichtung auf die Adressat\_innen Sozialer Arbeit zeigt sich als eine wesentliche Aufgabe von Wissenschaft und Forschung, Fragestellungen der Praxis aufzunehmen und einen Beitrag zur Entwicklung wirksamer und zielgruppenorientierter Interventionen zu leisten (vgl. auch Niebauer & Klug, 2014). Die vorliegende Dissertationsschrift möchte diesem Wissenschafts- und Forschungsverständnis Rechnung tragen, indem eine evidenzbasierte Intervention Sozialer Arbeit – das Gruppenprogramm *gesund.sein* – für das Feld der Wohnungslosenhilfe bereitgestellt werden soll.

Die Zielgruppenorientierung von *gesund.sein* war während des gesamten Promotionsvorhabens von zentraler Bedeutung. Der Autor durfte im Rahmen der empirischen Untersuchung des Programms, wie auch in den eigenen praktischen Tätigkeiten, vielen wohnungslosen Menschen persönlich begegnen. Diese Kontakte waren in beeindruckender Art und Weise von Offenheit und Ehrlichkeit geprägt. Die große Mitwirkungsbereitschaft der Programmteilnehmer an der Evaluationsstudie – sowohl an den quantitativen Befragungen als auch den qualitativen Interviews – bestätigte nochmals diese Wahrnehmung. Eine umfassende Bewertung des Programms war nur mit diesen Rückmeldungen der Zielgruppe möglich. All jenen Personen gebührt die größte Wertschätzung und Dankbarkeit.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich inhaltlich in vier Teile: (I) Theoretischer Teil, (II) Empirischer Teil, (III) Diskussion und Folgerungen, (IV) Zusammenfassung und Ausblick. Der *(I) Theoretische Teil* widmet sich zunächst der Beschreibung und Eingrenzung der Zielgruppe des Gruppenprogramms, wobei deutlich wird, dass sich die seelische Gesundheit wohnungsloser Menschen als eine zentrale Herausforderung für psychosoziale Hilfen erweist. Daran anschließend werden die Grundzüge der Wohnungslosenhilfe dargestellt, woraus erkennbar wird, dass Soziale Arbeit mit methodischen Herausforderungen – insbesondere für den Bereich der seelischen Gesundheit wohnungsloser Menschen – konfrontiert wird. Ein Blick in das psychiatrisch-psychotherapeutische Setting bringt Psychoedukation als erfolgreiche und etablierte Intervention hervor, die jedoch nicht analog für die Wohnungslosenhilfe zu übernehmen ist. Dies führte zu der Entwicklung des innovativen Gruppenprogramms *gesund.sein*, das entsprechend vorgestellt wird. Zu Beginn des *(II) Empirischen Teils* wird die Implementierung des Gruppenprogramms in die bestehenden Strukturen der Wohnungslosenhilfe erörtert. Das übergeordnete Ziel der Evaluationsstudie stellte die Weiterentwicklung des Gruppenprogramms hinsichtlich einer möglichst zielgruppenorientierten Ausrichtung dar. Hiermit sind diverse Fragestellungen verbunden, die entsprechend aufgeführt werden und eine formative Evaluation begründen. Nachfolgend wird anhand des Studiendesigns aufgezeigt, dass zu diversen Untersuchungszeitpunkten sowohl quantitative als auch qualitative Daten der Programmteilnehmer und Gruppenleitungen generiert wurden. Im Anschluss werden die entsprechenden Evaluationsergebnisse referiert. Im Teil *(III) Diskussion und Folgerungen* werden zunächst die Ergebnisse der Untersuchung zielgruppen-, programm- und organisationsbezogen diskutiert und erörtert. Ferner werden Folgerungen herausgestellt, die sich sowohl auf die Optimierung und konzeptionelle Weiterentwicklung des Programms und zukünftige Forschungsfragen beziehen als auch auf die Anschlussfähigkeit an sozialarbeitswissenschaftliche und professionstheoretische Diskurse, Paradigmen und Dilemmata. Der abschließende Teil *(IV) Zusammenfassung und Ausblick* beinhaltet eine Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse der Evaluationsstudie und einen Ausblick hinsichtlich möglicher Perspektiven des Gruppenprogramms *gesund.sein*.

## **I. Theoretischer Teil**

Der theoretische Teil dieser Arbeit wird in Kapitel 1 mit der Betrachtung der Zielgruppe – wohnungslose Männer – eröffnet, wobei die Phänomenologie (Kapitel 1.1), die Epidemiologie und Ätiologie (Kapitel 1.2), eine genderreflektierende Betrachtung (Kapitel 1.3) und die Lebenslagen wohnungsloser Männer (Kapitel 1.4) beschrieben werden. In Kapitel 2 wird die Wohnungslosenhilfe anhand des rechtlichen Rahmens (Kapitel 2.1) und der konzeptionellen und methodischen Ausrichtung des Hilfesystems (Kapitel 2.2) überblicksartig dargestellt. In Hinblick auf das Thema der vorliegenden Arbeit, wird in Kapitel 2.3 die methodische Herausforderung für die Soziale Arbeit herausgestellt, dem Thema der seelischen Gesundheit im Rahmen der Wohnungslosenhilfe durch adäquate Konzepte und Methoden zu begegnen. Mit einem Blick in die Nachbardisziplinen eröffnet sich Psychoedukation aus dem psychiatrischen und psychotherapeutischen Setting (Kapitel 3) als potenzielle Methode, wenngleich in Kapitel 4 die mangelnde Übertragbarkeit bestehender Programme herausgearbeitet wird. Vor dem Hintergrund dieses Mangels wurde das innovative Gruppenprogramm *gesund.sein* entwickelt, das in Kapitel 5 präsentiert wird.

### **1. Die Zielgruppe – Wohnungslose Männer**

Im folgenden Kapitel wird zunächst das Phänomen Wohnungslosigkeit anhand verschiedener Beschreibungen und Bezeichnungen wohnungsloser Menschen genauer beleuchtet, um schließlich zu einer wissenschaftlich begründeten Definition der Zielgruppe als Grundlage für die weiteren Ausführungen dieser Arbeit zu gelangen (Kapitel 1.1). Nachfolgend wird näher auf Wohnungslosigkeit in Anlehnung an grundlegende Aspekte der Epidemiologie und Ätiologie eingegangen, obgleich sich diesbezüglich die Daten- und Forschungslage zum Teil als unzureichend bewerten lässt und die Eingrenzung wie auch Betrachtung der Komplexität dieses Phänomens schwieriger erscheint, als bei klassifizierbaren Krankheitsbildern im Kontext der Medizin oder Psychologie (Kapitel 1.2). Da bereits der Titel dieser Arbeit eine genderspezifische Differenzierung verdeutlicht, folgt in Kapitel 1.3 eine genderreflektierende Sichtweise, die wohnungslose Männer als Zielgruppe des Gruppenprogramms *gesund.sein* begründet. Die Lebenslagen wohnungsloser Männer werden in Kapitel 1.4 aufgegriffen. Dabei zeigt sich, dass diese Zielgruppe häufig, über das Fehlen eigenen Wohnraums hinaus, von multiplen Problemlagen betroffen ist, die in Kapitel 1.4.1 anhand ausgewählter Beispiele, die im sozialarbeiterischen und psychosozialen Kontext von Bedeutung sind, aufgezeigt werden. Die gesonderte Darstellung empirischer Erkenntnisse bezüglich psychischer Erkrankungen (und Suchterkrankungen) bzw. seelischer Belastungen bei wohnungslosen

Menschen in Kapitel 1.4.2, weist auf einen eminenten Hilfebedarf hin, der die dringliche Auseinandersetzung über adäquate Hilfeangebote begründet.

### 1.1 Phänomenologie

Menschen ohne Wohnung bzw. ohne festen Wohnsitz werden im Sprachgebrauch von Wissenschaft, Praxis und Politik mit zahlreichen Bezeichnungen umschrieben. Diese unterliegen zumeist historischen Veränderungen, die eng mit (sozial-)politischen Strukturen in Verbindungen stehen und einschlägig durch die Forschungsarbeiten von Ayaß (2013) beschrieben werden. Da bislang keine einheitliche Definition dieses Personenkreises besteht, werden hier wesentliche Begrifflichkeiten dargestellt, um schließlich eine Definition und sprachliche Eingrenzung der Zielgruppe für die weiteren Ausführungen dieser Arbeit zu schaffen, sowie eine phänomenologische Einordnung vorzunehmen.

Auch wenn sich Wohnungslosigkeit im Kontext von Phänomenen wie Migration oder Nomadismus historisch dezidiert betrachten ließe, soll im Rahmen dieser Arbeit mit einem Blick in das 19. Jahrhundert begonnen werden. Zu dieser Zeit wurden Menschen ohne festen Wohnsitz als wandernde Bevölkerung bezeichnet und mit Zuschreibungen wie *Wanderer*, *Wanderarme*, *Wanderarbeiter*, oder auch mit den eher negativ besetzten Bezeichnungen Landstreicher und Vagabund, betitelt. Vor diesem Hintergrund entstanden erste Herbergen einer Wandererfürsorge in Form von Übernachtung und Frühstück gegen Bezahlung oder Arbeitsleistung, die als Mobilitätshilfe dem Wandern von Ort zu Ort dienten. Seit den 1880er-Jahren kamen meist ländlich gelegene Arbeiterkolonien mit längerfristigen Aufenthaltsmöglichkeiten hinzu, deren sogenannten *Insassen* oder *Kolonisten* entsprechende Arbeitsleitungen für Almosen erbringen mussten (vgl. Ayaß, 2013, S. 90–91; Gillich & Nieslony, 2000, S. 108–110; Lutz & Simon, 2012, S. 22). Ende des 19. Jahrhunderts stand polizeiwidrige Obdachlosigkeit, Bettelei und Landstreicherei unter Strafe und wurde mit Unterbringungen in Korrekationsanstalten, den sogenannten Arbeitshäusern, sanktioniert. Dort wurde von zu korrigierenden Personen gesprochen, die nicht mehr oder nur schwer integrierbar seien, womit das Arbeitshaus als letztes Zwangsmittel fungierte (vgl. Ayaß, 2013, S. 91–92; Lutz & Simon, 2012, S. 22–23).

Die Zeit der NS-Diktatur wurde von Begriffen des rassenhygienischen Diskurses wie Minderwertige, Ballastexistenzen und dem Sammelbegriff *asozial* für abweichendes Verhalten geprägt. Auch der Terminus *nichtsesshaft*, der bereits älter war, wurde in der NS-Zeit bekannter und überwiegend in fürsorgerischen Fachkreisen verwendet. Staatliche Organisationen griffen jedoch auch weiterhin mehrheitlich den Begriff des Wanderers auf

(vgl. Ayaß, 2013, S. 93–94; Lutz & Simon, 2012, S. 28–30). Nach 1945 setzte sich in der Bundesrepublik der Terminus Nichtsesshaftigkeit durch, der jedoch in der DDR eher unbekannt blieb. So wurde der Begriff zunächst in Fachkreisen der Sozialarbeit und der Kommunalverwaltungen verwendet, bis schließlich das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) von 1961 Nichtsesshafte explizit erwähnte. In diesem Zusammenhang gab es im Gesetzestext einen Abschnitt zur *Hilfe für Gefährdete*, sodass dieser Begriff ebenfalls auftauchte. Durch das 3. Änderungsgesetz wurden 1974 die Begriffe Nichtsesshafte und Gefährdete aus dem BSHG gestrichen und durch *Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten* ersetzt. Jenseits des Sozialhilferechts hielt sich der Begriff Gefährdete lange Zeit, wie am Fachorgan der Wohnungslosenhilfe zu erkennen ist, welches noch bis 1994 *Gefährdetenhilfe* hieß. Im öffentlichen Gebrauch war zudem eine Vielzahl an Bezeichnungen anzutreffen, die stark regional geprägt waren, wie beispielsweise Toppelbruder oder Sandler. Zum Teil wurde auch sehr verachtend von Pennern oder Gammlern gesprochen (vgl. Ayaß, 2013, S. 98).

Mit dem Begriff *Obdachlose* wurden in Abgrenzung zu alleinstehenden Wanderern bzw. Nichtsesshaften oft ortsansässige Familien bezeichnet, die ihre Wohnung verloren hatten. Da die Verpflichtung der Kommunen zur Behebung von Obdachlosigkeit bestand bzw. besteht, ist der Terminus Obdachlosigkeit stark polizei- und ordnungsrechtlich geprägt (vgl. Ayaß, 2013, S. 98; Lutz & Simon, 2012, S. 93; Specht, 2013, S. 6). In den 1980er-Jahren wurde der Begriff nichtsesshaft zunehmend kritisiert. Zum einen durch den Vorwurf, dass er in der NS-Zeit entstanden sei bzw. häufig gebraucht wurde. Zum anderen würde die soziale Notlage nicht sesshaft zu sein, zunehmend individualisiert und mit einem pathologisierenden Erklärungsmodell eines krankhaften Wandertriebs gleichgesetzt (vgl. Ayaß, 2013, S. 99). Im Fachdiskurs wurde die Bezeichnung nichtsesshaft durch (*alleinstehende*) *Wohnungslose* ersetzt, wie schließlich 1991 die Umbenennung der *Bundesarbeitsgemeinschaft Nichtsesshaftenhilfe* in die bis heute betitelte *Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (BAG W)*<sup>2</sup> verdeutlicht (vgl. Ayaß, 2013, S. 100).

Eine einheitliche Definition existiert bis heute nicht. So werden die Begriffe obdachlos und wohnungslos in den medialen und politischen Diskursen weitgehend synonym gebraucht,

---

<sup>2</sup> Auf die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (BAG W) wird im Verlauf dieser Arbeit wiederholt verwiesen, sodass an dieser Stelle eine kurze Erläuterung erfolgt: Die BAG W ist eine bundesweite Arbeitsgemeinschaft der sozialen Dienste und Einrichtungen im Feld der Wohnungslosenhilfe. Sie leistet Koordinations- und Integrationsaufgaben für die kommunale und frei-gemeinnützige Wohnungslosenhilfe bzw. deren Hilfen in Wohnungsnotfällen und vertritt die Interessen der wohnungslosen und sozialausgegrenzten Menschen und der Wohnungslosenhilfe. Sie koordiniert auf Bundesebene die Kommunikation und den fachlichen Austausch über fachübergreifende Probleme mit angrenzenden Hilfesystemen der Sozialarbeit und den Sozialleistungsträgern der Sozial-, Gesundheits- und Wohnungspolitik sowie den Akteuren der Gesellschafts- und Sozialpolitik. Unter ihrem Dach finden sich öffentliche und freie Träger der Wohlfahrtspflege ebenso wie Selbsthilfeorganisationen der wohnungslosen Menschen. (vgl. auch für weitere Informationen: [www.bagw.de](http://www.bagw.de))

wenn auch die traditionelle Trennung von kommunaler Obdachlosenhilfe und freigeinnütziger Wohnungslosenhilfe häufig immer noch die beiden Begrifflichkeiten unterscheidet (vgl. Specht, 2011). Lutz und Simon (2012, S. 92–93) verstehen den Begriff der Obdachlosigkeit weiter gefasst, da er zunächst alle Menschen beschreiben soll, die ihre Wohnung verloren haben und über keinen eigenständigen Mietvertrag verfügen. Dies kann verschiedene Gründe haben, wie Naturkatastrophen, eine Flucht oder Räumungen aufgrund nicht bezahlter Mieten. Der Zustand der Obdachlosigkeit gilt unabhängig der Schuldfrage als Ordnungswidrigkeit und ihm ist von den jeweiligen Kommunen durch die Bereitstellung einer Not- bzw. Ersatzunterkunft Rechnung zu tragen. Wohnungslose werden hingegen als eine Untergruppe der Obdachlosen verstanden, die meist alleinstehende Menschen sind, „die über die Tatsache hinaus, dass sie eben aktuell keine Wohnung haben, auch von besonderen sozialen Schwierigkeiten bedroht sind, die eine sozialarbeiterische Maßnahme zur Wiedereingliederung erforderlich machen“ (Lutz & Simon, 2012, S. 93). Wohnungslose Menschen leben in ambulant oder stationär betreuten Einrichtungen des Hilfesystems, in Notunterkünften und Pensionen, vorübergehend bei Bekannten oder ohne jegliche Unterkunft auf der Straße (vgl. Lutz & Simon, 2012, S. 93).

Die BAG W setzt sich für eine möglichst differenzierte Betrachtung des Personenkreises wohnungsloser Menschen ein und verwendet daher zusätzlich zu dem Begriff der Wohnungslosigkeit den Terminus *Wohnungsnotfall*. Dieser wurde vom Deutschen Städtetag 1987 (1987, S. 14–15) erstmals empfohlen und vom *Forschungsverbund Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen* weiterentwickelt, um seit 2010 offiziell als fester Grundbegriff der BAG W zu dienen (vgl. Specht, 2013, S. 6). Diese Bezeichnung verbindet übergreifend verschiedene Lebenslagen von Menschen in Wohnungsnot und ist wie folgt definiert: „Wohnungsnotfälle sind Haushalte und Personen mit einem Wohnungsbedarf von hoher Dringlichkeit, die aufgrund besonderer Zugangsprobleme (finanzieller und/oder nicht-finanzieller Art) zum Wohnungsmarkt der besonderen institutionellen Unterstützung zur Erlangung und zum Erhalt von angemessenem Wohnraum bedürfen“ (Forschungsverbund Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen, 2005, S. 8). Basierend auf dieser Definition wird die Gesamtgruppe der Wohnungsnotfälle ferner in folgende fünf Teilzielgruppen klassifiziert (vgl. Specht, 2013, S. 6):

(1) Wohnungslose Menschen

(aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen, d. h. ohne eigenen mietrechtlich abgesicherten Wohnraum)

- (2) Menschen, die unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht sind  
(Verlust der derzeitigen Wohnung steht unmittelbar bevor, wegen Kündigung des Vermieters/der Vermieterin, Räumungsklage, Zwangsräumung etc.)
- (3) Menschen, die in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben  
(Eigener Wohnraum ist vorhanden, jedoch in verschiedenen Dimensionen unzureichend, z. B. bauliche Qualität, Größe, Ausstattung)
- (4) Menschen, die ehemals von Wohnungslosigkeit betroffen oder bedroht waren  
(frühere Angehörige der ersten beiden Teilzielgruppen, die wieder in eigenem Wohnraum leben, jedoch weiterhin Unterstützung zur Prävention von erneutem Wohnungsverlust benötigen)
- (5) Zugewanderte Menschen in gesonderten Unterkünften, die aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind  
(Menschen mit [Spät-]Aussiedlerstatus/Geflüchtete mit Aufenthaltsstatus von länger als einem Jahr in speziellen Übergangsunterkünften)

Auch in der *European Typology of Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS)* der *European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA)*<sup>3</sup>, die in sämtlichen europäischen Sprachen im Internet abrufbar ist, findet man eine ähnliche Differenzierung in Teilzielgruppen vor (vgl. FEANTSA, o. J.). Diese funktionale, auf soziale Interventionen ausgerichtete Wohnungsnotfall-Klassifikation greift die gesellschaftlichen Veränderungen des Phänomens Obdachlosigkeit auf und macht dessen prozessualen Charakter deutlich, der im Gegensatz zu statischen Betrachtungen steht, die eher am Endpunkt der sozialen Exklusion ansetzen. Dadurch geraten personenbezogene und individuelle Merkmale eher in den Hintergrund und es wird ein lebenslagenbezogener Ansatz mit der zentralen Dimension Wohnen formuliert. Somit wird – zu einer eher psychologisierenden Perspektive – ein strukturell-politischer Gegenpol geschaffen, der Armut, Ausgrenzung, Unterversorgung und eine Spaltung der Wohnraumversorgung

---

<sup>3</sup> The *European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA)* brings together non-profit services that support homeless people in Europe and works towards ending homelessness by:

1. Engaging in constant dialogue with the European institutions, national and regional governments to promote the development and implementation of effective measures to end homelessness.
2. Conducting and disseminating research and data collection to promote a better understanding of the nature, extent, causes of, and solutions to, homelessness.
3. Promoting and facilitating the exchange of information, experience and good practice between FEANTSA's member organisations and relevant stakeholders with a view to improve policies and practices addressing homelessness.
4. Raising public awareness about the complexity of homelessness and the multidimensional nature of the problems faced by homeless people. (vgl. auch für weitere Informationen: [www.feantsa.org](http://www.feantsa.org); zuletzt abgerufen am 14.06.2017)

thematisiert und dementsprechend auch für Wohnungs- und Sozialpolitik anschlussfähig erscheint (vgl. Specht, 2013, S. 7–8).

Der Terminus Wohnungsnotfall scheint daher für sozialpolitische Diskurse sehr geeignet (vgl. auch Kellinghaus, 2000, S. 3), jedoch für den Gegenstandsbereich der vorliegenden Arbeit zu weit gefasst, da sich das Gruppenprogramm *gesund.sein* nicht primär als sozialpolitisch-strukturelle Strategie auf der Makroebene versteht, sondern eine sozialarbeiterische Intervention auf der Mikroebene darstellt, die im sozialarbeiterischen Hilfeprozess in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe angesiedelt ist. Als Zielgruppe des Programms lassen sich somit wohnungslose Menschen benennen, die der Teilzielgruppe (1) der Wohnungsnotfall-Klassifikation entsprechen und aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind. Da das manualisierte Gruppenprogramm einen gewissen organisatorischen Rahmen benötigt, kann das Programm Menschen, die unmittelbar auf der Straße leben oder vorübergehend bei Bekannten/Verwandten/Freund\_innen untergekommen sind, nur sehr begrenzt erreichen. Demnach fokussiert sich *gesund.sein* auf die Zielgruppe wohnungsloser Menschen, die aktuell in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe leben. Zudem ist das Programm aufgrund fachlich-konzeptioneller wie auch struktureller Aspekte (siehe Kapitel 1.3 und 1.4) auf Männer im Alter von 20–60 Jahren ausgerichtet. Abschließend lässt sich die Zielgruppe für das Gruppenprogramm *gesund.sein*, die somit im Fokus der weiteren Ausführungen steht und im Rahmen der Konzeptdarstellung (siehe Kapitel 5) nochmals näher erläutert wird, wie folgt definieren:

„Wohnungslose Männer (im Alter von 20–60 Jahren), die in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe leben.“

## **1.2 Epidemiologie und Ätiologie**

Möchte man dem Phänomen Wohnungslosigkeit in seiner Komplexität gerecht werden, kann es nicht analog zu einem Störungs- bzw. Krankheitsbild der Psychologie oder Medizin auf wenige Symptome reduziert werden, sondern muss als ein vielschichtiges Zusammenspiel diverser psychosozialer Probleme verstanden werden. Eine eindeutige Ab- und Eingrenzung gestaltet sich daher für das Phänomen Wohnungslosigkeit als schwierig, wie bereits anhand der verschiedenen Typen von Wohnungsnotfällen deutlich wurde. Dennoch soll in den folgenden Ausführungen Wohnungslosigkeit in Anlehnung an grundlegende Aspekte der Epidemiologie und Ätiologie betrachtet werden, um eine differenzierte Sichtweise auf dieses Phänomen zu ermöglichen.

Eine quantitative Erfassung von Wohnungslosigkeit ist nur begrenzt möglich, da in Deutschland keine bundeseinheitliche Wohnungslosenhilfestatistik existiert, obwohl die BAG W die Bundesregierungen stets dazu auffordert einen entsprechenden Gesetzesentwurf ins Parlament einzubringen. Daher beruhen Aussagen über das Ausmaß von Wohnungslosigkeit auf Schätzungen der BAG W, die nur mit zeitlichen Verzögerungen erfolgen können, um eine einigermaßen verlässliche Datenlage zu gewährleisten (vgl. Specht, 2013, S. 8–9). Auch im europäischen und internationalen Kontext existieren unterschiedliche Herangehensweisen der quantitativen Erfassung von Wohnungslosigkeit sowie differierende Definitionen des Personenkreises, der als „wohnungslos“ betrachtet wird. Demnach sind gesicherte Vergleiche sehr schwierig, wie u. a. die regelmäßigen Berichterstattungen des Netzwerks *European Observatory on Homelessness (EOH)* der FEANTSA zeigen (vgl. Busch-Geertsema, Benjaminsen, Hrast, & Pleace, 2014).

Aktuelle Zahlen für Deutschland sind für das Jahr 2014 zu verzeichnen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2015b). In diesem Jahr waren ca. 335.000 Menschen ohne Wohnung, was einen Anstieg von 18 % im Vergleich zu 2012 (284.000) bedeutet. Auch in den kommenden Jahren 2015 bis 2018 prognostiziert die BAG W einen weiteren Zuwachs von Wohnungslosigkeit auf etwa 536.000 Menschen, was einer Steigerung von ca. 60 % entsprechen würde (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2015b, S. 1). Die Zahl der Personen, die ohne jede Unterkunft auf der Straße leben, stieg ebenfalls von ca. 26.000 im Jahr 2012 um knapp 50 % auf ca. 39.000 an. 71 % der wohnungslosen Menschen sind alleinstehend, 29 % leben mit Partner\_innen und/oder Kindern. Der Anteil der Kinder und minderjährigen Jugendlichen wird für die Gesamtgruppe der Wohnungslosen auf ca. 9 % geschätzt. Bei den Erwachsenen sind 72 % männlich und 28 % weiblich. Der Anteil wohnungsloser Menschen mit Migrationshintergrund liegt für 2014 bei 31 %, 2012 lag dieser bei 27 %. Zudem sind ca. 172.000 Haushalte zu verzeichnen, die von Wohnungslosigkeit bedroht sind, d. h., bei denen ein unmittelbarer Verlust der Wohnung bevorsteht (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2015b, S. 1–2).

Zusätzlich liegen für das Jahr 2014 Daten von 176 Einrichtungen und Diensten der bundesweiten Wohnungslosenhilfe vor (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2016). Hierbei zeigt sich, dass etwa 76 % der Hilfesuchenden männlich und 24 % weiblich waren. Fast die Hälfte der Hilfesuchenden (44,5 %) ist im Alter von 30–49 Jahren. 23,2 % sind älter als 50 Jahre, 12,5 % sind zwischen 25–29 Jahre alt und 19,9 % sind jünger als 25 Jahre. Die letzte und jüngste Alterskohorte ist jedoch mit 26,8 % bei den weiblichen

Hilfesuchenden im Gegensatz zu 17,7 % bei den männlichen Klienten deutlich höher (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2016, S. 2). Fast 79 % haben die deutsche Staatsangehörigkeit, etwa 10 % sind EU-Staatsbürger\_innen und 11 % haben sonstige Staatsangehörigkeiten, die nicht näher beschrieben sind. Der Anteil der Hilfesuchenden mit Migrationshintergrund liegt bei 31,5 % (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2016, S. 2–3). Die Dauer der Wohnungslosigkeit vor Eintritt der aktuellen Hilfemaßnahme variiert stark (von weniger als zwei Monaten bis länger als fünf Jahren), ebenso wie die angegebenen Auslöser des letzten Wohnungsverlustes (z. B. Arbeitsplatzverlust, Miet- und Energieschulden, Gewalt durch Partner\_in, Haftantritt) und die Häufigkeit von Wohnungslosigkeit (noch nie, einmalig, wiederholt) (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2016, S. 6–7).

Neben epidemiologischen Betrachtungen bedarf es, um adäquat auf psychosoziale Probleme bzw. Phänomene in Form von Handlungsmodellen reagieren zu können, fundierte Erklärungsmodelle zu deren Entstehung (Ätiologie). Je nach theoretischer Perspektive rücken unterschiedliche Aspekte in den Fokus, die als Ursache von Wohnungslosigkeit betrachtet werden können. Dabei werden zum einen eine Strömung individualisierter Ansätze, zum anderen strukturelle Erklärungsmodelle erkennbar. Da im Rahmen dieser Arbeit nur begrenzt auf diese Erklärungsansätze eingegangen werden kann, sollen sie anhand der zusammenfassenden Überlegungen von Gillich und Nieslony (2000) sowie von Lutz und Simon (2012) überblicksartig skizziert werden.

Bis in die 1970er-Jahre dominierten psychiatrische, psychologische und moraltheologische Erklärungen, die *Nichtsesshaftigkeit* mit einer dauermobilen, bindungslosen und defizitären Persönlichkeitsstruktur gleichsetzten. Die empirischen Betrachtungen waren stark individualisiert sowie pathologisiert und Erkenntnisse wurden als kausal wirkende Faktoren interpretiert (vgl. Gillich & Nieslony, 2000, S. 131). Psychiatrisch-neurologische Ansätze haben ihren Ursprung bereits im 19. Jahrhundert und beschrieben zunächst einen anfallartig auftretenden Wanderdrang, der sich schließlich im Begriff des Wandertriebs (Poriomanie) verfestigte. Das Umherziehen und das Leben auf der Straße wurden durch einen inneren zwanghaften Drang dieser Menschen begründet. Ein weiterer Erklärungsversuch war das Psychopathie-Konzept, das Wohnungslose als abnorme Persönlichkeiten einordnete. Psychopathie galt als vererbt, therapeutisch nahezu unbeeinflussbar und lieferte somit den Nationalsozialisten einen theoretischen und propagandistischen Nährboden für ihren Vernichtungsfeldzug gegen Wohnungslose. In den 1980er-Jahren erklärten psychiatrisch-neurologische Untersuchungen hirnorganische

Schädigungen als Ursache von Wohnungslosigkeit. Auch psychologische Untersuchungen in den 1970er-Jahren versuchten Persönlichkeitsmerkmale (wie z. B. fehlendes Planungsverhalten, mangelnde Konfliktlösungsstrategien, Wohnungslosigkeit als aktive und bewusste Entscheidung etc.) hypothesengeleitet zu belegen. Diese Versuche scheiterten jedoch und stellten zum Teil eher die Gegenrichtung der Hypothesen fest (vgl. Gillich & Nieslony, 2000, S. 131–136; Lutz & Simon, 2012, S. 66–68).

Demgegenüber stehen die weitestgehend soziologisch geprägten, strukturellen Erklärungsansätze, die seit den 1970/80er-Jahren fester Bestandteil der Fachdiskussion sind, und eine Kontroverse zwischen therapeutisch versierten Mitarbeiter\_innen und jenen in Gang setzte, die im Vordergrund eine Armutsproblematik sahen (vgl. Lutz & Simon, 2012, S. 69). Gillich und Nieslony (2000) tragen einige soziologische Erklärungsmodelle zusammen und beziehen diese jeweils auf das konkrete Phänomen der Wohnungslosigkeit. So geht der Armutsansatz davon aus, dass wohnungslose Menschen unterhalb der Armutsgrenze leben müssen und daher von einem Leben auf einem akzeptablen Existenzminimum ausgeschlossen sind. Zudem fehlen meist soziale Bezüge, sodass eine strukturelle Armut wie auch eine materielle Unterversorgung besteht. Der Armutsansatz verknüpft verschiedene Perspektiven und betont deren Wechselwirkungen. Wohnungslose Menschen haben demnach häufig unterdurchschnittliche Bildungsvoraussetzungen und somit geringere Chancen auf dem Arbeitsmarkt mit der Folge der Arbeitslosigkeit. Daraus resultiert eine Einkommensarmut, die ein hohes Maß an berufsbedingter Mobilität erfordert. Die entsprechenden Arbeitsplätze sind meist nur kurzfristig, unterbezahlt und gesundheitlich stark belastend. Erneute Arbeitslosigkeit bedeutet meist einen weiteren finanziellen Abstieg bzw. Überschuldungen mit der Folge des Wohnungsverlustes (vgl. Gillich & Nieslony, 2000, S. 136–137).

Der Unterversorgungsansatz steht in einem engen Zusammenhang mit dem Armutsansatz, dessen Annahmen vorausgesetzt werden. Im Mittelpunkt steht hierbei die Unterversorgung wohnungsloser Menschen mit sozialen Hilfeleistungen, die sich aus drei Perspektiven betrachten lässt. Zum einen herrschen starke regionale Disparitäten in den sozialen Sicherungssystemen, die in der Sogwirkung der strukturstarken Ballungsräume sichtbar werden. Zum anderen werden Sozialleistungen selektiv bis hin zu rechtswidrigen Vergabepraktiken gewährt, was häufig auf schicht-, geschlechts-, alters- und problemspezifische Aspekte zurückzuführen sei. Und schließlich ergibt sich aus diesen Hilfestrukturen eine Zwangsmobilität für wohnungslose Menschen, um ihrem Anspruch auf Sozialleistungen gerecht zu werden (vgl. Gillich & Nieslony, 2000, S. 138). Der Armutsansatz wie auch der Unterversorgungsansatz liefern Erklärungsversuche hinsichtlich

der Entstehung von Wohnungslosigkeit, dem Verbleib in Wohnungslosigkeit und dem Entstehen von (zwangsläufiger) Mobilität.

Ein weiteres soziologisch geprägtes Erklärungsmodell ist der Etikettierungs- bzw. Stigmatisierungsansatz, auch *labeling approach* (Goffman, 1972) genannt. Dieser beschreibt die Auswirkungen von Vorurteilen und Stereotypen auf die Bildung von marginalisierten Gruppen und deren Diskriminierung durch die Bevölkerung. Wohnungslose Menschen werden häufig als „heruntergekommene“, alkoholisierte, meist männliche Personen in Bahnhofsnähe wahrgenommen und somit als Norm für die Gesamtheit dieses tatsächlich sehr heterogenen Personenkreises konstruiert. Auch stationäre Einrichtungen bzw. Notunterkünfte sind den umliegenden Wohnumgebungen bekannt und werden mit bestimmten Zuschreibungen stigmatisiert. Die Diskriminierung von wohnungslosen Menschen spiegelt sich somit in diesen Etikettierungen und Stigmatisierungen wider. Dies kann letztlich dazu führen, dass die betroffenen Personen diese Zuschreibungen annehmen, verinnerlichen und ihr Handeln daran ausrichten (vgl. Gillich & Nieslony, 2000, S. 139–140).

Neben den dargestellten Theorieströmungen wird Wohnungslosigkeit zum Teil auch im Rahmen allgemeiner Theoriemodelle spezifiziert. So finden sich beispielweise Verbindungen von Wohnungslosigkeit zu dem *Konzept der Erlernten Hilflosigkeit* (Brender, 1999) oder ein Bezug zu der *Life-Event-Forschung* (Trabert, 1997).

Alle genannten Ansätze liefern wichtige Teilaspekte für die Erklärung des komplexen Phänomens Wohnungslosigkeit. Die genannten psychiatrisch-neurologischen und psychologischen Theorien sind zum Teil jedoch sehr veraltet, ethisch nicht haltbar und durch die Fokussierung auf das Individuum ohne Einbezug struktureller Faktoren sehr eindimensional. Demgegenüber zeigen die oben genannten soziologisch geprägten Ansätze umfassende und nachvollziehbare Ursachen für die Entstehung und Manifestierung von Wohnungslosigkeit sowie für einen Mobilitätszwang auf, wenngleich sie dabei überwiegend auf einer gesellschaftspolitischen Ebene (Makroebene) anzusiedeln sind. Demnach geraten wohnungslose Menschen als individuell handelnde Subjekte, mit unterschiedlichen biografischen Verläufen sowie persönlichen Schutz- und Risikofaktoren, in den Hintergrund, sodass diese Ansätze für sozialarbeiterisches Handeln auf der Mikro- und Mesoebene nur begrenzt anschlussfähig sind (vgl. auch Gillich & Nieslony, 2000, S. 142–143).

Ein theoretisches Modell, das beide Systeme bzw. Perspektiven – also Person *und* Umwelt – gleichermaßen betont, ist der *Ökosoziale Ansatz*. Dieser wurde in der sozialarbeitswissenschaftlichen Debatte erst in den 1980er-Jahren aufgegriffen und insbesondere von Germain und Gitterman (1983) im angloamerikanischen und von Wendt (1982, 1990) im deutschsprachigen Theoriediskurs etabliert. Sowohl Germain und Gitterman (1999) als auch Wendt (2010) entwickelten ihre Annahmen stetig weiter. Die ökosoziale Wissenschaftsperspektive geht davon aus, dass der Mensch nie isoliert betrachtet wird, sondern immer in seinem Habitat, seiner Lebensumgebung eingebunden ist (vgl. Wendt, 2010, S. 47). Auf der einen Seite steht somit die Person mit ihren Ressourcen, Coping-Strategien, Bedürfnissen etc. Auf der anderen Seite ist die Umwelt, die in soziale (Familie, Freunde, Nachbarschaft etc.) und materielle (Wohnsituation, Infrastruktur, finanzielle Mittel etc.) Umwelt unterschieden wird, und ebenfalls mit Ressourcen und Risiken ausgestattet ist. Zudem ist die Person, die Umwelt und deren konstante, dynamische Wechselbeziehung zueinander, immer in einem kulturellen Kontext zu verstehen, aus dem sich Wertorientierungen, Normen und Überzeugungen ableiten lassen. Die stetige reziproke Beziehung von Person und Umwelt (soziale und materielle Umwelt) wird somit zur zentralen Annahme, die sich von linearem und kausalem Denken verabschiedet und dadurch versucht, komplexen Phänomenen in einer holistischen Sichtweise gerecht zu werden (vgl. Germain & Gitterman, 1999, S. 6 ff.). Menschen bedürfen einer bestimmten Qualität des *Aufeinanderabgestimmt-Seins* mit der Umwelt, d. h. ein günstiges Anpassungsverhältnis der Bedürfnisse, Ziele, Ressourcen der Person und der Charakteristika ihrer Umwelt. Ist die Abstimmung von Person und Umwelt günstig, wird es dem Individuum möglich sein, sich ungehindert und positiv entwickeln zu können. Kommt es jedoch zu einem ungünstigen Abstimmungsverhältnis, entstehen soziale Probleme mit der Folge erschwerter Entwicklungsmöglichkeiten. Adaptionen können als aktive Bemühungen verstanden werden, die Abstimmung von Person und Umwelt positiv zu beeinflussen. Diese können sein: (a) Veränderung der Person, um Ressourcen der Umwelt besser zu nutzen, (b) Veränderung der Umwelt, um diese für die Person empfänglicher zu machen, oder (c) Veränderung der Person-Umwelt-Beziehung (vgl. Germain & Gitterman, 1999, S. 9–10). Hier zeigt sich die Bedeutung von Erschließung und Förderung persönlicher Coping-Strategien sowie von Umwelt-Ressourcen, um Stressoren entgegenzuwirken und Belastungen zu bewältigen (vgl. Germain & Gitterman, 1999, S. 16). Für den sozialarbeiterischen Kontext bedeutet die untrennbare Wechselbeziehung von Person und Umwelt eine Ausrichtung auf drei

Systemebenen (vgl. Germain & Gitterman, 1999, S. 499 ff; Klug, 2003, S. 21; Wendt, 1990, S. 93):

- Mikrosystem-Ebene (bezieht sich auf die einzelne Person und ihre unmittelbare Lebensumgebung)
- Mesosystem-Ebene (bezieht sich auf die Nahumwelt der Person, wie Familie, Freunde, Bekannte, Gruppen und die soziale Infrastruktur des Gemeinwesens)
- Makrosystem-Ebene (bezieht sich auf gesamtgesellschaftliche, kulturelle und politische Strukturen)

Aus dem ökosozialen Ansatz lassen sich konkrete Handlungsmodelle und Programme ableiten. Bei Germain und Gitterman (1999) wird innerhalb des *Life Models* ihr Handlungsmodell in diversen Phasen konstruiert und beschrieben (Eingangs-, Arbeits-, Ablösungsphase). Wendt (1990) beschreibt im zweiten Abschnitt seines Werkes *ökosozial denken und handeln* arbeitsfeldspezifische Maßnahmen, die methodisches Handeln unter einem ökosozialen Verständnis verdeutlichen und sich unter anderem in dem ökosozialen Case Management konkretisieren. Aufgrund der komplexen Lebensführung einer Person weist das ökosoziale Case Management anhand des Zusammenführens von individuellen und umweltbezogenen Ressourcen großes Potenzial auf (vgl. Wendt, 1990, S. 131 ff.; auch Klug, 2003).

Auch wenn zunächst der Eindruck entstehen mag, dass sich die Grundlogik eines Gruppenprogramms für wohnungslose Männer eher den individualisierten, psychologischen Theorieströmungen zuordnen lässt, versteht sich *gesund.sein* als ein sozialarbeiterisches Programm, das im Sinne des ökosozialen Ansatzes zwar auf der Mikroebene interveniert, jedoch die Wechselwirkungen der Person mit ihrer Umwelt stets mitdenkt und einbezieht. Zudem zielt das Programm weniger auf personenbezogene und weitestgehend umweltisolierte Symptomreduktion oder Medikamentencompliance ab, sondern auf ein gelingendes Alltagsmanagement, innerhalb dessen die individuelle seelische Gesundheit in der konkreten Lebensumgebung von wesentlicher Bedeutung ist. Auf der Makroebene können durch einen innovativen Ansatz möglicherweise fachlich-politische Diskurse angestoßen oder verstärkt werden.

### **1.3 Männliche Wohnungslose aus einer genderreflektierenden Sicht**

Bereits im Titel dieser Arbeit wird durch das explizite Benennen einer männlichen Zielgruppe eine genderspezifische Ausgangslage deutlich, die im Rahmen dieser Arbeit nur ansatzweise aufgegriffen und begründet werden kann. Hierbei wird ein kritischer, reflektierter und

konstruktiver Umgang Sozialer Arbeit mit performativen Erzeugungen von Differenzen angestrebt, der gleichzeitig den Handlungsdruck sozialarbeiterischer Praxis nicht außer Acht lässt.

So zeigt sich zunächst durch die pragmatische Betrachtung der Hilfesystemstrukturen eine geschlechtsspezifische Eingrenzung der Zielgruppen. Diverse Angebote der Wohnungslosenhilfe richten sich entweder ausschließlich an Frauen oder ausschließlich an Männer. Dieser geschlechtsspezifische Fokus lässt sich zum Teil bereits an der Namensgebung von Trägern in der Wohnungslosenhilfe erkennen. Anhand des Münchner Wohnungslosenhilfesystems wird dies beispielsweise durch den Katholischen Männerfürsorgeverein München e. V. (KMFV) oder dem Sozialdienst Katholischer Frauen e. V. München (SkF München)<sup>4</sup> deutlich, auch wenn sich inzwischen vereinzelte Angebote an wohnungslose Männer und Frauen gleichermaßen richten können. Parallelen hierzu weisen auch viele andere Städte und Landkreise auf.

Ebenso zeigen Statistiken, dass unter wohnungslosen Menschen der Anteil an Männern bei ca. 70–80 % liegt und dieser Trend in den vergangenen Jahren weitestgehend stabil geblieben ist<sup>5</sup>. Hierbei ist jedoch bemerkenswert, dass Männer zwar quantitativ den Großteil der Adressaten der Wohnungslosenhilfe ausmachen, eine geschlechtsspezifische Auseinandersetzung aber meist nur implizit geschieht (vgl. Fichtner, 2009). Im Rahmen der Wohnungslosenhilfe zeigen sich daher nur sehr vereinzelt männerspezifische Forschungen (vgl. Fichtner, Enders-Dragässer, Sellach, & Zeng, 2005). Im Gegenzug lassen sich Tendenzen erkennen, dass wohnungslose Frauen sowohl von Forschung als auch von Entwicklungsprozessen zielgruppenorientierter Angebote expliziter unter gendersensibler Betrachtung in den Fokus gerückt werden (vgl. u. a. Gerull & Wolf-Ostermann, 2012; Steckelberg, 2010; Wesselmann, 2009).

Betrachtet man empirische Ergebnisse anderer psychosozialer Disziplinen, wird deutlich, dass es Tendenzen geschlechtsspezifischer Verhaltensweisen, Bedürfnisse und Problemlagen gibt und deren reflektierte Berücksichtigung Potenziale für die Zielgruppenorientierung von Hilfeangeboten eröffnen kann. Gerade in den Gesundheitswissenschaften werden Unterschiede bezüglich Prävalenzen, Risiko- und Schutzfaktoren diverser Krankheitsbilder identifiziert (vgl. Hurrelmann & Kolip, 2002). In dem Herausgeberwerk *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie* von Rohde

---

<sup>4</sup> Weitere Informationen zu den Angeboten unter: [www.kmfv.de](http://www.kmfv.de), [www.skf-muenchen.de](http://www.skf-muenchen.de) (zuletzt abgerufen am 14.06.2017)

<sup>5</sup> vgl. Statistiken der BAG W 2003–2014

([www.bagw.de/de/themen/statistik\\_und\\_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte\\_1.html](http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html), zuletzt abgerufen am 14.06.2017); vgl. auch BAG W, 2015b

und Marneros (2007) zeigen sich teils deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich Prävalenzen, Verlauf und Prognose sowie Therapiemöglichkeiten von psychischen Erkrankungen. Auch in Bezug auf Armut und Arbeitslosigkeit sind geschlechtsspezifische Differenzierungen zu beobachten. So beschreibt zum Beispiel Wieland (2006) in seinem Artikel *Männlichkeit in prekären Lebenslagen* männliche Attribute im Kontext von Armut, die sich auch für Wohnungslosigkeit, als besonders ausgeprägte und sichtbare Form von Armut, abstrahieren lassen.

Poststrukturalistische Ansätze sozialwissenschaftlicher Diskurse werden nur selten auf sozialarbeiterische Handlungsansätze bezogen, da ihnen häufig eine Untauglichkeit für die Gestaltung der Praxis vorgeworfen wird und somit eine abschreckende Wirkung einhergeht (vgl. Fegter, Geipl, & Horstbrink, 2010, S. 246). Im Feld der Wohnungslosenhilfe in Deutschland wird dies besonders deutlich, da beispielsweise Diskurse und Forschungen hinsichtlich Intersektionalität oder Queer-Studies gänzlich ausbleiben. Vielmehr wird auf traditionelle Kategorisierungen, wie die Dichotomie *Mann* und *Frau* zurückgegriffen, auf die in oben erwähnten Bezügen nicht nur reagiert, sondern die auch gleichzeitig stets reproduziert wird (vgl. Plößer, 2010, S. 222). Gleichwohl ist die Bedeutsamkeit dieser Kategorien und Markierungen für die anzutreffende Versorgungsqualität psychosozialer Hilfen im Allgemeinen, und das sozialarbeiterische Handeln im Feld der Wohnungslosenhilfe im Speziellen, anzuerkennen, denn sie dienen „nicht allein der Normierung der Adressaten und Adressatinnen, sondern sie stellen auch den notwendigen Rahmen dar, um fehlende Ressourcen, Diskriminierungen und Benachteiligungen problematisieren zu können“ (Plößer, 2010, S. 223–224). Mit anderen Worten werden zielgruppenorientierte Interventionen Sozialer Arbeit erst dann möglich, wenn Kategorisierungen stattfinden. Diese sind jedoch bei ihrer Anwendung bewusst und reflektiert wahrzunehmen und als nicht aufzulösendes Spannungsverhältnis bzw. Dilemmata zu verstehen.

Aufgrund dieser theoretischen Erläuterungen, den konkreten Herausforderungen und Bedingungen der Versorgungsrealität sowie der beruflichen Expertise des Autors in der Arbeit mit wohnungslosen Männern wurde letztlich eine gendersensible Gestaltung des Programms mit der Zielgruppe wohnungsloser Männer gewählt, ohne eine kritische Reflexion der fehlenden Dekonstruktion dieser Kategorisierung außer Acht zu lassen.

#### **1.4 Lebenslagen wohnungsloser Männer**

Die folgenden Ausführungen sollen verdeutlichen, dass wohnungslose Männer meist nicht nur von Wohnungslosigkeit betroffen sind, sondern ihre Lebenssituation häufig von

Multiproblemlagen gekennzeichnet ist (Kapitel 1.4.1). Psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen sind, im Gegensatz zu anderen Problembereichen, vergleichsweise umfangreich empirisch beschrieben. Diese werden aufgrund ihrer unmittelbaren Relevanz als Ausgangslage für das zu evaluierende Gruppenprogramm *gesund.sein* gesondert in Kapitel 1.4.2 hervorgehoben.

#### *1.4.1 Wohnungslosigkeit und Multiproblemlagen*

Obwohl der Personenkreis wohnungsloser Männer sehr heterogen ist und eine verlässlichere und umfangreichere Datenlage<sup>6</sup> wünschenswert wäre, lassen sich einige Problemlagen übergreifend erkennen und überblicksartig darstellen.

##### *Gesundheitliche Situation*

In Deutschland liegen eine Reihe an Untersuchungen vor, die sich mit der gesundheitlichen Situation wohnungsloser Menschen auseinandersetzen (vgl. u. a. Trabert, 1995, 1997; Völm, Becker, & Kunstmann, 2004). Trabert (2013) resümiert die hohe Morbiditätsquote (ca. 80 % sind dringend behandlungsbedürftig, bei ca. 70 % liegt eine Multimorbidität vor) bei gleichzeitig unzureichender medizinischer Versorgung. Als Haupterkrankungen werden in der Regel festgestellt: Erkrankungen der Atmungsorgane und des Herz-Kreislauf-Systems sowie Hauterkrankungen. Ebenso wird die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen, insbesondere Alkoholismus und dessen Folgeerkrankungen, aufgeführt. Studien bezüglich des Gesundheitsverhaltens wohnungsloser Menschen zeigen zudem, „dass sie das bestehende medizinische Angebot aus verschiedenen Gründen nicht ausreichend wahrnehmen bzw. dass das medizinische Versorgungssystem diese Mitmenschen nicht mehr erreicht“ (Trabert, 2013, S. 52). Dies führte zur Initiierung und Etablierung spezifischer Hilfeangebote, wie beispielsweise das *Mainzer-Modell* mit seinen niedrigschwelligen Versorgungsbausteinen. In vielen Gebieten, insbesondere in Großstädten, sind mobile medizinische Versorgung entstanden, sogenannte *Arztmobile*, die wohnungslose Patient\_innen direkt an den Szeneplätzen aufsuchen (*medical streetwork*) (vgl. Trabert, 2013, S. 54).

##### *Straffälligkeit*

Im Rahmen diverser Studien werden im Kontext soziodemografischer Angaben auch Daten zur Straffälligkeit von wohnungslosen Menschen erhoben. In einer Untersuchung bezüglich

---

<sup>6</sup> Viele Studien im Bereich der Wohnungslosenhilfe beziehen sich auf sehr kleine Stichproben und Angaben des Studiendesigns sind häufig nicht klar erkennbar. Zudem existieren viele Daten aus „grauer Literatur“, wie z. B. aus Jahresberichten, Tagungsbeiträgen oder träger- bzw. einrichtung-internen Dokumentationen.

psychischer Erkrankungen unter Wohnungslosen sind von 232 befragten wohnungslosen Menschen 66 % mit dem Gesetz in Konflikt gekommen und 45 % haben bereits eine Gefängnisstrafe erhalten (vgl. Bäuml, 2016). Bei einer Untersuchung von Podschus und Dufeu (1995) bezüglich der Alkoholabhängigkeit wohnungsloser Männer sind 81 % der Befragten bereits straffällig geworden. Statistiken der BAG W (2016) zeigen zudem, dass bei 10,8 % der Männer im Hilfesystem ein Haftantritt der Auslöser für den letzten Wohnungsverlust war. Im internationalen Kontext zeigt sich ebenfalls ein Zusammenhang von Wohnungslosigkeit und Straffälligkeit, insbesondere bei wohnungslosen Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Roy, Crocker, Nicholls, Latimer, & Reyes Ayllon, 2014). Auch wenn die Ausführungen von Reindl (2000) bereits älter sind und sich die entsprechenden Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik auf Personen ohne festen Wohnsitz beziehen (und dies in der Regel nicht auf Menschen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zutrifft, da diese dort einen offiziellen Meldestatus haben), scheint es von großer Bedeutung nicht nur die Kriminalität, sondern auch Prozesse der Kriminalisierung von wohnungslosen Menschen zu betonen. So bezieht sich eine Vielzahl der registrierten Straftaten auf Bagatelldelikte, wie z. B. Fahren ohne Fahrschein, und demnach nur sehr selten auf Straftaten gegen Leib und Leben. Straffälligkeit und Kriminalitätsrisiken stehen dabei häufig im Kontext der alltäglichen Lebensführung, wie z. B. auch bei Hausfriedensbruch aufgrund spezifischer Aufenthaltsorte (vgl. Paulgerg-Muschiol & Müller, 2000). Zudem werden wohnungslose Menschen häufig selbst Opfer von kriminellen Taten (vgl. u. a. Lang, 2011; Rosenke, 2005; Roy u. a., 2014).

### *Arbeitslosigkeit, Armut und Schulden*

Unabhängig des tatsächlichen Forschungsschwerpunktes werden in nahezu allen statistischen Erhebungen im Feld der Wohnungslosenhilfe soziodemografische und sozialkulturelle Daten erhoben, die häufig auch Aufschluss über die Erwerbstätigkeit und die finanziellen Ressourcen der Befragten geben. Zunächst ist festzustellen, dass etwa 60–80 % der wohnungslosen Männer einen niedrigen Bildungsabschluss (Sonder- bzw. Förderschule, Hauptschule oder keinen Schulabschluss) aufweisen (vgl. u. a. Bäuml, 2016; Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2016; Trabert, 1995). Ebenso haben über 50 % der männlichen Bewohner in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe keine abgeschlossene Berufsausbildung (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2016). Bis zu 90 % sind von Arbeitslosigkeit betroffen und ein Großteil davon gilt als langzeitarbeitslos. Die Erwerbsbiografien sind häufig geprägt durch prekäre Beschäftigungen

(schlechte Bezahlung, kein Sozialversicherungsschutz), wiederholte Arbeitsplatzverluste, soziale Isolierung aufgrund häufiger berufsbedingter Ortwechsel, gescheiterte berufliche Reintegration nach Migration, Haft oder Psychiatrieaufenthalt und durch Arbeitsverhältnisse, die mit instabilen Wohnverhältnissen einhergehen, wie z. B. Saisonarbeit (vgl. Walter-Hamann, 2007). Nur ein sehr geringer Teil erhält sein Einkommen aufgrund einer Erwerbs- oder Berufstätigkeit. In den meisten Fällen werden diverse Sozialleistungen in der Regel nach Sozialgesetzbuch (SGB) II oder XII bezogen oder überhaupt kein regelmäßiges Einkommen angegeben, was voraussichtlich überwiegend auf den Personenkreis, der unmittelbar auf der Straße lebt, zutreffen mag. Knapp zwei Drittel sind von Schulden betroffen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2016). Armut, Arbeitslosigkeit und Wohnungslosigkeit bedingen sich gegenseitig (vgl. Lutz & Simon, 2012, S. 44 ff.) und verstärken das Verbleiben innerhalb dieses Kreislaufes: Wer keine Wohnung hat, kann nicht dauerhaft und regelmäßig arbeiten. Und ohne eine regelmäßige Arbeit und ein regelmäßiges Einkommen ist die Finanzierung einer Wohnung nicht möglich (vgl. Gillich & Nieslony, 2000, S. 94).

#### *Fehlende soziale Beziehungen*

Soziale Beziehungen sind aus einer ressourcenorientierten und salutogenetischen Perspektive wesentliche Schutzfaktoren für das seelische Wohlbefinden. Das Leben wohnungsloser Menschen bzw. wohnungsloser Männer ist jedoch häufig von Stigmatisierung, Ausgrenzung und sozialer Isolation geprägt (vgl. Malyssek & Störch, 2009). Bestehende soziale Kontakte werden zwar zum Teil in statistischen Daten aufgeführt (vgl. u. a. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2016), jedoch wird dabei nicht ersichtlich, ob diese auch durch Regelmäßigkeit und Verlässlichkeit geprägt sind. Bezüglich des Familienstands wohnungsloser Männer in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zeigt sich ein sehr deutliches Bild. So ist mit etwa 72 % der größte Teil der männlichen Wohnungslosen ledig. Knapp 16 % sind geschieden und weitere 5 % sind verheiratet, aber getrennt lebend (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2016). Auch wenn die Kategorien „ledig“ und „verheiratet“ nicht zwangsläufig Aufschluss über eine tatsächliche Paarbeziehung geben, decken sich die Zahlen weitestgehend mit den Eindrücken aus Fachdiskussionen, nach denen ein Großteil der wohnungslosen Männer häufig isoliert lebt und nur selten über regelmäßige soziale Kontakte verfügt.

#### 1.4.2 Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankungen/seelische Belastungen

Die hohen Prävalenzen psychischer Erkrankungen und Suchterkrankungen werden im Folgenden gesondert aufgezeigt, da sie den enormen Hilfebedarf wohnungsloser Menschen in diesem Lebensbereich verdeutlichen, der Ausgangspunkt für die Entwicklung des Gruppenprogramms *gesund.sein* war.

Seelische Belastungen bzw. psychische Erkrankungen werden sowohl als Ursache wie auch als Auswirkung von Wohnungslosigkeit benannt. Wenn auch der Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang nicht abschließend geklärt werden kann, zeigen einschlägige Studien die signifikant hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen bzw. wohnungslosen Männern auf. Diese Studien wurden in Deutschland überwiegend im Zeitraum von 1990–2005 durchgeführt und zeigen je nach Untersuchungsdesign unterschiedliche, jedoch durchweg signifikant hohe Prävalenzen psychiatrischer Erkrankungen. Kellinghaus (2000) beschreibt, dass zudem eine Reihe informeller Erhebungen aus einzelnen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe existieren. Diese Annahme kann auch heute noch bestätigt werden, wie anhand von Beiträgen auf Fachtagungen oder in Jahresberichten diverser Träger und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe deutlich wird.

Die Untersuchung von Fichter u. a. (1996) in München zeigt, dass bei den 146 befragten wohnungslosen Männern die Lebenszeitprävalenz einer psychischen Erkrankung bei 94,5 % lag (die 6-Monats-Prävalenz bei 80,8 %). Am Häufigsten waren mit 91,0 % Suchterkrankungen festzustellen (überwiegend Alkohol). Bei 41,8 % wurden affektive Störungen, bei 22,6 % Angststörungen und bei 12,4 % der Befragten Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert. Diese Werte sind signifikant höher als die der Durchschnittsbevölkerung. Zudem zeigte sich, dass lediglich 19,2 % der Befragten in den vergangenen sechs Monaten keine psychiatrische Erkrankung aufwiesen. Während bei 45,9 % eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert wurde, zeigten sich bei 23,3 % zwei, bei 8,2 % drei und bei 3,4 % vier unterschiedliche psychiatrische Krankheitsbilder. Insgesamt wiesen 24,7 % chronische psychische Erkrankungen und 63,7 % eine chronische Suchterkrankung auf. Obwohl die Raten an Komorbiditäten und Chronifizierungen die Schwere der Erkrankungen belegen, schätzten die befragten wohnungslosen Männer ihre Gesundheitssituation besser ein als die Vergleichsgruppe der Durchschnittsbevölkerung. Das methodische Vorgehen dieser Studie orientierte sich maßgeblich an der Untersuchung von Koegel, Burnam und Farr (1988) aus Los Angeles. Auch wenn bei der amerikanischen Studie ein geringer Anteil der Stichprobe weiblich war, scheinen die Auswertungen miteinander vergleichbar zu sein. Beide Untersuchungen zeigten demnach sehr ähnliche Ergebnisse.

Salize, Dillmann-Lange, Kentner-Figura und Reinhard (2006) haben bei zwei weiteren Teilzielgruppen der oben beschriebenen Wohnungsnotfallklassifikation die Prävalenz psychischer Erkrankungen untersucht. So wurden 101 Personen befragt, die akut von Wohnungslosigkeit bedroht waren oder in unzumutbaren Wohnverhältnissen lebten. Bei 79,3 % der Befragten wurde eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung diagnostiziert, wobei Suchterkrankungen (insbesondere Alkoholismus) dominierend waren.

Auch weitere nationale (vgl. u. a. Eikelmann, Inhester, & Reker, 1992; Fichter & Quadflieg, 1999; Längle, Egerter, Albrecht, Petrasch, & Buchkremer, 2005; Podschus & Dufeu, 1995; Reker & Eikelmann, 1997) und internationale (vgl. u. a. Krausz u. a., 2013; Madianos, Chondraki, & Papadimitriou, 2013; Vázquez, Muñoz, & Sanz, 1997) Studien sowie systematische Übersichtsarbeiten (vgl. Fazel, Khosla, Doll, & Geddes, 2008) verdeutlichen ähnlich hohe Prävalenzraten psychischer Erkrankungen und Suchterkrankungen unter wohnungslosen Menschen.

Die, zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit, aktuellsten Ergebnisse sind der sogenannten SEEWOLF-Studie<sup>7</sup> (Bäumel, 2016; Brönner, Baur, Pitschel-Walz, Jahn, & Bäumel, 2013) zu entnehmen, die im Zeitraum von 2010 bis 2012 in diversen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (26,3 % Langzeithilfe, 22,4 % Unterbringung nach § 53 SGB XII, 17,2 % niedrigschwellige Hilfe, 13,8 % Reintegration, 12,1 % Notunterkünfte, 8,2 % betreute Wohngemeinschaften) im Großraum München durchgeführt wurde. Insgesamt wurde eine randomisierte Stichprobe von 232 wohnungslosen Menschen (79,3 % männlich, 20,7 % weiblich; eine geschlechtsspezifische Auswertung liegt derzeit nicht vor) an drei Terminen eingehend untersucht. Bezüglich der psychiatrischen Morbidität zeigen sich kaum Unterschiede zur der oben beschriebenen Studie von Fichter u. a. (1996). Im Laufe ihres Lebens litten 93,3 % der Befragten unter mindestens einer psychiatrischen Erkrankung. Hierbei zeigen sich folgende Lebenszeitprävalenzen: 73,5 % der Befragten wiesen substanzinduzierte Störungen auf, 44,8 % affektive Störungen, 21,1 % neurotische/belastungs- und somatoforme Störungen und 13,5 % schizophrene Spektrumserkrankungen. Die 1-Monats-Prävalenz aktuell behandlungsbedürftiger

---

<sup>7</sup> In den weiteren Ausführungen dieser Arbeit wird wiederholt auf die sogenannte SEEWOLF-Studie (Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München) verwiesen, deren Untersuchungsumfang im Vergleich zu anderen nationalen und internationalen Studien nahezu ein Alleinstellungsmerkmal darstellt. Da sich eine umfassende Darstellung der Ergebnisse zum Zeitpunkt des Abschlusses der vorliegenden Arbeit noch in Vorbereitung befindet (geplant für 2017, Lambertus Verlag), wird entsprechend auf alle bislang erschienenen Veröffentlichungen Bezug genommen (Bäumel, 2016; Brönner, Baur, Pitschel-Walz, Jahn, & Bäumel, 2013; Jahn & Brönner, 2014).

psychiatrischer Erkrankungen lag bei 74,0 %. Zudem waren bei 77,1 % Doppel- und Mehrfachdiagnosen (bis zu sieben Diagnosen) festzustellen, wodurch eine sehr hohe psychiatrische Komorbidität deutlich wird. 55,1 % der Befragten wiesen mindestens eine überdauernde Persönlichkeitsstörung auf, bei 20,3 % wurden zwei bis sechs Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. Die drei häufigsten Persönlichkeitsstörungen waren die antisoziale Persönlichkeitsstörung (18,8 %), die schizoide Persönlichkeitsstörung (17,9 %) und die Borderline-Persönlichkeitsstörung. 43,8 % gaben an, Suizidgedanken in ihrem Leben gehabt zu haben, 16,4 % hatten bereits Suizidversuche unternommen. 41,9 % der Befragten befanden sich mindestens einmal in ambulanter und 41,8 % mindestens einmal in stationärer psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung. 11,0 % berichteten davon, dass schon eine Zwangsbehandlung bei ihnen stattgefunden habe. Anhand der durchgeführten klinischen Interviews und der ergänzenden Aktenanalysen wurden 74,5 % der untersuchten wohnungslosen Menschen als psychiatrisch behandlungsbedürftig eingeschätzt. 27,3 % dieser Betroffenen zeigten keine Krankheitseinsicht. Knapp ein Drittel (29,0 %) nahm Psychopharmaka ein, wobei in 27,7 % der Fälle die Medikamenten-Compliance als schlecht oder mäßig beurteilt wurde. Neben diesem Querschnitt sollten auch Aussagen zum Verlauf der psychischen Erkrankungen in Bezug zur Wohnungslosigkeit generiert werden. Dabei wurde festgestellt, dass 66,1 % der Befragten bereits vor der Wohnungslosigkeit eine psychische Erkrankung aufwiesen, bei 12,7 % befand sich die erste ambulante oder stationäre Behandlung im selben Kalenderjahr und bei 22,2 % ging die Wohnungslosigkeit der psychischen Erkrankung voraus. Auch weitere Lebensbereiche, wie der kognitive Funktionsstatus oder kritische Lebensereignisse, wurden im Rahmen dieser Studie umfassend untersucht. So ist neben der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen auch ein deutlich geringeres Bildungslevel mit zahlreichen Ausbildungsabbrüchen im Gegensatz zur Durchschnittsbevölkerung zu konstatieren. Die Hälfte der Befragten berichtete bereits von psychischen Auffälligkeiten in der Kindheit und Jugend. So scheint es, dass die untersuchten Personen bereits längere Zeit vor ihrer Wohnungslosigkeit von multiplen Problemlagen betroffen waren und durch entsprechende Hilfeangebote – insbesondere auch aus dem psychiatrischen Hilfesystem – nicht oder nur unzureichend erreicht werden konnten (vgl. Bäuml, 2016).

Viele Studien zu psychischen Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen unterliegen einem traditionellen, epidemiologischen Forschungsverständnis, das letztlich Übersichten von Prävalenzzahlen liefert. Salize, Dillmann-Lange und Kentner-Figura (2002) haben in Mannheim im Rahmen eines fachübergreifenden Mehrebenenansatzes anhand

standardisierter Messverfahren eine Querschnittsuntersuchung durchgeführt, in der neben psychiatrischen, somatischen, psychologischen und sozialen Informationen bezüglich der Befragten, auch der psychiatrische und somatische Versorgungsbedarf erfasst wurde. Bei den 102 befragten alleinstehenden Wohnungslosen wurde bei 68,8 % eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung festgestellt. Insgesamt zeigten 34,3 % eine Suchterkrankung, 21,6 % eine Abhängigkeitserkrankung mit zusätzlich einer oder mehreren psychischen Erkrankung(en), und bei 12,7 % war eine Störung aus den Bereichen F2–F7 des ICD-10<sup>8</sup> ohne eine komorbide Abhängigkeitserkrankung zu konstatieren (Salize u. a., 2002, S. 31). Die festgestellten Lebenszeitprävalenzen psychischer Erkrankungen liegen mit 82,4 % noch deutlich höher. Ohne auf eine detaillierte Darstellung der einzelnen Diagnosen und Komorbiditäten näher einzugehen, sei an dieser Stelle die Ermittlung des Versorgungsbedarfes bei 77 Befragten zu betonen. Anhand 23 verschiedener Bedarfs- oder Problembereiche, die in die zwei großen Sektionen klinisch/psychiatrisch und sozial/rehabilitativ unterteilt waren, wurde sowohl erfragt, ob ein Bedarf besteht, als auch zusätzlich ermittelt, wie dieser gedeckt ist. Bei allen Personen lag in mindestens einem Bereich ein Versorgungsbedarf vor, bei den meisten waren jedoch multiple Bedarfe zu erkennen. Es zeigte sich, dass bei 43 der 77 Befragten der gesamte Bedarf ungedeckt war, bei 31 Personen war er nur teilweise gedeckt und bei lediglich drei Personen konnte eine vollständige Bedarfsdeckung verzeichnet werden (vgl. Salize u. a., 2002, S. 37). In dieser Studie wurden somit die signifikant hohen Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen bestätigt und darüber hinaus aufgezeigt, dass dieser Personenkreis von multiplen Versorgungsbedarfen geprägt ist. Besonders bei psychiatrisch-medizinischen Bedarfs- und Problembereichen zeigten sich ungedeckte Bedarfe, da diese prinzipiell durch fachpsychiatrische Maßnahmen aufgefangen werden müssten, tatsächlich aber von Einrichtungen und Personal der Wohnungslosenhilfe erbracht werden. Diese verfügen meist weder über notwendige Kapazitäten noch über entsprechend ausgebildetes Personal. Neben den medizinisch-psychiatrischen Hilfen erfordern auch die soziotherapeutisch-rehabilitativen Versorgungsleistungen (zumindest) ein fachpsychiatrisches Grundverständnis. Zu Recht weisen Salize u. a. (2002, S. 38) aber darauf hin, dass viele Versorgungsleistungen trotzdem von der Wohnungslosenhilfe erbracht werden können bzw. tatsächlich von ihr erbracht werden, diese jedoch durch entsprechende fachpsychiatrische Supervision begleitet werden sollten. Diese Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit struktureller Kooperationen

---

<sup>8</sup> ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision

zwischen Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie und gleichzeitig die Bedeutung evidenzbasierter Konzepte und Modelle im Rahmen sozialarbeiterischer Hilfen für eine bedarfsgerechte Versorgung wohnungsloser Menschen.

Kellinghaus (2000) hat in einer Untersuchung in Münster den Verlauf und die Dauer psychischer Erkrankungen von wohnungslosen Männern und von nicht-wohnungslosen Patienten mit den gleichen Diagnosen verglichen. Neben den psychischen Erkrankungen wurden auch weitere Aspekte wie soziodemografische Merkmale, die sozialen Beziehungen oder die körperlichen Beeinträchtigungen untersucht. Von 50 wohnungslosen Patienten wiesen 29 eine Alkoholabhängigkeit und weitere 13 eine Störung durch andere Substanzen auf. Bei sieben Personen wurde eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis festgestellt. Eine Person wies als Hauptdiagnose eine Persönlichkeitsstörung auf. Bei den untersuchten Personen war zudem eine hohe psychiatrische Komorbidität festzustellen (vgl. Kellinghaus, 2000, S. 45). Obwohl die wohnungslosen Patienten eine deutlich ausgeprägtere psychiatrische Symptomatik zeigten, verwehrloster zur Aufnahme kamen und körperlich stärker beeinträchtigt waren, zeigten sie hinsichtlich der Selbsteinschätzung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes keinen Unterschied zur Kontrollgruppe der nicht-wohnungslosen Patienten (vgl. Kellinghaus, 2000, S. 52).

Die qualitative Studie von Romaus und Gaupp (2003) zeigt ebenfalls auf, dass Bewohner in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe mit psychischen Erkrankungen und/oder Abhängigkeitserkrankungen das Personal vor große Herausforderungen stellen. Dies wird in Alltagssituationen deutlich, die durch Rückzug und Isolation, Distanzlosigkeit oder Aggressivität geprägt sein können. Um diesen Herausforderungen adäquat zu begegnen, fehlt zum einen die fachliche Qualifikation des Personals der Wohnungslosenhilfe hinsichtlich psychiatrisch-therapeutischer Interventionen. Zum anderen gelingt es nur selten, entsprechende Bewohner der Wohnungslosenhilfe in notwendige Hilfen der Psychiatrie oder Suchtkrankenhilfe zu vermitteln (vgl. Romaus & Gaupp, 2003, S. 45–47). Neben der Verbesserung von Rahmenbedingungen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und dem Ausbau von Kooperationsstrukturen mit Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe, erscheint daher auch die Erweiterung von Handlungskompetenzen des Personals in der Wohnungslosenhilfe erforderlich (vgl. Romaus & Gaupp, 2003, S. 51).

Erweitert man den Blick dieser stark medizinisch-psychiatrisch geprägten Studien, die sich (auch sprachlich) überwiegend auf psychische Erkrankungen im Sinne der

Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV<sup>9</sup> beziehen, so lässt sich aus einer sozialarbeiterischen Perspektive herausstellen, dass wohnungslose Menschen erheblich unter seelischen Erkrankungen und Belastungen leiden. Die Schwere dieser Beeinträchtigungen drückt sich zudem in einer Vielzahl an Komorbiditäten, Suchterkrankungen mit zusätzlich auftretenden seelischen Erkrankungen (Doppeldiagnosen) sowie chronifizierten und unbehandelten Krankheitsverläufen aus. Es stellt sich daher die Frage, wie diesen Bedarfen im Kontext der Wohnungslosenhilfe durch sozialarbeiterische Hilfeangebote adäquat begegnet werden kann.

## **2. Die Wohnungslosenhilfe**

In diesem Kapitel soll das sehr heterogene Feld der Wohnungslosenhilfe in Deutschland überblicksartig skizziert werden. Dabei wird zunächst der rechtliche Rahmen umschrieben (Kapitel 2.1), um anschließend das Hilfesystem in Bezug auf die konzeptionelle und methodische Ausrichtung darzustellen (Kapitel 2.2). Im Hinblick auf das Gruppenprogramm *gesund.sein* wird dabei der Bereich der seelischen Gesundheit hervorgehoben, der im Kontext der Wohnungslosenhilfe mit besonderen methodischen Anforderungen für die Soziale Arbeit einhergeht (Kapitel 2.3).

### **2.1 Rechtlicher Rahmen**

Im Bereich der Wohnungslosenhilfe lassen sich diverse gesetzliche Grundlagen und mögliche Zugangswege zu Hilfemaßnahmen verzeichnen. Dabei ist zunächst festzustellen, dass Kommunen nach Ordnungsrecht im Rahmen der Allgemeinen Gefahrenabwehr nach der Generalklausel – in der Regel gemäß § 9 Ordnungsbehördengesetz (OBG) – verpflichtet sind, Obdachlosigkeit zu beseitigen, indem den entsprechenden Personen vorübergehend eine Unterkunft zur Verfügung gestellt wird (vgl. Specht, 2013, S. 13). Unfreiwillige Obdachlosigkeit stellt somit aus rechtlicher Sicht eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und eine Ordnungswidrigkeit dar, der unter anderem durch das Bereitstellen von Notunterkünften auf kommunaler Ebene entgegengewirkt werden soll. In diesem ordnungsrechtlichen Kontext wird daher auch überwiegend von kommunaler Obdachlosenhilfe gesprochen. Neben dieser *Notversorgung* konstituieren sich diverse Hilfen, deren Rechtsgrundlagen wesentlich im SGB II und SGB XII, vereinzelt auch im SGB III (im Zusammenhang mit Arbeitsförderung), im SGB V (für die Krankenversorgung) oder im SGB VIII (bei Fragestellungen der Jugendhilfe) zu finden sind. Zudem sind gesetzliche Grundlagen des Wohn- und Mietrechts von Relevanz (vgl. Lutz & Simon, 2012, S. 79 ff. Specht, 2013, S.

---

<sup>9</sup> DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version IV

13). Von zentraler Bedeutung ist die *Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten* nach §§ 67–69 SGB XII. Diese Leistungsnorm stellt zum einen umfassende Integrations- und Beratungsleistungen mit individuellem Rechtsanspruch bereit, der sich nach dem Grad der sozialen Exklusion und den vorhandenen Bewältigungskompetenzen der Betroffenen begründet. Zum anderen beinhalten §§ 67–69 SGB XII die zentrale Finanzierungsgrundlage für die sozialen Dienste der Wohnungslosenhilfe (vgl. Specht, 2013, S. 14), die überwiegend durch frei-gemeinnützige Träger erbracht werden. Im Bereich der stationären Hilfen und Langzeithilfen sind Eingliederungshilfen für behinderte Menschen nach § 53 SGB XII sowie Hilfen nach § 73 SGB XII anzutreffen (vgl. Lutz & Simon, 2012, S. 135).

Die gesetzliche Situation von wohnungslosen Menschen zeigt sich insgesamt aufgrund diffuser Rangverhältnisse rechtlicher Grundlagen als hochkomplex, speziell in Bezug auf die Systeme des SGB II und XII. Wohnungslose Menschen sehen sich zudem damit konfrontiert, dass ihnen vorgesehene Leistungen systematisch, unsystematisch oder auch zufällig vorenthalten werden, beispielsweise durch fehlerhafte Ermessensausübung oder mangelnde Fachkompetenz von Mitarbeiter\_innen bei Leistungsträgern (vgl. Lutz & Simon, 2012, S. 84, 86).

## **2.2 Konzeptionelle und methodische Ausrichtung des Hilfesystems**

Aufgrund der vielfältigen Rechtsgrundlagen und der heterogenen Zielgruppe (vgl. die diversen Teilzielgruppen der Wohnungsnotfälle in Kapitel 1.1) lässt sich eine Vielzahl an Handlungsfeldern und Akteur\_innen in der Wohnungslosenhilfe verzeichnen, an denen die konzeptionelle und methodische Ausrichtung des Hilfesystems erkenntlich wird. Diese Ausrichtung kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit lediglich überblicksartig und auszugsweise anhand von Diskursen der *scientific community* dargestellt werden. Es sollen jedoch wesentliche Merkmale herausgearbeitet werden, die für die weitere Einordnung und die Implementierung des Gruppenprogramms *gesund.sein* von Bedeutung sind.

Viele wohnungslose Menschen befinden sich in (kommunalen) Notunterkünften, Pensionen oder Notquartieren, meist Gemeinschaftsunterkünften, die neben einem Schlafplatz auch teilweise eine basale *Grundversorgung* (Möglichkeit von Essen, Wäsche waschen etc.) mit überwiegend ehrenamtlichen Strukturen anbieten (vgl. Lutz & Simon, 2012, S. 206 ff.). Diese Unterbringungsform sollte prinzipiell kurzfristig angelegt sein, zeigt sich jedoch in der tatsächlichen Umsetzung für viele Menschen als längerfristige Lebensform und Einstieg in das Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe. So können sich an einen Aufenthalt in einer

Notunterkunft ambulante oder (teil-)stationäre Hilfen der Wohnungslosenhilfe anschließen (vgl. Lutz & Simon, 2012, S. 93–94). In den vergangenen drei Jahrzehnten hat sich die Wohnungslosenhilfe von einem eher traditionellen und geschlossenen Hilfesystem zu einem immer moderneren und vielfältigeren Hilfe-, Dienstleistungs- und Versorgungssystem entwickelt. Dies zeigt sich in einer deutlich differenzierteren, innovativeren und somit angemesseneren Angebotsstruktur hinsichtlich der spezifischen Bedarfe und Problemlagen wohnungsloser Menschen. Die Wohnungslosenhilfe ist durch ambulante und (teil-)stationäre Hilfen gekennzeichnet, die sowohl untereinander als auch mit weiterführenden Hilfen vernetzt sind (vgl. Lutz & Simon, 2012, S. 94–96). Wie in anderen Hilfesystemen gilt auch in der Wohnungslosenhilfe prinzipiell der Vorrang ambulanter Hilfen vor stationären Maßnahmen. Dieser Grundsatz führte zu einer entsprechenden Aufwertung ambulanter Angebote und einer Neupositionierung stationärer Hilfen (vgl. Lutz & Simon, 2012, S. 109). Auch wenn es in Deutschland starke regionale und strukturelle Unterschiede der Hilfeangebote gibt, lassen sich einige grundsätzliche Hilfeformen, und deren konzeptionelle und methodische Umsetzung, benennen.

Ambulante Hilfe ist zunächst dadurch gekennzeichnet, dass sie im Gegensatz zu einem stationären Angebot „keine an das Wohnen gebundene Kompaktlösung“ (Lutz & Simon, 2012, S. 109) darstellt, sondern individuell zugeschnittene Hilfemöglichkeiten anbietet. Als ambulante Hilfen mit elementarer Grundversorgung können zunächst Tagesaufenthaltsstätten, häufig auch Wärme- oder Teestuben genannt, aufgeführt werden. Hierbei wird versucht, wohnungslose Menschen, die zum Teil durch jegliche Hilfesysteme nicht (mehr) erreicht werden können, durch einen niedrigschwiligen Ansatz wieder anzubinden, um ihre basale Versorgungssituation hinsichtlich Ernährung, Kleidung und Körperhygiene zu verbessern. Neben dieser Grundversorgung sind meist auch *sozialarbeiterische Beratungsangebote* bzw. *sozialarbeiterische Beratungsstellen* angekoppelt, deren Ziel es ist, wohnungslose Menschen niedrigschwellig zu beraten, um Veränderungen der aktuellen Situation zu erarbeiten. „Dies reicht von Informationen über das örtliche Hilfesystem, die Aufklärung hinsichtlich bestehender Möglichkeiten bis hin zum Erstellen eines Hilfeplans, der langfristig Normalisierung und eigenes Wohnen erreichen will“ (Lutz & Simon, 2012, S. 112). Der methodische Zugang der Einzelfallhilfe ist häufig am *Case Management* angelehnt und in Publikationen von Monzer (2008, 2015) für den Kontext der Wohnungslosenhilfe konkretisiert. Der Ablauf des Case Managements gliedert sich in verschiedene Phasen (Engagement, Assessment, Planning, Intervention, Monitoring, Evaluation), wobei zunächst die individuellen Bedarfe und Ziele ermittelt werden sollen, die

schließlich vor allem in längerfristigen Hilfeprozessen in einem Hilfeplan festgehalten werden können. Innerhalb des allgemeinen Beratungssettings zeigen sich unterschiedliche Ausgestaltungsformen. So werden Hilfesuchende teils von einer Person kontinuierlich betreut, teils von unterschiedlichen Sozialarbeiter\_innen. Die Intensität und Regelmäßigkeit der Betreuung kann zudem sehr variieren (vgl. Gillich & Nieslony, 2000, S. 151; Lutz & Simon, 2012, S. 116 ff.). Ein weiterer niedrigschwelliger ambulanter Zugang sind sogenannte *aufsuchende Hilfen*, insbesondere *Straßensozialarbeit/Streetwork* (vgl. Gillich, 2008; Hinz, Simon, & Wollschläger, 2000). Hierbei sollen wohnungslose Menschen durch regelmäßige Kontakte und verlässliche Präsenz an Szeneplätzen im öffentlichen Raum möglichst niedrigschwellig erreicht werden. Zum einen soll dadurch eine Sicherstellung materieller Grundversorgung geleistet werden, zum anderen ein vertrauensvoller Beziehungsaufbau mit Hilfebedürftigen gelingen, die sich häufig von anderen etablierten Hilfen abgewandt haben. Im Rahmen von Streetwork werden den Zielgruppen Beratungsangebote zur Verfügung gestellt, wie auch Möglichkeiten der Vermittlung anderer Dienste des Hilfesystems eröffnet (Lutz & Simon, 2012, S. 122). Auch die medizinische Versorgung als aufsuchende Hilfe, anhand von sogenannten Arztmobilen (*medical streetwork*), konnte sich in vielen Städten etablieren (vgl. u. a. Trabert, 2013). Im Bereich ambulanter Angebote sind zudem *präventive Hilfen* und Maßnahmen der *Nachsorge* anzusiedeln, die einen (erneuten) Wohnungsverlust verhindern sollen. In vielen Städten und Kommunen wurden hierfür *Zentrale Fachstellen für Wohnungsnotfälle und Prävention (ZfW)* geschaffen (Lutz & Simon, 2012, S. 139 ff.). Darüber hinaus lassen sich konzeptionelle Überlegungen hinsichtlich der *Sozialraumorientierung* (vgl. u. a. Gillich, 2010) und der *Gemeinwesenarbeit* (vgl. u. a. Rothschild, 2010) in der Wohnungslosenhilfe verzeichnen.

Neben diesen ambulanten Hilfemaßnahmen haben stationäre Hilfen eine lange Tradition im Bereich der Wohnungslosenhilfe. Stationäre Einrichtungen gerieten immer wieder in die Kritik, ihre Zielgruppen nicht zu resozialisieren, sondern diese vielmehr anhand von Komplettersorgungen zu hospitalisieren (vgl. Lutz & Simon, 2012, S. 125). Dies führte zu einem anhaltenden Reformprozess, sodass stationäre Hilfen heute ausdifferenzierte Angebote für Menschen bereitstellen, die eine umfassende Betreuung und einen Schutzraum zur Stabilisierung benötigen. Das Hilfeangebot ist, im Gegensatz zu ambulanten Hilfen, prinzipiell umfassender, intensiver und langfristiger angelegt. Dies rechtfertigt auch den Fokus einzelner Einrichtungen auf spezifische (Teil-)Zielgruppen wohnungsloser Menschen (vgl. Lutz & Simon, 2012, S. 128). Neben der Versorgung der Grundbedürfnisse (Wohnen, Mahlzeiten, Wäscheservice etc.), stellen die *kontinuierliche Einzelfallhilfe, diverse Trainings*

(z. B. hinsichtlich Alltagsfähigkeiten, Wohnen etc.) sowie *tagesstrukturierende Arbeitsmöglichkeiten* (meist in Werkstätten unter Arbeitsanleitung) wesentliche Säulen stationärer Einrichtungen dar. Teilweise sind auch *medizinische und pflegerische Dienste* sowie *suchtspezifische Angebote* vor Ort verfügbar (vgl. Lutz, 2001; Lutz & Simon, 2012, S. 125 ff.). In den vergangenen Jahren haben sogenannte *Langzeithilfen* an Bedeutung gewonnen, die sich an ältere wohnungslose Menschen<sup>10</sup> richten. Dieser teils stark vorgealterte Personenkreis weist vielfach Pflegebedarfe in Kombination mit spezifischen Problemlagen (wie z. B. Alkohol) auf, kann jedoch nur selten in klassischen Einrichtungen der Altenhilfe untergebracht werden. Langzeithilfen bieten daher tagesstrukturierende Angebote und Freizeitmaßnahmen, eine pflegerische Versorgung sowie sozialarbeiterische Unterstützung an (vgl. Reifferscheid, 2010, S. 199 ff.).

Sowohl im ambulanten wie auch stationären Setting wird der Diskussion um das Schnittstellenmanagement der Wohnungslosenhilfe zu anderen Hilfesystemen, wie beispielweise der Psychiatrie oder Suchtkrankenhilfe, ein hoher Stellenwert beigemessen. Dies führte zu diversen Kooperationsmodellen, sodass in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zum Teil auch regelmäßig medizinische/psychiatrische Sprechstunden direkt vor Ort angeboten werden (vgl. u. a. Reifferscheid & Duschinger, 2013; Wessel, 2002). In allen Handlungsfeldern der Wohnungslosenhilfe stellen die signifikant hohen Prävalenzzahlen von Suchterkrankungen, insbesondere von Alkoholabhängigkeiten (vgl. u. a. Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 2007; Fichter u. a., 1996; Fichter & Quadflieg, 1999), eine besondere Herausforderung für die Soziale Arbeit dar. Hierbei wurde über die notwendigen Kooperationsstrukturen hinaus auch eine methodische Herausforderung für die Soziale Arbeit erkannt, da Angebote der traditionellen Suchtkrankenhilfe aufgrund ihres Abstinenzparadigmas für viele wohnungslose Menschen nicht (unmittelbar) zugänglich sind. Für die Soziale Arbeit mit wohnungslosen Menschen erwies sich demnach der Ansatz des *kontrollierten Trinkens* (Körkel, 2002) in Kombination mit der *Motivierenden Gesprächsführung* (Miller & Rollnick, 2015) als erfolgversprechend, sodass diese strukturierte Methodik speziell für die Wohnungslosenhilfe adaptiert wurde und in den vergangenen Jahren im wissenschaftlichen Fachdiskurs Einzug fand (vgl. Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 2007).

---

<sup>10</sup> Für eine differenzierte Auseinandersetzung mit den spezifischen Bedarfen älterer wohnungsloser Menschen vgl. Studien von Brem (u. a. 2011)

### **2.3 Methodische Herausforderungen für die Soziale Arbeit im Kontext seelischer Gesundheit**

Anhand der Ausführungen des vorangegangenen Kapitels konnte bereits aufgezeigt werden, dass sich die Wohnungslosenhilfe auf einer strukturellen und konzeptionellen Ebene in ambulante und (teil-)stationäre Maßnahmen untergliedert. Wie Soziale Arbeit im Kontext der Wohnungslosenhilfe, neben einer (häufig auch ehrenamtlich organisierten) Grundversorgung (vgl. Lutz & Simon, 2012, S. 206 ff.) konkret methodisch vorgeht, deutete sich bislang nur ansatzweise an. Um diesbezüglich Herausforderungen – insbesondere im Kontext seelischer Gesundheit – zu identifizieren, soll zunächst ein Grundverständnis methodischen Handelns Sozialer Arbeit skizziert werden.

Nach Galuske thematisieren Methoden der Sozialen Arbeit „jene Aspekte im Rahmen sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Konzepte, die auf eine planvolle, nachvollziehbare und damit kontrollierbare Gestaltung von Hilfeprozessen abzielen und die dahingehend zu reflektieren und zu überprüfen sind, inwieweit sie dem Gegenstand, den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, den Interventionszielen, den Erfordernissen des Arbeitsfeldes, der Institution, der Situation sowie den beteiligten Personen gerecht werden“ (Galuske, 2013, S. 35). Auch Stimmer (2012) beschreibt Methoden als planbare, geregelte und zielorientierte „Wege“ des Problemlösens. Methodisches Handeln bezieht sich damit entsprechend auf die konkrete Umsetzung von Techniken und Verfahren, wovon „quasi automatisch ablaufende Routineaufgaben“ (Stimmer, 2012, S. 25) abzugrenzen sind.

Anknüpfend an diesem Methodenverständnis ist festzustellen, dass Soziale Arbeit zunächst im Einzelsetting grundsätzlich durch Beratung tätig ist. Hierfür wird Case Management auch auf einer wissenschaftlichen Ebene als Basis der methodischen Umsetzung beschrieben (vgl. Monzer, 2008, 2015). Ebenso lassen sich Publikationen zu Streetwork als aufsuchende Methode der Sozialen Arbeit in der Wohnungslosenhilfe verzeichnen (vgl. Gillich, 2008; Hinz u. a., 2000). Die Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (2015) wird als grundlegende Gesprächsführungsmethodik und Bezugspunkt für eine professionelle Haltung im Kontext der Wohnungslosenhilfe diskutiert (vgl. Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 2007; Deters, 2012). Als spezifische und sehr ausdifferenzierte Methoden lassen sich die Ansätze des kontrollierten Trinkens (Körkel, 2002) in Kombination mit der Motivierenden Gesprächsführung für das Einzel- und Gruppensetting benennen, die speziell für die Wohnungslosenhilfe angepasst wurden (vgl. Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 2007). Zudem existiert ein Deeskalationstraining

für wohnungslose Männer, das in einem Pilotprojekt getestet wurde (vgl. Busch-Wübbena u. a., 2009; Jürgensonn, 2009).

Die genannten Konzepte und Methoden sind zum Teil in entsprechenden Manualen konkretisiert und zeigen – im Sinne des oben beschriebenen Methodenverständnisses – ein planmäßiges, zielgerichtetes und systematisches Vorgehen. Darüber hinaus ist jedoch festzustellen, dass eine methodische Konkretisierung und Ausdifferenzierung sozialarbeiterischen Handelns in der Wohnungslosenhilfe sehr vage bleibt und/oder unzureichend publiziert ist, wenn man insbesondere auf die einschlägigen Lehrbücher (vgl. Gillich & Nieslony, 2000; Lutz & Simon, 2012), diverse Tagungsbände (vgl. z. B. Jordan, 2015; Keicher & Gillich, 2014) oder die im Feld der Wohnungslosenhilfe einzige deutschsprachige Fachzeitschrift *wohnungslos* zurückgreift. Auch die tatsächliche Reichweite oben beschriebener Ansätze und Programme hinsichtlich ihrer praktischen Anwendung bleibt weitestgehend ungeklärt. Der wissenschaftliche Diskurs scheint sich überwiegend auf eine strukturelle, anstatt auf eine methodische Ebene zu fokussieren. Dies könnte mitunter auf ein ganzheitliches, generalistisches und hermeneutisches Professionsverständnis Sozialer Arbeit im Feld der Wohnungslosenhilfe zurückzuführen sein, das die Bearbeitung lebenspraktischer Krisen im Alltag der Klient\_innen sowie das Arbeitsbündnis zwischen der Pädagogin/dem Pädagogen und der Klientin/dem Klienten von entscheidender Bedeutung erachtet. Dem Einzelfall angemessenes Agieren ist demnach durch stellvertretende Deutung, Reflexion und hermeneutisches Fallverstehen geprägt, was sich prinzipiell in der Offenheit methodischer Ausgestaltungen des Hilfeprozesses widerspiegelt (vgl. u. a. Dewe & Otto, 2002; Ferchoff, 1993; Hauptert & Kraimer, 1991; Thiersch, 2002, S. 203 ff.). In dieser Logik wären (zu) spezialisierte Methoden auf ein empirisches und evidenzbasiertes Grundverständnis Sozialer Arbeit zurückzuführen, wodurch eine Stigmatisierung der Betroffenen, eine Entpolitisierung der Sozialen Arbeit und letztlich eine nicht ausreichende Betrachtung von Wohnungslosigkeit zu befürchten wäre. Da an dieser Stelle die konträren Paradigmen und Professionsverständnisse Sozialer Arbeit nicht ausreichend und abschließend diskutiert werden können (vgl. für einen Überblick: Erath & Balkow, 2016), soll nochmals auf den ökosozialen Ansatz (Germain & Gitterman, 1999) verwiesen werden. Dieser macht deutlich, dass Soziale Arbeit auf der Mikro-, Meso- und Makroebene agiert und, auch wenn diese zweifelsohne nicht gänzlich losgelöst voneinander betrachtet werden können, entsprechend unterschiedlichen Herausforderungen begegnet. So wird sichtbar, dass im Kontext der Meso- und Makroebene Diskurse hinsichtlich rechtlicher, struktureller und sozialpolitischer Fragestellungen konstruktiv geführt werden (vgl. u. a. Keicher & Gillich, 2014; Specht,

2013). Auf der Mikroebene, wo Soziale Arbeit von einem unmittelbaren und kontinuierlichen Handlungsdruck im direkten Kontakt mit den Zielgruppen geprägt ist, bedarf es jedoch entsprechender Handlungsoptionen – Methoden – zur Bewältigung herausfordernder Situationen und Problemlagen. Hierbei sind noch große Potenziale zur vertieften Auseinandersetzung für das Feld der Wohnungslosenhilfe zu konstatieren.

Betrachtet man den internationalen Diskurs bezüglich methodischen Handelns Sozialer Arbeit in der Wohnungslosenhilfe, ist zunächst anzumerken, dass auch hier unterschiedliche Definitionen und Zielgruppen von wohnungslosen Menschen eine Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit wissenschaftlicher Erkenntnisse erschweren. Zudem existieren Unterschiede in den nationalen sozialen Sicherungssystemen, die sich auf die entsprechenden Grundverständnisse und Angebotsstrukturen von Hilfeleistungen auswirken (vgl. für einen Überblick des internationalen Diskurses bezüglich Wohnungslosigkeit und Hilfen für wohnungslose Menschen u. a. Levinson, 2004a, 2004b). Pleace warnt folgendermaßen vor einer uneingeschränkten Übertragbarkeit internationaler Forschungsergebnisse: „*Good quality American, Australian and Canadian research adds to our understanding. However, this material is ultimately not about Europe, and that, in itself, is an important caveat. There is a need for caution in relying on externally generated evidence and ideas to guide European research, because it is already clear that patterns in homelessness that exist in countries outside Europe do not necessarily exist in the same way within Europe*“ (Pleace, 2016, S. 28). So werden in den USA beispielsweise die Bedarfe und Interventionsmöglichkeiten bei den (Teil-)Zielgruppen *homeless veterans* und *homeless African-Americans* vielseitig diskutiert, erscheinen aber für den Kontext in Deutschland nur sehr eingeschränkt nutzbar. In Europa ist die wissenschaftliche Debatte maßgeblich dem *European Journal of Homelessness* zu entnehmen. Auch hier ist ähnlich – wie für den oben beschriebenen deutschsprachigen Kontext – zu konstatieren, dass es eine Schwerpunktsetzung hinsichtlich struktureller und sozialpolitischer Betrachtungen gibt. Eine Ausnahme stellt hierbei der *Housing-First-Ansatz* dar, der häufig im weiteren Sinne als Methode betitelt, und in Deutschland zunehmend diskutiert wird. Dabei sollen wohnungslose Menschen nicht das traditionelle *Stufenmodell* von Betreuungs- und Versorgungsangeboten durchlaufen, sondern unmittelbar einen Zugang zu einer eigenen Wohnung erhalten, mit dem entsprechend individuell passende Hilfen einhergehen können (vgl. u. a. Busch-Geertsema, 2014).

Für den Bereich der seelischen Gesundheit wohnungsloser Menschen zeigen sich die methodischen Herausforderungen für die Soziale Arbeit in der Wohnungslosenhilfe besonders deutlich. Die signifikanten Prävalenzen psychischer Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen sind wissenschaftlich umfassend beschrieben (vgl. Kapitel 1.4.2). In den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, deren professionelle Fachkräfte überwiegend der Sozialen Arbeit angehören, sind die daraus resultierenden Bedarfe wohnungsloser Menschen allgegenwärtig. Daran anschließend werden mangelnde Kooperationsstrukturen mit dem Psychiatriesystem, die unzureichende Erreichbarkeit wohnungsloser Menschen für psychiatrische Angebote und auch umgekehrt, die unzureichende Erreichbarkeit psychiatrischer Angebote für wohnungslose Menschen, thematisiert (vgl. u. a. Eikelmann, Reker, & Zacharias, 2002, S. 50 ff. Kellinghaus, 2000, S. 91 ff. Lutz & Simon, 2012, S. 181–184; Meller u. a., 2000). Konkrete Handlungsoptionen für die Soziale Arbeit lassen sich jedoch hierbei kaum ableiten, außer man spricht ihr eine durchgängig weitervermittelnde Rolle zu. Es stellt sich somit die Frage, wie Soziale Arbeit wohnungslosen Menschen und ihren seelischen Belastungen im unmittelbaren Kontakt durch ein professionelles und methodisches Handeln, begegnen kann. Wie im folgenden Kapitel dokumentiert werden soll, verzeichnen Psychoedukationsprogramme im psychiatrischen und psychotherapeutischen Setting sowie der Suchtkrankenhilfe große Erfolge und zählen dort zu etablierten Methoden. Speziell das Gruppensetting weist hierbei beachtliche Potenziale auf (vgl. Yalom, 1995), bleibt bislang jedoch in der Wohnungslosenhilfe hinsichtlich themenzentrierter, sozialarbeiterischer Programme weitestgehend ungenutzt. So lassen sich, bis auf (vereinzelte) Implementierungen von Gruppenangeboten wie das kontrollierte Trinken (vgl. Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 2007) und das oben beschriebene Deeskalationstraining (vgl. Busch-Wübena u. a., 2009; Jürgensonn, 2009), für die Wohnungslosenhilfe keine spezifischen, sozialarbeiterischen Gruppenprogramme verzeichnen. Die vorliegende Arbeit möchte dieser Versorgungslücke entsprechend Rechnung tragen und für den Bereich der seelischen Gesundheit wohnungsloser Männer eine sozialarbeiterische Methode im Gruppensetting bereitstellen.

### **3. Ein Blick in die Nachbardisziplinen: Psychiatrisch-psychotherapeutische Psychoedukation**

Die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen und der häufig chronische und/oder unbehandelte Krankheitsverlauf wurden bereits eingehend dargestellt (siehe Kapitel 1.4.2), ebenso die Notwendigkeit und Herausforderung diesem

Versorgungsbedarf anhand zielgruppenorientierter Methoden in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zu begegnen (siehe Kapitel 2.3). Demnach rückt eine Debatte um die Handlungskompetenzen der Sozialer Arbeit in den Mittelpunkt, innerhalb der auch wiederkehrend die therapeutischen Einflüsse auf sozialarbeiterische Methoden thematisiert werden (vgl. Galuske, 2013, S. 92 ff. und S. 135 ff.). Eine ausführliche Darstellung des Verhältnisses von Sozialer Arbeit und Psychotherapie kann an dieser Stelle nicht geleistet werden (vgl. hierfür u. a. Ohling, 2015). Es ist jedoch hervorzuheben, dass Gemeinsamkeiten wie auch Unterschiede existieren, die es entsprechend zu reflektieren gilt. Insbesondere für den Bereich der Gesundheitsförderung sind vielfache Schnittmengen Sozialer Arbeit und (psycho-)therapeutischer Hilfen erkennbar (vgl. Mühlum, 2008; Ohling, 2015, S. 78–80). Sowohl Psychotherapie als auch Soziale Arbeit weisen jeweils eigene Stärken und Spezifika auf, die in einem gemeinsamen System psychosozialer Hilfe erfolgreich zu bündeln sind. Es kann daher im Einzelfall durchaus angezeigt sein, dass sich sozialarbeiterische Methoden bestimmter Elemente therapeutischer Ansätze bedienen, wenn dies im Anbetracht der jeweiligen Zielgruppe, ihrer Problemlagen und der situativen Rahmenbedingungen sinnvoll zu begründen ist (vgl. Galuske, 2013, S. 145; oder auch Ohling, 2015, S. 76 f.). Eine konstruktive Nutzung therapeutischen und psychologischen Wissens – ohne sich dabei einer fachlichen Fremdbestimmung zu unterziehen – ist im Rahmen der Klinischen Sozialarbeit festzustellen (vgl. Mühlum & Gahleitner, 2008). Diesem psychosozialen Grundverständnis folgend, kann auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit ein Blick in entsprechende Nachbardisziplinen methodische Potenziale für die Soziale Arbeit offenlegen. Dieser lässt erkennen, dass sich Psychoedukation im psychiatrischen und psychotherapeutischen Setting für Menschen mit psychischen Erkrankungen empirisch bewährt und als Behandlungsbaustein in der Versorgungspraxis etabliert hat. Auch für die Wohnungslosenhilfe erscheint Psychoedukation in seinen Grundprinzipien große Chancen eröffnen zu können, wenngleich sie kritisch hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit in den sozialarbeiterischen Kontext der Wohnungslosenhilfe zu prüfen ist (siehe Kapitel 4). Zunächst sollen jedoch in diesem Kapitel der theoretische Rahmen (Kapitel 3.1) und die Ziele (Kapitel 3.2) von Psychoedukation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting aufgezeigt werden. Daran anschließend werden die konzeptionelle und methodische Umsetzung (Kapitel 3.3) sowie empirische Erkenntnisse (Kapitel 3.4) bezüglich Psychoedukation präsentiert.

### 3.1 Theoretischer Rahmen

In den vergangenen Jahren haben zunehmend psychoedukative Therapiebausteine die klassischen Behandlungsverfahren der Psychiatrie und Psychotherapie ergänzt. Neben Psychodukation finden sich auch Bezeichnungen wie Patientenschulung oder Gesundheitskurse in Fachpublikationen und psychotherapeutischen Settings wieder (vgl. Angenendt & Stieglitz, 2012; Bäuml, Behrendt, Henningsen, & Pitschel-Walz, 2016; Behrendt & Schaub, 2005). Wesentliche Anstöße aus der Verhaltenstherapie und der Bewältigungsforschung haben zu der Annahme beigetragen, „dass Patienten mit psychischen Störungen in die Lage versetzt werden können, selbst einen wesentlichen Beitrag zu Veränderungen und deren Stabilisierung zu leisten, wenn sie angemessene und kompetente Informationen sowie systematische Anleitungen erhalten“ (Angenendt & Stieglitz, 2012, S. 575). Psychoedukative Interventionen können von überwiegend informativem Charakter bis zu gruppenpsychotherapeutischen Ausgestaltungen eminent differieren. Der heute im psychiatrischen Setting allgemein etablierte Begriff der Psychoedukation tauchte erstmals in den USA um 1980 bei Anderson auf. Hierbei erhielten Patient\_innen, die an einer Schizophrenie erkrankt waren, und deren Angehörige, neben umfangreichen Informationen bezüglich des Krankheitsbildes, auch Elemente des Trainings von sozialen Fertigkeiten und Problemlösestrategien (vgl. Anderson, Hogarty, & Reiss, 1980). Nach Bäuml, Lüscher & Pitschel-Walz (2015) besteht der wesentliche Unterschied von Psychoedukation und einem rein edukativen Vorgehen, wie es häufig in der somatischen Medizin anzutreffen ist, darin, dass eine Informationsvermittlung in unmittelbarer Kombination mit einer emotionalen Entlastung einhergehen muss. Bei seelischen Erkrankungen bedarf es meist einer größeren Sensibilisierung, Motivation und Erklärung, um eine Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung zu ermöglichen. Es ist daher notwendig, den Patient\_innen komplexes Fachwissen zu dolmetschen, Ängste und Missverständnisse aufzulösen und sie somit aktiv zu beteiligen, um Optimismus zu fördern. Denn erst mit dem eigenen Glauben an die Wirksamkeit von Behandlung, können die letztlich entscheidenden Selbstwirksamkeits- und Selbstheilungskräfte der Betroffenen zur Geltung kommen (vgl. Bäuml u. a., 2015, S. 293–294). Diese aktive Beteiligung der Betroffenen am Therapieprozess, im Sinne des Empowerments, und ein Dialog *auf Augenhöhe* zwischen Professionellen und Betroffenen, stellen wesentliche Voraussetzungen psychoedukativer Interventionen dar, wenn sie erfolgversprechend sein sollen und von einer paternalistischen Haltung Abstand nehmen wollen (vgl. Bock & Heumann, 2015). Zusammenfassend hat die *Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*, die für einschlägige Publikationen sowie

für die Gründung der *Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE)* maßgeblich verantwortlich ist, folgende Definition für Psychoedukation entwickelt:

„Unter dem Begriff der Psychoedukation werden demnach systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Im Rahmen einer Psychotherapie bezeichnet Psychoedukation denjenigen Bestandteil der Behandlung, bei dem die aktive Informationsvermittlung, der Erfahrungsaustausch unter den Betroffenen und die Bearbeitung allgemeiner Krankheitsaspekte im Vordergrund stehen. Die Wurzeln der Psychoedukation liegen in der Verhaltenstherapie, wobei aktuelle Konzepte auch gesprächstherapeutische Elemente in unterschiedlicher Gewichtung enthalten“ (Bäumel & Pitschel-Walz, 2008, S. 3).

### **3.2 Ziele**

Je nach Zielgruppenbeschreibung, diagnosenspezifischer oder -unspezifischer Ausrichtung und Grad der Manualisierung werden diverse Ziele für Psychoedukationsprogramme benannt, die sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten aufweisen, wie den folgenden ausgewählten Beispielen zu entnehmen ist. So führen etwa Angenendt und Stieglitz (2012, S. 575–576) als allgemeine Ziele von Psychoedukation auf:

- Abbau von Informationsdefiziten
- Erhöhung der Compliance
- Subjektive Entlastung
- Verbesserung der aktiven Krankheitsbewältigung

Behrendt und Krischke (2005, S. 16) benennen als zwei wesentliche Ziele von Psychoedukation:

- Verbesserung der Compliance
- Senkung der Rückfallwahrscheinlichkeit und somit Verbesserung des Krankheitsverlaufs

Darüber hinaus fassen sie u. a. folgende Zielvorstellungen für psychoedukative Programme bei schizophren/schizoaffektiv Erkrankten und ihren Angehörigen zusammen (vgl. Behrendt & Krischke, 2005, S. 17):

- Förderung der subjektiven Verarbeitung des Krankheitsgeschehens, Stärkung der aktiven Krankheitsbewältigung, Unterstützung von Selbstverantwortung und Autonomie im Umgang mit der eigenen Verletzlichkeit
- Verbesserung des krankheitsbezogenen Wissens
- Verbesserung der (medikamentösen) Compliance

- Verbesserung im Umgang mit Krisen und Frühsymptomen
- Verbesserung der Rückfallprophylaxe
- Verbesserung des familiären Interaktionsstils

Auf der Grundlage diverser Konzepte konstatieren letztlich Pitschel-Walz und Bäuml (2016a, S. 3) als übergeordnete Zielbeschreibung von Psychoedukation: „Im Vordergrund steht die Gesundheitsförderung: die Stärkung der Ressourcen und die Förderung des informierten, selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung“ (2016a, S. 3). Neben diesem Hauptziel, stellen sie als weitere Teilziele heraus (vgl. Pitschel-Walz & Bäuml, 2016a, S. 3):

- Verbesserung des Informationsstandes bezüglich Diagnose, Verlauf, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung
- Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzeptes
- Befähigung zur kompetenten Mitentscheidung der Behandlungsoptionen
- Emotionale Entlastung der Betroffenen
- Förderung einer langfristigen Behandlungsbereitschaft der Betroffenen
- Verbesserung der Krisenbewältigung
- Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung
- Erhöhung der Selbstwirksamkeit

Diese Zieldimensionen sollen anhand von Psychoedukationsprogrammen erreicht werden, deren konzeptionelle und methodische Umsetzung im Folgenden erläutert wird.

### **3.3 Konzeptionelle und methodische Umsetzung**

Psychoedukation kann sowohl im Einzel- als auch Gruppensetting im ambulanten oder (teil-)stationären Kontext stattfinden und sich an Betroffene wie auch an deren Angehörige richten. Gruppeninterventionen können bifokal (Betroffenen- und Angehörigengruppe laufen parallel) wie auch monofokal (unabhängige Betroffenen- oder Angehörigengruppe) angeboten werden (vgl. Pitschel-Walz & Bäuml, 2016a, S. 5). Psychoedukative Gruppen werden überwiegend von professionellen Fachkräften geleitet, zum Teil aber auch in Form von *Peer-to-Peer*-Ansätzen abgehalten (vgl. Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, & Kissling, 2016). Zudem existieren Angebote internetbasierter Psychoedukation (vgl. Reventlow, 2016). Im Fokus dieser Arbeit und der folgenden Ausführungen steht Psychoedukation als Gruppenangebot, das von Professionellen durchgeführt wird und sich an Betroffene richtet.

In der Regel wird die Gruppenleitung von Ärzt\_innen oder Psychologischen Psychotherapeut\_innen übernommen, die Co-Leitung meist durch andere psychosoziale Berufsgruppen des psychiatrischen Hilfesystems, wie etwa psychiatrische Fachkrankenpfleger\_innen, Sozialarbeiter\_innen oder Ergotherapeut\_innen (vgl. Bäuml & Pitschel-Walz, 2016b). Die Teilnehmer\_innenzahl liegt bei etwa 8 bis 12 Personen. Publizierte Gruppenmanuale weisen in der Regel zwischen 8 und 16 Sitzungen auf und werden im Rahmen geschlossener oder offener Gruppen durchgeführt. Die Dauer der einzelnen Sitzungen reicht von 60 bis 180 Minuten, wobei im stationären Kontext häufig zwei Einheiten pro Woche abgehalten werden, wohingegen im ambulanten Setting tendenziell eine Sitzung pro Woche stattfindet (vgl. Pitschel-Walz & Bäuml, 2016a, S. 5). Grundsätzlich gibt es kaum Kontraindikationen für Psychoedukation, lediglich allgemeine Ausschlusskriterien zur Teilnahme an einem Gruppenangebot, wie akute Krisen, mangelnde Sprachkenntnisse oder erhebliche Einschränkungen der Intelligenz (vgl. Pitschel-Walz & Bäuml, 2013, S. 333).

Der überwiegende Teil angewandter Psychoedukationsprogramme hat seinen Ursprung in verhaltenstherapeutischen und kognitiven Konzepten. Ebenso sind gruppenspezifische Prozesse und Annahmen der Gesprächspsychotherapie von großer Relevanz (vgl. Bäuml & Pitschel-Walz, 2016b, S. 12 ff.). Dies zeigt sich auch in der didaktischen Ausgestaltung der Programme, die häufig durch folgende Elemente geprägt ist (vgl. Bäuml & Pitschel-Walz, 2016a, S. 51; Pitschel-Walz & Bäuml, 2013, S. 335):

- Wiederkehrende Gruppenstruktur (ähnlicher Ablauf der einzelnen Sitzungen)
- Vermeiden von Fachterminologien
- Wohldosierte Informationsmengen
- Strukturierte Gesprächsführung
- Interaktive und aktivierende Gruppenführung
- Visualisieren (Bilder und Metaphern verwenden)
- Regelmäßiges Wiederholen und Zusammenfassen
- Bereitstellung schriftlicher Materialien

Bäuml (2010, S. 127) benennt zwei zentrale Elemente der Psychoedukation: zum einen die interaktive Informationsvermittlung, bei der den Gruppenleitungen die Aufgabe des Dolmetschens von Fachwissen zukommt. Eine einfach verständliche Sprache soll den Betroffenen das Gefühl des *Durchblicks* mit *Aha-Erlebnissen* ermöglichen. Zum anderen steht die emotionale Entlastung im Mittelpunkt, die besonders durch den Erfahrungsaustausch

der Teilnehmer\_innen erzeugt wird, da die vermeintliche Einmaligkeit des eigenen Schicksals zumindest teilweise relativiert werden kann. Es ist zu betonen, dass Psychoedukation als ein (Grund-)Baustein innerhalb eines komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsansatzes verstanden werden soll, durch den die drei wesentlichen Behandlungszweige – Psychopharmakotherapie, spezifische Psychotherapie und psychosoziale Maßnahmen – erst voll entfaltet werden können (vgl. Bäuml, 2010, S. 123). Demnach wird Psychoedukation immer als in einen gesamttherapeutischen Rahmen eingebettet betrachtet.

Im deutschsprachigen Raum liegen für die meisten psychischen Erkrankungen psychoedukative Gruppenprogramme in manualisierter Form vor (u. a. für Schizophrenie, Psychosen, affektive Störungen, demenzielle Erkrankungen, Zwangserkrankungen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Störungen, Essstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Schlafstörungen, Suchterkrankungen, Komorbidität Schizophrenie und Sucht, ADHS im Erwachsenenalter). Eine umfassende Übersicht findet sich beispielsweise bei Bäuml (2010, S. 124–126), bei Jensen, Hoffmann, Spreitz und Sadre Chirazi-Stark (2014, S. 316 ff.) sowie im *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (Bäuml, Behrendt, Henningsen, u. a., 2016), das eine umfangreiche Zusammenstellung deutschsprachiger Psychoedukationsprogramme bietet. In den vergangenen Jahren wurden auch die ersten diagnosenunabhängigen bzw. diagnosenübergreifenden Manuale entwickelt und entsprechend publiziert (Jensen u. a., 2014; Jensen, Sadre Chirazi-Stark, & Hoffmann, 2010; Rabovsky & Stoppe, 2009), die sich in zweifacher Weise als zeitgemäße Modifikation bzw. Ergänzung begründen lassen. Zum einen gestaltet sich aus versorgungspraktischer Sicht die Durchführung einer diagnosenspezifischen Gruppe häufig schwierig. Stationäre Aufenthalte werden immer kürzer und die Zahlen diagnosengemischter Stationen steigen an, sodass häufig nicht genügend Teilnehmer\_innen mit der gleichen Diagnose für eine Gruppe zur Auswahl stehen (Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bäuml, & Kissling, 2006). Zum anderen sind fachtheoretische Gründe wesentlich zu betonen. So ist das biopsychosoziale Krankheitskonzept störungsunabhängig gültig und einzelne Symptome können bei unterschiedlichen Krankheitsbildern gleichermaßen auftreten. Aufgrund der Wirksamkeit auf verschiedene Transmittersysteme werden Medikamente ebenfalls diagnosenübergreifend eingesetzt. Unsicherheiten bezüglich des Umgangs mit der eigenen Erkrankung, Erfahrungen von Stigmatisierung und sozialer Isolation sowie Schwierigkeiten im sozialen Umfeld und bei der Wohnungs- und Arbeitssuche werden von

den meisten Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen geteilt (vgl. Becker, 2009, S. 6; Rabovsky, Jensen, & Kohler, 2016, S. 418–419; Rabovsky, Trombini, & Stoppe, 2012, S. 319). Daher scheint die Frage, ob die Diversifikation von Psychoedukationsgruppen nach Diagnosen die am meisten zielführende ist, nach wie vor ungeklärt. So könnten hierfür auch das kognitive Funktions- und Bildungsniveau der Patient\_innen, der Chronifizierungsgrad der Erkrankung oder das spezifische Problemfeld (z. B. Forensik) in Betracht kommen (Rabovsky u. a., 2012, S. 319).

Hinsichtlich der Verfügbarkeit klinisch anwendbarer Manuale psychoedukativer Gruppen lässt sich an dieser Stelle zusammenfassen:

- Im psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Setting liegen diagnosenspezifische und -übergreifende Manuale vor (vgl. Bäuml, Behrendt, Henningsen, u. a., 2016).
- Für den somatischen Bereich existieren ebenfalls für viele Krankheitsbilder Programme, die meist unter dem Begriff *Patientenschulung* angeboten werden (vgl. Bäuml, Behrendt, Henningsen, u. a., 2016; Behrendt & Schaub, 2005).
- Auch im Kontext der Suchthilfe sind psychoedukative Konzepte bei Alkoholabhängigkeit (Sittinger, 2005; Wessel & Westermann, 2002) (vgl. zudem Überblick bei Luderer, 2016), für Doppeldiagnosen (D’Amelio, Behrendt, & Wobrock, 2007) und bei Opiatabhängigkeit (Farnbacher, 2008) zu verzeichnen.
- Für den Bereich der Wohnungslosenhilfe liegt bislang kein zielgruppenspezifisches Programm vor (Ausnahme eigene Vorarbeiten des Autors: vgl. Niebauer, 2010, 2011, 2012, 2016).

### **3.4 Empirische Befunde**

Evaluationsstudien wie auch Metaanalysen zeigen positive Effekte von Psychoedukation (vgl. Lincoln, Wilhelm, & Nestoriuc, 2007; Xia, Merinder, & Bellgamwar, 2011). Diese beziehen sich unter anderem auf die Rezidiv- und stationären Wiederaufnahmeraten, die Lebensqualität der Patient\_innen, die Behandlungszufriedenheit, den Wissenszuwachs sowie die Medikamentencompliance. Ebenfalls wirkt sich der Einbezug der Angehörigen durch psychoedukative Angehörigengruppen signifikant positiv aus, sodass sich eine Steigerung des Wissens und des Empowerments feststellen lässt (vgl. Dixon u. a., 2004; Pitschel-Walz u. a., 2012). Auch für diagnosenübergreifende Psychoedukation lassen sich durch erste Studien positive Effekte nachweisen (vgl. Rabovsky u. a., 2012). Aufgrund dieser Wirkungen wird

Psychoedukation in den evidenzbasierten Leitlinien der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)* für die Therapie zahlreicher psychiatrischer Erkrankungen empfohlen (vgl. DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2013, S. 19–20, 82 ff.).

Rummel-Klug, Kluge und Kissling (2013) haben den Einsatz von Psychoedukationsgruppen in psychiatrischen Krankenhäusern in Deutschland, Österreich und der Schweiz 2004 und 2009 untersucht. 2009 gaben 93 % der teilnehmenden Institutionen an, Psychoedukation anzubieten (2004: 86 %). Der deutlichste Anstieg für Psychoedukation zeigte sich bei Depression, bipolaren Störungen und Angststörungen. Nach der Studie bieten lediglich 7 % der Kliniken keine Form von Psychoedukation an und nannten hierfür als überwiegende Gründe „Kein Personal“ (28 %), „Keine Zeit“ (22 %) oder „Kein Knowhow“ (17 %). Insgesamt lassen sich ein sehr hoher Einsatz (93 %) und eine sehr hohe Zustimmung bezüglich der Relevanz (93 %) von Psychoedukation im deutschsprachigen Raum verzeichnen. Allerdings wird auch deutlich, dass sich Psychoedukation nur für die Krankheitsbilder Schizophrenie und Depression in der psychiatrischen Angebotsstruktur etabliert hat (bei Schizophrenie: 86 %, bei Depression: 67 %). Für alle weiteren Diagnosen stellt Psychoedukation kein regelmäßiges und flächendeckendes Angebot dar (z. B. bei Suchterkrankungen: 17 %, bei Persönlichkeitsstörungen: 8 %, bei Zwangsstörungen: 1 %). Diagnosenübergreifende Psychoedukation wird von etwa 25 % der befragten Institutionen angeboten (vgl. Rummel-Kluge & Kissling, 2016; Rummel-Kluge u. a., 2013).

#### **4. Mangelnde Übertragbarkeit bestehender Psychoedukationsprogramme**

Aus den bisherigen Darstellungen lässt sich zum einen die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen konstatieren, zum anderen das Potenzial psychoedukativer Gruppenprogramme als empirisch evidente Maßnahmen, um auf den bestehenden Hilfebedarf reagieren zu können. Daher liegt die Frage nahe, warum publizierte, empirisch untersuchte und etablierte Programme (meist) aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting nicht in der Wohnungslosenhilfe zur Anwendung kommen. Dies scheint in doppelter Hinsicht begründet zu sein, richtet man zunächst den Blick auf die Zielgruppe wohnungsloser Menschen und in einem nächsten Schritt auf die Charakteristika der bestehenden Angebote.

Wohnungslose Menschen weisen wie kaum eine andere Zielgruppe Sozialer Arbeit multiple Hilfebedarfe auf. Betrachtet man jedoch die konkrete Nutzung von entsprechenden Hilfeangeboten, insbesondere Hilfen der psychiatrischen Regelversorgung (wie etwa

Psychoedukationsprogramme), werden diese meist nicht oder nicht ausreichend angenommen. Als zentrale Begründung wird hierbei überwiegend die schwere Erreichbarkeit (*hard-to-reach*) von Wohnungslosen angeführt. Dieses *hard-to-reach*-Label soll besagen, „dass professionelle Hilfeangebote meist nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen von diesen (potenziellen) Klientinnen und Klienten Sozialer Arbeit in Anspruch genommen werden, jedoch für diese Personen (vermeintlich) von großer Bedeutung sind“ (Niebauer, 2015, S. 412). Dabei werden *hard-to-reach*-Merkmale, die zunächst als individuelle Charakteristika formuliert sind, meist zur kollektiven Meinung hinsichtlich der erschwerten Erreichbarkeit einer gesamten Zielgruppe (vgl. Wright, 2010b). Im Hinblick auf wohnungslose Menschen werden folgende Merkmale häufig angeführt (vgl. Niebauer, 2015):

- Geringe Veränderungsmotivation; kein Problembewusstsein bzw. keine Krankheitseinsicht
- Hohe Abbruchraten von Therapie- und Hilfemaßnahmen (Drop-outs)
- Kognitive Einschränkungen aufgrund schwerwiegenden Alkoholkonsums
- Angst vor Stigmatisierungen und fehlendes Vertrauen in Hilfeangebote
- Herausfordernde Beziehungsgestaltung
- Unsichtbare Wohnungslosigkeit (speziell wohnungslose Frauen versuchen möglichst lange unerkannt zu bleiben; vgl. Gerull, 2010)

Dass diese Merkmale kritisch und konstruktiv hinterfragt werden sollten, wurde bereits an anderer Stelle ausführlich beschrieben (vgl. Niebauer, 2015). Diese Zuschreibungen scheinen die Verantwortung der erschwerten Erreichbarkeit maßgeblich auf der Seite der Klient\_innen Sozialer Arbeit zu verorten, während die kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Konzepten und Methoden in den Hintergrund gerät (vgl. Labonté-Roset, 2010). Wright (2010b) führt zudem aus, dass Menschen, die als schwer erreichbar gelten, sich meist selbst nicht so beurteilen würden, und Forschungsergebnisse verdeutlichen, dass Angebote dann nicht angenommen werden, wenn sie in Form, Inhalt, Ausrichtung und Umfang nicht den Erwartungen der Zielgruppen entsprechen. „Aus dieser Perspektive sind es die Angebote, die für die Klientinnen und Klienten schwer erreichbar sind, weil die Angebote von den Zielgruppen nicht für (unmittelbar) lebensrelevant gehalten werden“ (Wright, 2010b, S. 229). Nimmt man, gerade auch in vielen angrenzenden Hilfesystemen der Wohnungslosenhilfe (wie z. B. der Psychiatrie oder der Suchtkrankenhilfe), bestehende Konzepte und Programme, die per se auch wohnungslosen Menschen zugänglich sein sollten, in den Blick, zeigen sich wesentliche Merkmale einer erschwerten Erreichbarkeit dieser *klassischen* Hilfeangebote für

wohnungslose Menschen (vgl. Niebauer, 2015, S. 414–415):

- Komm-Struktur der Angebote
- Hochschwelligkeit klassischer Hilfen
- Defizitorientierung, fehlende Ressourcenorientierung
- Grundhaltungen/„Spirit“ der Angebote

Es wird deutlich, dass obwohl hard-to-reach-Merkmale bezüglich der Zielgruppe wohnungsloser Menschen zu verzeichnen sind, es dennoch unumgänglich erscheint, sich mit hard-to-reach-Charakteristika klassischer Hilfen kritisch auseinanderzusetzen. Neben diesen allgemein formulierten hard-to-reach-Charakteristika klassischer Hilfen, lassen sich zudem spezifische Merkmale bestehender Psychoedukationsprogramme aus dem psychiatrischen und psychotherapeutischen Setting herausstellen, die eine erschwerte Erreichbarkeit für wohnungslose Menschen implizieren (vgl. Niebauer, 2011; Niebauer & Klug, 2014):

- *Zu hohe Anforderungen bestehender Programme:* Dies betrifft beispielsweise den zeitlichen und inhaltlichen Umfang sowie die Komplexität der Themenaufbereitung, für die ein entsprechend kognitives Leistungsniveau über einen langen Zeitraum erforderlich ist.
- *Voraussetzungen zur Teilnahme entsprechen nicht den Lebensumständen wohnungsloser Menschen:* Bestehende Programme erfordern bereits ein gewisses Maß an Krankheitseinsicht (um z. B. realistisch das Ziel der Verbesserung der Compliance erreichen zu können), setzen zum Teil psychiatrische Fachdiagnosen voraus oder finden mit parallelen Angehörigengruppen statt. Diese Voraussetzungen sind bei vielen wohnungslosen Menschen nicht gegeben, sodass bestehende Programme nicht ausreichend auf die Bedarfe und Lebenssituationen dieser Personengruppe ausgerichtet sind.
- *Bestehende Angebote wirken abschreckend:* Psychiatrische und psychotherapeutische Angebote gehen bei wohnungslosen Menschen häufig mit Ängsten, Misstrauen und negativen Vorerfahrungen einher. Zudem können sie auch stigmatisierend wirken, was sich darin zeigt, dass viele die Bezeichnung *wohnungslos* den Etiketten *psychisch krank* oder *suchtkrank* vorziehen (vgl. Wessel, 2002, S. 70).

Aus den genannten Gründen ist es wenig erfolgversprechend psychiatrisch-psychotherapeutische Psychoedukationsprogramme analog in die Wohnungslosenhilfe zu übertragen, da sie für die Zielgruppe wohnungsloser Menschen als hard-to-reach betrachtet

werden müssen. Ein Perspektivenwechsel ist daher zwingend erforderlich, der durch *how-to-reach* geprägt ist (vgl. Niebauer, 2015), und somit in den Mittelpunkt rückt, wie ein entsprechendes Hilfeangebot zielgruppenspezifisch für wohnungslose Menschen konzipiert sein muss, um von diesen bestmöglich angenommen zu werden. Bedeutsame Anhaltspunkte für eine *how-to-reach*-Perspektive liefern Rosenfeld und Sykes (1998) anhand einer kritischen Auseinandersetzung mit der Unempfänglichkeit von Angeboten für spezifische Zielgruppen. Demnach zeigen sich diverse Faktoren in Organisationen, Konzepten und Methoden der sozialarbeiterischen und psychosozialen Praxis, die diese unpassenden, schwer erreichbaren Angebote aufrechterhalten. Einige zentrale Annahmen lassen sich nach Rosenfeld und Sykes (1998) wie folgt herausstellen (vgl. auch Niebauer, 2015, S. 417–418):

- Programme und Hilfeprozesse sind überwiegend von einer *Problemfokussierung* geprägt, die eher Hoffnungslosigkeit fördert, anstatt Zuversicht und vorhandene Ressourcen zu betonen.
- Programme und Methoden sind *mittelschichtorientiert* bzw. folgen einem *methodischen Mainstream*, sodass Hilfeangebote bereitgestellt werden, die für die Zielgruppen nicht relevant erscheinen.
- Mangelndes Erreichen der Zielgruppe wird als unvermeidlich akzeptiert.

Diese Merkmale lassen sich auch auf die unzureichenden Partizipationsmöglichkeiten wohnungsloser Menschen hinsichtlich psychiatrisch-psychotherapeutischer Psychoedukationsgruppen übertragen. Klassische Hilfeangebote werden in einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting angeboten, das für viele wohnungslose Menschen aus unterschiedlichen Gründen mit wenig Hoffnung und Zuversicht einhergeht. Sie sind zudem überwiegend an Bedürfnissen und Lebensumständen anderer Zielgruppen orientiert und werden daher von wohnungslosen Menschen nur selten als relevant angesehen. Das mangelnde Erreichen dieser Personengruppe durch diese Hilfeangebote wird in der Fachdebatte als unvermeidlich akzeptiert, was letztlich durch Fokussierung obengenannter *hard-to-reach*-Merkmale auf der Seite wohnungsloser Menschen begründet und somit aufrechterhalten wird.

Die vorliegende Arbeit nimmt diese Erkenntnis zur Ausgangslage und möchte diesbezüglich einen lösungsorientierten Beitrag leisten, indem den psychosozialen Bedarfen wohnungsloser Menschen eine zielgruppenorientierte Methodik eröffnet wird. Hierfür werden Konzeptionen und Grundideen psychiatrisch-psychotherapeutischer Psychoedukationen durchaus als

notwendige Basis verstanden, um daran anknüpfend ein eigenständiges Gruppenprogramm für die Wohnungslosenhilfe zu entwickeln. Entscheidend ist dabei, dass hard-to-reach-Charakteristika klassischer Angebote überwunden werden müssen, um die Zielgruppe wohnungsloser Menschen zu erreichen. Dieser Notwendigkeit und Herausforderung soll anhand der Implementierung, der formativen Evaluation und der konzeptionellen (Weiter-)Entwicklung des innovativen Gruppenprogramms *gesund.sein* Rechnung getragen werden. Das Konzept des Programms wird im nachfolgenden Kapitel ausführlich beschrieben.

## **5. Ein innovativer Ansatz: Das Gruppenprogramm *gesund.sein***

Im Folgenden soll das Konzept des Gruppenprogramms *gesund.sein* vorgestellt werden, wie es auch den beteiligten Praxispartnern der Evaluationsstudie zu Beginn des Promotionsprojekts und somit vor den zu evaluierenden Programmdurchläufen zur Verfügung stand (vgl. Niebauer, 2012; betitelt: „Manual-Version 2014“). Im Rahmen der formativen Evaluationsstudie der vorliegenden Dissertation wurde das Konzept nochmals vollständig (inhaltlich und sprachlich) überarbeitet. Diese Version des Konzepts befindet sich zusammen mit dem ebenfalls modifizierten Manual des Programms im Anhang C dieser Arbeit („Manual-Version 2017“).

### **5.1 Die bisherige Entwicklung**

Die möglichen Chancen eines zielgruppenspezifischen psychoedukativen Gruppenprogramms für die Wohnungslosenhilfe wurden zunächst im Rahmen der Bachelorarbeit des Autors dieser Arbeit theoretisch beleuchtet (vgl. Niebauer, 2010). Dieser Ausblick ermutigte innerhalb eines forschungs- und entwicklungsorientierten Masterstudiums zu der konzeptionellen Ausarbeitung von *gesund.sein*. Im Rahmen der Masterarbeit des Autors der vorliegenden Arbeit wurde durch ein kooperatives Praxisforschungsprojekt ein entsprechendes Manual<sup>11</sup> entwickelt und das Gruppenprogramm in einem Pilotprojekt in drei Männerwohnheimen der Wohnungslosenhilfe implementiert, durchgeführt und punktuell evaluiert (vgl. Niebauer, 2012). Hierbei erfuhr das Programm eine positive Annahme durch die Zielgruppe und ein großes Interesse seitens der Praxis. Aus den Erkenntnissen des Pilotprojekts resultierte die Notwendigkeit, das manualisierte Gruppenprogramm innerhalb einer formativen Evaluationsstudie in einem größerem Umfang wissenschaftlich zu

---

<sup>11</sup> Auch an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass bei der Entwicklung des Manuals die beiden diagnosenübergreifenden Psychoedukationsprogramme aus Hamburg (Jensen, Hoffmann, Spreitz, & Sadre Chirazi-Stark, 2014; Jensen, Sadre Chirazi-Stark, & Hoffmann, 2010) und Basel (Rabovsky & Stoppe, 2009) wesentliche Anregungen gaben und als Grundlagenquellen dienten. Den Entwickler\_innen dieser Programme gilt für den gemeinsamen Austausch und die Ermutigung zur Weiterentwicklung von *gesund.sein* ein großer Dank.

untersuchen, um schließlich ein optimiertes, zielgruppeorientiertes und möglichst kontextunabhängiges Konzept für die Wohnungslosenhilfe in Deutschland bereitstellen zu können.

## 5.2 Die Konzeption

In den folgenden Ausführungen wird der konzeptionelle Rahmen des Gruppenprogramms *gesund.sein* vorgestellt. Es ist dabei zu betonen, dass in diesem Kapitel die Konzeption, wie sie noch zu Beginn der Evaluationsstudie vorlag (vgl. Niebauer, 2012; betitelt: „Manual-Version 2014“), unverändert übernommen wurde. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde die Konzeption nochmals vollständig überarbeitet. Dies impliziert sowohl inhaltliche Ergänzungen, Verbesserungen von sprachlichen Formulierungen als auch Aktualisierungen von Quellenangaben. Die modifizierte Version der Konzeption befindet sich im Anhang C („Manual-Version 2017“).

### 5.2.1 Die Zielgruppe

Die Zielgruppe des psychoedukativen Gruppenprogramms *gesund.sein* umfasst folgenden Personenkreis:

Wohnungslose Männer im Alter von 20–60 Jahren in ambulanten oder (teil-)stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe mit regelmäßigen sozialarbeiterischen Hilfeangeboten (die Altersgrenzen sind hierbei als Richtwerte zu betrachten und implizieren, dass zuvor eher Jugendhilfemaßnahmen bzw. anschließend eher Langzeithilfen angezeigt sind).

Trotz niedriger Schwellen zur Teilnahme an *gesund.sein*, lassen sich einige Ausschlusskriterien formulieren, die einer Partizipation an dem Gruppenangebot entgegenstehen:

- Schwere, akute Krise
- Akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung
- Extreme kognitive Einschränkungen (Lernbehinderung, geistige Behinderung)
- Kaum Deutschkenntnisse

Eine schwere Alkoholproblematik stellt somit eindeutig kein Hindernis zur Teilnahme dar, wenn sich daraus nicht eines der oben dargestellten Ausschlusskriterien ergibt.

### 5.2.2 Theoretischer Bezugsrahmen

Das psychoedukative Gruppenprogramm *gesund.sein* bezieht sich auf folgende theoretische Grundannahmen und Grundhaltungen:

#### *Partnerschaftlichkeit und Advocacy*

Den Teilnehmern wird mit Wertschätzung und Akzeptanz begegnet, ein autoritäres Machtgefälle zwischen Gruppenleitung und Klienten ist deshalb zu vermeiden. Durch eine partnerschaftliche Atmosphäre sollen Lern- und Veränderungsprozesse begünstigt werden (vgl. Miller & Rollnick, 2009, S. 54). Werden Teilnehmer ggf. an andere Hilfeangebote vermittelt oder bedarf es der Kontaktaufnahme mit externen Ressourcen, nehmen die Gruppenleitungen eine anwaltschaftliche Position ein und agieren mit Fürsprache (advocacy), denn diese fordert eine ethische Praxis, „wenn lebenswichtige Ansprüche abgelehnt oder Klientenrechte ungeachtet der Risiken verletzt werden“ (Germain & Gitterman, 1999, S. 76).

#### *Niedrigschwelligkeit*

Durch eine niedrigschwellige Ausrichtung des Programms sollen mögliche Barrieren und bürokratische Hürden bezüglich der Teilnahme weitestgehend abgebaut werden. Für die definierte Zielgruppe ist dies von entscheidender Bedeutung, da klassische und traditionelle Ansätze, die meist höherschwellig ausgerichtet sind, wohnungslosen Menschen kaum Partizipation ermöglichen. Die Niedrigschwelligkeit drückt sich durch die geringen Anforderungen für eine Teilnahme aus. So sind beispielsweise keine schriftlichen Bewerbungen notwendig, eine fachärztliche Diagnose muss nicht vorliegen. Ebenso sind die Ausschlusskriterien einer Teilnahme sehr gering. Die aufsuchende Ausrichtung des Programms bzw. das Stattfinden direkt in den Einrichtungen der Betroffenen, reduziert ebenfalls potenzielle Barrieren eines externen Programmrahmens.

#### *Salutogenese*

Das Modell der Salutogenese von Antonovsky (1997) geht davon aus, dass der Mensch sich stets auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bewegt, und somit nie vollkommen krank oder gesund sein kann. Im Gegensatz zur Pathogenese versucht dieser Ansatz seinen Fokus weniger auf die Krankheit bzw. auf krankmachende Faktoren zu legen, sondern vielmehr jene Aspekte hervorzuheben, die Gesundheit fördern und erhalten (vgl. Grabert, 2007, S. 16–17). Es geht somit um Ressourcen und protektive Faktoren, die ein Mensch mobilisieren kann, um mit belastenden Alltagserfahrungen produktiv umgehen zu können und nicht krank zu werden. Für die Wirksamkeit dieser mobilisierbaren Ressourcen sieht Antonovsky letztlich

eine zentrale, subjektive Kompetenz für ausschlaggebend, nämlich das Gefühl von *Kohärenz*. Kohärenz ist das Gefühl, dass es einen Zusammenhang und Sinn im Leben gibt, und das Leben nicht ausschließlich durch unbeeinflussbares Schicksal geprägt ist. Der Kohärenzsinn ist somit eine geistige Haltung, die folgende Dimensionen beinhaltet (vgl. Keupp, 2000, S. 25–26):

- Eine Verständlichkeit und Ordnung meiner Welt; Probleme und Belastungen stehen in einem höheren Zusammenhang (Verstehensdimension)
- Aufgaben und Probleme in meinem Leben, kann ich durch Ressourcen lösen und meistern (Bewältigungsdimension)
- Anstrengungen erscheinen sinnvoll, da es Ziele gibt, für die sich Bemühungen lohnen (Sinnprinzip)

### *Empowerment*

„Empowerment beschreibt mutmachende Prozesse der Selbstbemächtigung, in denen Menschen in Situationen des Mangels, der Benachteiligung oder der gesellschaftlichen Ausgrenzung beginnen, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, in denen sie sich ihrer Fähigkeiten bewußt werden, eigene Kräfte entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen lernen“ (Herriger, 2002, S. 18). Es wird das Ziel verfolgt, dass der Klient der eigene Experte seiner Lebenssituation wird, und in der Lage ist, einen möglichst gelingenden Alltag selbstständig zu managen. Die Betroffenen werden befähigt, mit ihren Belastungen bestmöglich zu leben, selbst darauf Einfluss zu nehmen und handlungs- bzw. kommunikationsfähig bezüglich Lösungsstrategien zu sein.

### *Motivationsarbeit*

Gemäß den Zielvorstellungen des Programms, stellt die Motivationsarbeit einen entscheidenden Ansatz dar. Als zentrales Erklärungsmodell dient hier das *Transtheoretische Modell*, nach dem ein Mensch nie unmotiviert ist, sondern sich stets auf einer Motivationsstufe (*stage of change*) befindet (vgl. Keller, Velicer, & Prochaska, 1999). Je nach Motivationsstufe ergeben sich unterschiedliche Zielvorstellungen und Interventionsmöglichkeiten. Für die Gruppenleitungen ist dieser Erklärungsansatz von großer Bedeutung, damit Teilnehmer hinsichtlich einer Veränderung nicht unter- oder überfordert werden. Bei Veränderungs- und Motivationsprozessen kommt es stets zu Ambivalenzen und Widerständen. Diese sollen als Teil des Prozesses angesehen werden und adäquat genutzt

werden. Eine Reihe von Vorschlägen bezüglich der positiven Auflösung von Widerstand und Ambivalenz findet sich im Konzept der Motivierenden Gesprächsführung (vgl. Miller & Rollnick, 2009), die im Rahmen des Gruppenprogramms angewandt werden soll.

#### *Themenzentrierte Interaktion (TZI)*

Da das Programm in einem Gruppensetting organisiert ist, scheint es unumgänglich, sich gruppenspezifische und gruppenspezifische Aspekte zu verdeutlichen. TZI nach Ruth Cohn (1975) eröffnet eine Vielzahl an Möglichkeiten eine Gruppe zu gestalten und zu leiten. TZI „ist eine pädagogisch-therapeutische Methode der Arbeit mit Gruppen, deren zentrales Strukturprinzip die Balance zwischen Ich (Subjekt), Wir (Gruppe), Es (Thema) und Globe (Umwelt) ist“ (Galuske, 2013, S. 268). Cohn stellt einige Axiome und Postulate auf, aus denen sie konkrete Hilfsregeln bzw. Kommunikationshilfen ableitet, die sehr hilfreich für die Gestaltung von Gruppen sein können. Solche Hilfen sind z. B.: Seitengespräche haben Vorrang; wenn mehr als einer sprechen will, verständigt euch in Stichworten, über was ihr zu sprechen beabsichtigt (vgl. Löhmer & Standhardt, 2008, S. 51 ff.).

#### *Männerspezifische Hilfe*

Rund dreiviertel der wohnungslosen Menschen sind Männer. Überwiegend sind Angebote der Wohnungslosenhilfe geschlechtsspezifisch konzipiert. Ohne detailliert eine Gender-Debatte aufzugreifen, weisen Forschungsergebnisse auf deutliche Unterschiede von wohnungslosen Männern und Frauen hin. Obwohl wohnungslose Männer häufig einen behandlungsbedürftigen Gesundheitszustand aufweisen, stufen sie diesen selbst lange Zeit als weniger schlecht ein und nehmen daher auch nur selten gesundheitsfördernde Hilfeangebote in Anspruch (vgl. u. a. Fichtner, 2009; Kellinghaus, 2000). Die Gruppenleitungen benötigen deshalb eine entsprechende Sensibilität für genderspezifisches Gesundheitsverhalten, das unmittelbar mit Krankheitsverlauf bzw. Krankheitsbewältigung, geschlechtsspezifischen Schutz- und Risikofaktoren etc. im Zusammenhang steht.

#### *Diagnosenübergreifend*

Eine diagnosenübergreifende Psychoedukation erscheint aufgrund der Charakteristika der Wohnungslosenhilfe als zielgruppenorientierte Ausrichtung. Zunächst sind Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nicht diagnosenspezifisch, d. h., Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen treffen aufeinander. Bei einer Vielzahl an wohnungslosen Menschen werden psychische Erkrankungen nicht diagnostiziert, sodass die Personen über eine mögliche

Diagnose häufig nicht Bescheid wissen. Diagnosenspezifische Gruppen können mit einer Stigmatisierung des jeweiligen Krankheitsbildes einhergehen. Außerdem wird der Fokus meist auf die Erkrankung anstatt auf die seelische Gesundheit gelegt, sodass eine diagnosenunspezifische Konzeption sehr angezeigt erscheint. Die Zielvorstellungen von *gesund.sein* lassen sich zudem allesamt diagnosenübergreifend und diagnosenunabhängig verstehen.

### *5.2.3 Setting und Rahmenbedingungen*

#### *Ort und Zeit*

Das Gruppenprogramm findet jeweils direkt in den ambulant betreuten bzw. (teil-)stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe statt. Hierfür soll ein passender Gruppenraum gewählt werden, der über die technische Ausstattung für die Durchführung der Sitzungen verfügt und gleichzeitig eine angenehme Atmosphäre für die Teilnehmer bietet. Die unmittelbare Erreichbarkeit des Programms in der Einrichtung stellt einen erheblichen Schwellenabbau dar und erfordert keinerlei Kosten bzw. Mehraufwand für die Teilnehmer.

Insgesamt besteht das Programm aus 6 Einheiten zu je 90 Minuten. Der Turnus ist auf eine Einheit pro Woche festgelegt, sodass die gesamte Kursphase 6 Wochen dauert. Die Treffen sollten regelmäßig, an einem festen Wochentag zu einer festen Uhrzeit, stattfinden.

#### *Teilnehmergewinning*

Etwa drei Wochen vor Kursbeginn werden Werbeplakate und Handzettel (im Manual vorhanden) in den Einrichtungen platziert, die auf die Informationsveranstaltung (im Manual vorhanden) hinweisen. Bewohner der Einrichtungen sollen zudem von den Mitarbeiter\_innen bzw. den Gruppenleitungen auf das Programm hingewiesen und zur Teilnahme motiviert werden. Die Informationsveranstaltung findet etwa 10 Tage vor Kursbeginn in dem entsprechenden Gruppenraum statt. Alle interessierten Bewohner sollten am Ende der Informationsveranstaltung oder in einem gesonderten Termin ein kurzes Eingangsgespräch mit der Gruppenleitung führen, um mögliche offene Fragen zu klären, noch bestehende Hemmschwellen abzubauen und sicher zu gehen, dass kein Ausschlusskriterium für die Kursteilnahme in Betracht kommt.

#### *Gruppenleitungen*

Einschlägige psychoedukative Gruppenprogramme werden fast ausnahmslos durch Psychiater\_innen oder Psycholog\_innen geleitet. Je nach Themenschwerpunkt der einzelnen

Sitzungen werden Co-Leitungen anderer Professionen hinzugezogen (z. B. Sozialarbeiter\_innen, Fachkrankenpfleger\_innen). Da sich *gesund.sein* als ein Gruppenprogramm innerhalb der Wohnungslosenhilfe versteht, und dies zu den klassischen Feldern der Sozialen Arbeit zählt, wird das Programm von entsprechenden Fachkräften der Wohnungslosenhilfe durchgeführt und geleitet. Vorgesehen sind hier vor allem Sozialarbeiter\_innen, oder ggf. auch Psycholog\_innen, Pädagog\_innen oder Fachkrankenpfleger\_innen der Psychiatrie. Für die thematische Gestaltung der Einheit 3 wird als externer Gast eine Psychiaterin oder ein Psychiater eingeladen. Sollten durch die Gruppe vereinzelte Schwerpunkte gewünscht werden, kann es auch sinnvoll erscheinen, entsprechende externe Personen einzuladen. Idealerweise sollte die Gruppenleitung durch zwei Personen paritätisch besetzt sein, die kontinuierlich das Programm von Beginn bis Beendigung begleiten.

### *Fachliche Aspekte*

Wie bereits oben ausgeführt, ist das Programm diagnosenübergreifend angelegt. Dies erscheint, aufgrund der Beschreibung der Zielgruppe und den Gegebenheiten der Wohnungslosenhilfe, als eine wesentliche Voraussetzung zur Durchführung. Die Frage nach einer spezifischen Diagnose rückt somit in den Hintergrund, da der Fokus auf der seelischen Gesundheit liegt, die diagnosenübergreifend verstanden wird und von entscheidender Relevanz ist. Wie den Ausschlusskriterien zu entnehmen ist, bedeutet auch eine schwere Alkoholproblematik per se kein Hindernis für eine Teilnahme.

### *Die Gruppe*

Die Gruppe stellt ein entscheidendes Element dar. Die Teilnehmer haben somit die Möglichkeit „emotionale Entlastung durch das Erleben der Universalität des Leidens, das Erleben und Üben funktionalen Interaktionsverhaltens, oft mit dem Gruppenleiter und ggf. Mitpatienten als Modell, und korrigierende Beziehungserfahrungen“ (Becker, 2009, S. 11) kennenzulernen. Im Idealfall sollte die Gruppe aus 5–10 Teilnehmern bestehen. Weniger bzw. mehr Teilnehmer scheinen gruppenspezifische Prozesse zu erschweren. Diese angegebene Teilnehmerzahl sollte als Richtwert dienen und es sollte abweichenden Teilnehmerzahlen unter Berücksichtigung der Gruppenzusammensetzung wenn möglich flexibel begegnet werden. Des Weiteren wird die Gruppe geschlossen durchgeführt, d. h. dass nach dem zweiten Treffen eine erstmalige Teilnahme nicht mehr als sinnvoll erscheint. Im Gegensatz zu psychiatrischen Kliniken, in denen die durchschnittliche Verweildauer weniger als 24 Tage

beträgt (vgl. Jensen u. a., 2010, S. 27), sind die Aufenthalte von Bewohnern der Wohnungslosenhilfe weitaus länger, sodass ein Gruppenzyklus von 6 Wochen kein zeitliches Problem darstellen sollte, um eine geschlossene Gruppe zu ermöglichen. Auch die positive Entwicklung einer Gruppenzugehörigkeit und eine emotionale Entlastung durch einen offenen Austausch untereinander, sprechen für eine geschlossene Gruppe (vgl. Jensen u. a., 2010, S. 27). Es gilt im Eingangsgespräch vor Programmbeginn entsprechend zu klären, ob dem Bewohner eine prinzipielle Teilnahme bei mindestens 4 der 6 Sitzungen möglich ist.

### *Äußerer Rahmen, Verpflegung*

Da diesem scheinbar naheliegenden Punkt im Rahmen einrichtungsinterner Teilnehmerbefragungen zu Gruppenangeboten in der Wohnungslosenhilfe große Bedeutung beigemessen wurde, sei die Gestaltung des äußeren Rahmens nochmals gesondert hervorzuheben. Der Gruppenraum sollte eine möglichst einladende und angenehme Atmosphäre für die Teilnehmer aufweisen. Er sollte hell sein, über gemütliche Sitz- und Schreibmöglichkeiten verfügen. Getränke, Kaffee und Kuchen oder kleine Snacks tragen dazu bei, dass sich die Teilnehmer wohlfühlen können und sind gleichzeitig ein Zeichen für ein respektvolles und professionelles Zusammenarbeiten im Rahmen eines Gruppenprogramms. Zudem sollte darauf geachtet werden, dass für Pausen während der Einheiten Möglichkeiten zum Rauchen vorhanden sind.

### *5.2.4 Ziele*

Die Ziele des Programms zeigen Gemeinsamkeiten mit klassischen Psychoedukationsprogrammen, sind aber gleichzeitig auf die besonderen Gegebenheiten der Zielgruppe ausgerichtet. Als zentrale Zielvorstellungen können benannt werden:

#### *– Informationszugewinn*

Teilnehmer des Programms sollen zu wesentlichen Themengebieten hinsichtlich seelischer Gesundheit Informationen erhalten. Gleichzeitig soll ein Rahmen geschaffen werden, in dem die Betroffenen untereinander Wissen austauschen können. Informationen und Wissen sind ein wesentliches Element, die eigene Situation bzw. Erkrankung zu verstehen und entsprechend mit ihr umzugehen.

#### *– Stärkung der Kommunikationsfähigkeiten*

Wohnungslose Menschen sind stets gefordert, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu verbalisieren und einzufordern. Dies kann u. a. bürokratische Anträge oder Konflikte mit Mitbewohnern und Arbeitskollegen betreffen. Auch bei Herausforderungen der eigenen seelischen

Gesundheit ist ein zentraler Aspekt, seine eigenen Bedürfnisse, Sorgen und Ängste wahrzunehmen, zu benennen und ggf. um adäquate Hilfe zu bitten.

– *Stärkung der Selbsthilfepotenziale*

Die Teilnehmer sollen durch das Programm die Möglichkeit erhalten, ihr eigener Experte ihrer seelischen Gesundheit zu sein, indem sie ihre Bedürfnisse und Warnsignale selbstständig wahrnehmen und entsprechende Handlungsoptionen kennen. In bestimmten Situationen können sie auf eigene Copingstrategien zurückgreifen, in anderen Situationen bedarf es der Hilfe von außen.

– *Steigerung der Motivation/Sensibilisierung, sich mit seelischer Gesundheit auseinanderzusetzen*

Im Gegensatz zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Psychoedukationen, scheint weniger das Ziel der Erhöhung der Compliance der Lebenslage der Betroffenen zu entsprechen, sondern vielmehr eine Erhöhung der Motivation bzw. eine gesteigerte Sensibilität, sich mit der eigenen seelischen Gesundheit auseinanderzusetzen. Dies kann sich je nach Motivationsstadium des Teilnehmers (vgl. Motivationsstufen bei: Keller u. a., 1999) sowohl auf eine erste Auseinandersetzung mit dem Thema (Sensibilisierung) als auch eine gesteigerte Motivation zur Inanspruchnahme externer Hilfeangebote (Schwellenabbau zu psychiatrischen Hilfeangeboten) oder hinsichtlich konkreter Verhaltensänderungen (z. B. Wiederaufnahme von Medikation) beziehen.

#### *5.2.5 Das Manual*

Das Manual von *gesund.sein* orientiert sich an der Gestaltung einschlägig publizierter Psychoedukationsprogramme. Durch die Manualisierung ist eine hohe Strukturierung des Gruppenangebots gegeben, die eine empirische Vergleichbarkeit begünstigt. Zudem ist dadurch die praktische Umsetzung und Handhabung des Programms für die Gruppenleitungen erleichtert. Bei der Entwicklung wurde besonders darauf geachtet, dass auch weiterhin genügend Spielraum zur gruppenspezifischen Ausgestaltung und flexiblen Anwendung bleibt. Das Manual beinhaltet die vollständigen Materialien für die gesamten Einheiten. Zur Teilnehmergeinnung enthält das Manual eine Präsentation für die Informationsveranstaltung, sowie Handzettel bzw. Plakate als Werbung in den Einrichtungen.

Materialien, Arbeitsmappe und Gesundheitskoffer

Für die Gruppenleitungen sind folgende Materialien vorhanden:

- *Handouts* der einzelnen Einheiten

Das Handout zeigt die gesamte Übersicht der jeweiligen Sitzung überblicksartig auf. Die Inhalte werden in einzelne Abschnitte aufgeteilt, zu denen jeweils die notwendigen Materialien, wie auch die erforderlichen technischen Hilfsmittel (z. B. Beamer, Flipchart) angegeben sind. Zudem wird den Abschnitten ein zeitlicher Rahmen zugeordnet. Die Gruppenleitungen können anhand des Handouts die Verantwortlichkeit der jeweiligen Abschnitte untereinander aufteilen.

- *Anleitungen* der einzelnen Einheiten

Entsprechend der Struktur des Handouts liegen für die Gruppenleitungen ausführliche Anleitungen zu den einzelnen Einheiten vor. Am Anfang der Anleitungen befindet sich stets ein Überblickskasten, in dem die Materialien der Teilnehmer, zusätzliche Unterlagen der Gruppenleitungen, erforderliche technische Hilfsmittel und die Themenschwerpunkte der Einheit aufgelistet sind. Den einzelnen Abschnitten/Gliederungspunkten des Handouts werden nun ausformulierte Anleitungen zugeordnet. Diese verdeutlichen detailliert den Inhalt und die Möglichkeiten der didaktischen Umsetzung. Zusätzlich werden hier Verweise auf die entsprechenden Materialien gegeben. Am Ende der Anleitungen finden sich Literaturhinweise, die zur inhaltlichen Vertiefung dienen können.

- *Dokumentations- und Reflexionsbögen* für die einzelnen Einheiten

Ergänzend für die Auswertung des Programms, wie auch zur Selbstreflexion der Gruppenleitungen, gibt es einen kurzen Dokumentations- und Reflexionsbogen für die Sitzungen. Dieser dokumentiert die Anwesenheit der Teilnehmer und enthält u. a. folgende Fragestellungen: Welche Inhalte wurden besprochen? Konnte im Sinne des Manuals gehandelt werden? Was fiel besonders positiv auf? Was fiel eher negativ auf bzw. wo gab es Schwierigkeiten? Der Dokumentations- und Reflexionsbogen endet mit einer abschließenden Beurteilung der Einheit.

- *Teilnehmerlisten*

Die Teilnehmerlisten können optional zum Einsatz kommen, entweder nur zu Beginn des gesamten Programms oder am Anfang jeder Einheit.

Für die Teilnehmer sind folgende Materialien vorhanden:

- *Deckblätter* für die einzelnen Einheiten

Die Deckblätter fassen die wesentlichen Inhalte der jeweiligen Einheit anhand einzelner Überbegriffe zusammen

- *PowerPoint-Präsentationen* zu den einzelnen Einheiten

Für jede Einheit existiert eine PowerPoint-Präsentation, die den Teilnehmern als Orientierungshilfe dienen soll, da Inhalte grafisch veranschaulicht werden können.

- *Arbeitsblätter, zusätzliche Informationsblätter*

Während allgemeine Inhalte meist anhand der PowerPoint-Präsentation oder zusätzlicher Informationsblätter aufbereitet werden, dienen Arbeitsblätter der individuellen Auseinandersetzung mit den besprochenen Themen. Diese werden dann überwiegend im Gesundheitskoffer (siehe Einheit 2) eingeordnet.

- *Feedbackbögen*

Zum Abschluss jeder Einheit und am Ende des gesamten Programms stehen Feedbackbögen zur Verfügung, mit deren Hilfe folgende Aussagen von den Teilnehmern bewertet werden können: Ich habe in dieser Einheit neue Informationen erhalten. Ich habe mich in der Gruppe wohlfühlt. Ich fand die heutige Einheit interessant. Insgesamt bewerte ich die heutige Einheit.

- *Werbung*

Um das Gruppenprogramm in den Einrichtungen präsent zu machen, bedarf es, neben der persönlichen Motivation in Einzelgesprächen, diverser Optionen der Werbung:

- *Informationsveranstaltung* (PowerPoint-Präsentation)

Eine allgemeine Informationsveranstaltung, die etwa 10–14 Tage vor Programmbeginn erfolgen sollte, ist unumgänglich. Diese Veranstaltung gibt den Interessenten die Möglichkeit, sich unverbindlich zu informieren und die Gruppenleitungen kennenzulernen. Die Gruppenleitungen stellen sich vor, der inhaltliche wie auch der organisatorische Rahmen wird erläutert und Fragen der potenziellen Teilnehmer können beantwortet werden. Für die Informationsveranstaltung ist eine entsprechende PowerPoint-Präsentation vorhanden.

- *Plakat und Handzettel*

Neben der Informationsveranstaltung werden Plakate und Handzettel in der Einrichtung platziert. Diese geben den Bewohnern nochmals relevante Informationen (Termin der Informationsveranstaltung, Termine der Einheiten, Ansprechpartner\_innen) in kompakter Darstellung.

Die Teilnehmer erhalten alle Materialien direkt im Kurs. Diese werden vor den jeweiligen Einheiten von den Gruppenleitungen kopiert und entsprechend am Anfang oder während der Sitzungen verteilt. Es entsteht somit kein zusätzlicher (Kosten-)Aufwand für die Teilnehmer. Jeder Teilnehmer bekommt zu Beginn der ersten Einheit eine Arbeitsmappe, die mit seinem Namen versehen ist. In dieser Mappe können nun alle Unterlagen abgeheftet werden. Zusätzlich erhält jeder Teilnehmer eine gesonderte Aufbewahrungsmöglichkeit (z. B. farblich abgehobener Schnellhefter): den *Gesundheitskoffer*. In diesem werden alle Unterlagen archiviert, die ausschließlich auf der individuellen Ebene der einzelnen Teilnehmer bearbeitet wurden. Es soll somit auch eine räumliche und visuelle Abgrenzung zwischen allgemeinen Informationen und der individuellen Betrachtung und Umsetzung dieser Themengebiete erzielt werden. So werden beispielsweise in Einheit 2 die Präsentation und allgemeine Informationen zu Schutz- und Risikofaktoren in der Arbeitsmappe festgehalten. Das speziell gekennzeichnete Arbeitsblatt, in dem konkrete und individuelle Schutz- und Risikofaktoren erarbeitet werden, wird im persönlichen Gesundheitskoffer abgeheftet. Alle Materialien für den Gesundheitskoffer sind entsprechend vermerkt.

### Das Design

Alle verfügbaren Materialien und Unterlagen des Programms sind in einem einheitlichen Design angelegt, dessen zentrales Element das *gesund.sein*-Logo ist. Die grafische Gestaltung soll eine professionelle Gestaltung des Programms, auch über die inhaltlichen Aspekte hinaus, verdeutlichen. Die Farben des Logos werden wiederkehrend aufgegriffen, sodass eine optische Struktur erkennbar wird. Für die Teilnehmer wird ein Wiedererkennungswert hergestellt, der eine Identifikation mit dem Programm erleichtert. Die Namensgebung des Programms beruht auf der Grundidee der Salutogenese.

#### *5.2.6 Die Einheiten des Gruppenprogramms*

Insgesamt umfasst das Programm 6 Einheiten zu je 90 Minuten. Die einzelnen Sitzungen sind jeweils ähnlich, in Eingangs-, Arbeits- und Abschlussphase, strukturiert:

- (1) In der Eingangsphase werden die Teilnehmer begrüßt, mögliche Rückfragen/Unklarheiten aus der vorherigen Einheit werden geklärt, ggf. werden kleine Arbeitsaufträge der letzten Woche besprochen. Ein kurzer Rückblick der bereits besprochenen Themen und ein Ausblick der aktuellen Sitzung werden gegeben (ca. 10 Minuten).
- (2) In der Arbeitsphase werden die Themen der jeweiligen Einheiten bearbeitet. Informationen werden durch die Gruppenleitungen vermittelt, kleine Trainingssituationen

durchgeführt und der Austausch unter den Teilnehmern gefördert. Neben der allgemeinen Darstellung von Themengebieten, ist die individuelle Auseinandersetzung besonders wichtig, wofür die Arbeitsblätter des Gesundheitskoffers genutzt werden (ca. 70 Minuten, inklusive Pausen).

(3) In der Abschlussphase wird die Einheit durch die Gruppenleitungen oder durch die Teilnehmer kurz zusammengefasst. Es können Missverständnisse/Kritikpunkte/offene Fragen der Einheit angesprochen werden. Den Teilnehmern wird die Möglichkeit einer kurzen Blitzlichtrunde gegeben. Die Gruppenleitungen geben einen Ausblick auf die nächste Sitzung und evtl. werden kleine Arbeitsaufträge vergeben. Der kurze Feedbackbogen für die Teilnehmer schließt die Sitzung ab (ca. 10 Minuten).

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die jeweiligen Arbeitsphasen der einzelnen Einheiten und verdeutlichen überblicksartig die entsprechenden Inhalte und Ziele (eine detaillierte und vollständige Darstellung ergibt sich aus dem Handout und den Anleitungen für die Gruppenleitungen, wie auch aus den zugehörigen Materialien für die Teilnehmer, die im Manual vorhanden sind).

### *Einheit 1*

Vor dem inhaltlichen Einstieg stehen in der ersten Einheit zunächst einige „allgemeine Informationen“ im Mittelpunkt. Diese beinhalten, z. B. die Vorstellung der Gruppenleitungen und der organisatorischen Rahmenbedingungen. Die Teilnehmer werden ebenfalls gebeten, sich kurz vorzustellen. Im Anschluss werden gemeinsam Gesprächs- und Gruppenregeln erarbeitet, die für ein respektvolles Zusammenarbeiten innerhalb der Kursphase verbindlich sind. Inhaltlich setzt sich die Einheit 1 mit den Themen *Gesundheit und Krankheit* und einem *Modell der Krankheitsentstehung* auseinander. Die Teilnehmer erarbeiten, was sie mit den Begrifflichkeiten *Gesundheit* und *Krankheit* verbinden. In einer grafischen Darstellung werden die genannten Aspekte den beiden Polen Gesundheit und Krankheit zugeordnet. Diese wird durch die wesentlichen Grundgedanken der Salutogenese (vgl. Antonovsky, 1997) näher erläutert (Gesundheit kein Zustand, sondern Prozess; Gesundheits-Krankheits-Kontinuum; gesund oder krank sein ist subjektives Erleben; man kann aktiv Einfluss nehmen etc.). Mit den Teilnehmern wird weiterhin erarbeitet, welche Formen von Erkrankungen sie kennen (somatisch, psychisch, neurologisch, psychosomatisch) und entsprechende Beispiele besprochen. Den Teilnehmern soll bewusst werden, dass es verschiedene *Bereiche* eines Menschen gibt, die von Krankheit betroffen sein können. Häufig stehen diese aber auch in

Wechselwirkung zueinander. Für die unterschiedlichen Krankheitsbereiche gibt es Expert\_innen (Fachärzt\_innen) und eine Vielzahl an Hilfe- und Behandlungsmöglichkeiten. Im Anschluss wird das Vulnerabilitäts-Stress-Modell zur Erklärung von Krankheitsentstehung in seinen Grundzügen besprochen. Es geht hierbei lediglich um ein Grundverständnis der beiden Begrifflichkeiten *Vulnerabilität* und *Stress*. Im Zusammenspiel dieser beiden Komponenten kann es zum Erleben von Krankheitssymptomen kommen. Den Teilnehmern soll vermittelt werden, dass nur eine negative Kombination aus beiden Faktoren zur Krankheitsentstehung führt und die Komponente Stress stets aktiv zu beeinflussen ist. Anhand einer einfach verständlichen, grafischen Darstellung soll ein gemeinsames Grundverständnis zum Thema Gesundheit und Krankheit sowie deren Entstehung vermittelt werden, auf dem Inhalte und Diskussionen der folgenden Einheiten aufbauen können.

### *Einheit 2*

Zu Beginn der Einheit 2 wird den Teilnehmern der *persönliche Gesundheitskoffer* vorgestellt. Es wird betont, dass es wichtig ist, allgemeine Themen auf seine eigene Lebenswelt zu beziehen und in diese zu integrieren. Thematisch stehen in dieser Einheit *Schutz- und Risikofaktoren* im Mittelpunkt. Diese werden in Anlehnung an die Einheit 1 erarbeitet, da sie im engen Zusammenhang mit Stress stehen. Risikofaktoren wirken hier stressfördernd und gehen in Richtung *Krankheits-Pol*, während Schutzfaktoren Stress entgegenwirken und Gesundheit begünstigen (*Gesundheits-Pol*). Den Teilnehmern soll verdeutlicht werden, dass Schutz- und Risikofaktoren sehr individuell sein können. Hierfür werden einige *Bereiche des Lebens* (z. B. Freizeit, soziale Kontakte, Ernährung/eigener Körper) dargestellt, aus denen sich konkrete Schutz- und Risikofaktoren ableiten lassen. Nach diesen allgemeinen Überlegungen, sollen die Teilnehmer für sich persönlich Schutz- und Risikofaktoren ausfindig machen, die im Gesundheitskoffer aufbewahrt werden. Den Teilnehmern soll es gelingen, einige individuelle Schutzfaktoren möglichst konkret zu benennen (d. h. beispielsweise für den Bereich „Freizeit“ nicht ganz allgemein Hobby, sondern Schach spielen). Bis zur nächsten Einheit sollen die Teilnehmer gezielt darauf achten, welche Schutzfaktoren sie in ihrem Alltag bemerken (Fokus auf eine positive, gesundheitsfördernde Perspektive).

### *Einheit 3*

Die Einheit 3 stellt eine Besonderheit dar, da als externe Fachkraft eine Psychiaterin oder ein Psychiater eingeladen wird. Die Person wird zunächst von den Gruppenleitungen vorgestellt.

Inhaltlich haben sich folgende Themenbausteine herausgestellt, die für die Zielgruppe von Interesse sind:

- Allgemeine Basisinformationen zur Psychiaterin/zum Psychiater:  
Was ist eine Psychiaterin/ein Psychiater? Ausbildung, Abgrenzung zur Psychologie, Zuständigkeit, Schwellen für Kontaktaufnahme
- Diagnosen:  
Was sind Diagnosen? Warum Diagnosen? Vor- und Nachteile (gezielte Hilfeplanung vs. Stigmatisierung, Fehldiagnose). Welche Diagnosen gibt es? (lediglich Übersicht)
- Behandlungsmöglichkeiten des psychiatrischen Hilfesystems:  
Psychiatrische Hilfe, psychotherapeutische Hilfe, medikamentöse Behandlung, Ambulanzen, Praxen, Kliniken, regelmäßige Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
- Medikamente:  
Welche Medikamente bei welchen Krankheiten? Wirkung/Nebenwirkung, Suchtstoffe in Medikamenten, Verträglichkeit von Medikamenten und psychotropen Substanzen/Alkohol

Je nach Gruppenkonstellation und Erfahrungen der Teilnehmer mit dem psychiatrischen Hilfesystem können Schwerpunkte und Detaillierungsgrad der Themen gesetzt werden. Es geht hierbei weniger um intensives Fachwissen, sondern vielmehr um eine unkomplizierte und unverbindliche Auseinandersetzung mit Inhalten, die meist nur schwer zugänglich sind. Die Teilnehmer sollen somit die Möglichkeit erhalten, sich über verschiedene Themengebiete informieren und einer Psychiaterin oder einem Psychiater ohne Zeitdruck offene Fragen stellen zu können. Durch die gemeinsame Gesprächssituation und eine ungezwungene Begegnung, sollen diverse Schwellen abgebaut werden.

#### *Einheit 4*

In der Einheit 4 sollen sich die Teilnehmer mit dem Thema *Krise und Frühwarnzeichen* auseinandersetzen. Zunächst wird anhand einer allgemeinen Definition das Verständnis einer Krise diskutiert (vgl. Dross, 2001). Es soll verdeutlicht werden, dass Krisen bei jedem Menschen auftreten, für deren Bewältigung besondere Kompetenzen/Schutzfaktoren notwendig sind. So können teilweise eigene Bewältigungsstrategien ausreichend sein, teils aber auch nicht. Eine Krise macht sich häufig bereits durch Frühwarnzeichen bemerkbar. Werden diese rechtzeitig erkannt, können entsprechende Bewältigungsmechanismen mobilisiert werden. Es können allgemeine und krankheitsspezifische Frühwarnzeichen

unterschieden werden, wobei die Teilnehmer mit Unterstützung der Gruppenleitungen individuelle Frühwarnzeichen identifizieren sollen. Die persönlichen Frühwarnzeichen können im Gesundheitskoffer festgehalten werden. In einem letzten inhaltlichen Schritt dieser Einheit wird veranschaulicht, dass das Erkennen von Frühwarnzeichen für den Verlauf einer Krise sehr wichtig ist. Vereinfacht lassen sich zwei mögliche Konsequenzen unterscheiden, wenn Frühwarnzeichen für eine Krise erkannt werden: (1) Es gelingt, aufgrund der eigenen Bewältigungsstrategien/Schutzfaktoren (vgl. Einheit 2) die Krise abzuwehren. (2) Reichen die eigenen Schutzfaktoren nicht aus, ist es notwendig Unterstützung durch externe/professionelle Hilfeangebote in Anspruch zu nehmen (Verweis auf Einheit 6: Thema professionelle Hilfeangebote).

### *Einheit 5*

Im Fokus der Einheit 5 steht das Thema *Kommunikation*. Die Teilnehmer erarbeiten zunächst durch ein kurzes Brainstorming Aspekte, die mit Kommunikation in Verbindung gebracht werden können. Nach dieser Annäherung an das Thema, werden die Grundgedanken des Kommunikationsmodells von Schulz von Thun (*Vier Seiten einer Nachricht*) vermittelt (vgl. Schulz von Thun, 2013). Es kommt hierbei weniger auf die Begrifflichkeiten aller vier Ebenen einer Botschaft an. Die Teilnehmer sollen vielmehr verstehen, dass eine Nachricht unterschiedlich gesendet und empfangen werden kann, was ggf. zu Kommunikationsproblemen bzw. Konflikten führt. Anhand einer beispielhaften Gesprächssituation zwischen einem Sozialarbeiter und seinem Klienten werden die möglichen Ebenen der Nachricht besprochen. Durch die PowerPoint-Präsentation werden zusammenfassend Eckpunkte erarbeitet, die wichtig erscheinen, *wenn ich spreche* oder *wenn ich zuhöre*. Somit werden nochmals die unterschiedlichen Rollen des Senders und des Empfängers hervorgehoben. Nach diesen theoretischen Vorüberlegungen können die Teilnehmer anhand von zwei Rollenspielsituationen Kommunikationsmöglichkeiten konkret trainieren. Wesentliche Grundzüge des Rollenspiels, wie auch eine günstige Verteilung der einzelnen Rollen in den beiden Situationen, werden in der Anleitung für die Gruppenleitungen beschrieben. Am Ende der Einheit sollen die Teilnehmer für sich persönlich benennen, was sie an einem Gespräch als besonders wichtig empfinden, und auf welche Aspekte sie in Zukunft besser achten wollen. Diese individuellen Überlegungen werden erneut im Gesundheitskoffer festgehalten.

### *Einheit 6*

In der abschließenden Einheit 6 stehen *professionelle Hilfeangebote* im Mittelpunkt. In Verbindung zur Einheit 2 (Schutz- und Risikofaktoren) wird verdeutlicht, dass neben persönlichen Schutzfaktoren und Vertrauenspersonen, professionelle Hilfeangebote eine wesentliche Unterstützungsform sind, um die eigene seelische Gesundheit positiv zu beeinflussen. Die Teilnehmer erarbeiten ihnen bekannte professionelle Hilfeformen. Dies können Einrichtungen, Programme, konkrete Personen, Berufsgruppen etc. sein. Anschließend sollen diese Antworten im Plenum systematisch geordnet werden. Hierbei können z. B. die üblichen Hilfeplanbereiche als Kategorien dienen. Für den persönlichen Gesundheitskoffer sollen die Teilnehmer alle professionellen Hilfen festhalten, die für sie relevant erscheinen bzw. auch schon genutzt werden. In dem zugehörigen Arbeitsblatt soll neben dem Namen des Hilfeangebots auch eine konkrete Kontaktperson mit Telefonnummer und der Grund für eine Kontaktaufnahme angegeben werden. Die Gruppenleitungen können hier ggf. zur Ergänzung Informationsmaterial von externen Hilfen anbieten. Zum Abschluss des Gruppenprogramms wird eine ausführliche Feedbackrunde eingeleitet, in der jeder Teilnehmer sein Fazit des Programms zusammenfassen kann. Die Gruppenleitungen geben den Teilnehmern ebenfalls Rückmeldungen und eröffnen Optionen, die als weitere Schritte nach *gesund.sein* zur Förderung der eigenen seelischen Gesundheit folgen können.

## **II. Empirischer Teil**

Im folgenden empirischen Teil dieser Arbeit wird zunächst in Kapitel 6 die Implementierung von *gesund.sein* erörtert. Im Anschluss wird die formative Evaluationsstudie in Kapitel 7 beschrieben. Hierbei werden die zentralen Fragstellungen der Untersuchung dargelegt (Kapitel 7.1), die Stichprobe erläutert (Kapitel 7.2) und das Studiendesign (Kapitel 7.3) sowie das methodische Vorgehen (Kapitel 7.4) veranschaulicht. In Kapitel 8 folgt die Darstellung der Studienergebnisse, wobei die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung (Kapitel 8.1), die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung (Kapitel 8.2) sowie die Ergebnisse der forschungsgenerierten Dokumentationen (Kapitel 8.3) gesondert präsentiert werden.

### **6. Implementierung als konzeptionelle Herausforderung**

Da es sich bei dem Gruppenprogramm *gesund.sein* um eine innovative Intervention handelt, die somit gegenwärtig nicht in den Routinen der Praxis der Wohnungslosenhilfe verankert ist, sollen in diesem Kapitel einige Anmerkungen bezüglich der Implementierung erfolgen, die als wesentliche Voraussetzung für eine gelingende Durchführung des Programms verstanden

werden können. Die Implementationsforschung, die sich allgemein formuliert mit der „Beschreibung und Analyse von Prozessen bei der Umsetzung von Konzepten oder Programmen“ (Petermann, 2014, S. 122) auseinandersetzt, liefert hierbei beachtenswerte Impulse für Implementierungsstrategien von Innovationen (Kapitel 6.1), die im Rahmen der Implementierung von *gesund.sein* konkretisiert wurden (Kapitel 6.2).

### **6.1 Implementierungsstrategien von Innovationen**

Grundsätzlich können Innovationen als „product or practice that is new to its developers and/or to its potential users“ (Klein & Knight, 2005, S. 243) bezeichnet werden. Dabei unterscheiden Klein und Knight (2005) zwischen *innovation adoption* und *innovation implementation*, wobei *adoption* die bloße Entscheidung der Umsetzung einer Innovation beschreibt, während *implementation* Prozess und Übergang hin zur tatsächlichen Anwendung einer Innovation darstellt. Bezogen auf das Feld der Wohnungslosenhilfe, das, wie bereits beschrieben, konzeptionell und methodisch tendenziell einer generalistischen Grundausrichtung folgt (siehe Kapitel 2.3), erscheint für die erfolgreiche Anwendung eines innovativen und spezialisierten Programms eine sorgfältig gewählte Implementierungsstrategie von besonderer Bedeutung. Die Implementierung eines neuen Konzeptes in die Routinen der sozialarbeiterischen Praxis einer Organisation, kann als ein maßgeblicher Veränderungsprozess betrachtet werden, für den ein entsprechendes Change-Management benötigt wird. Hierbei lassen sich drei grundlegende Modelle von Implementierungsstrategien anführen, die sogenannten *Top-down-Strategien*, die *Bottom-up-Strategien* und die *symbiotischen Strategien* (vgl. Überblick, insbesondere in Bezugnahme auf den Bildungsbereich: Hasselhorn, Köller, Maaz, & Zimmer, 2014).

Bei Top-down-Strategien sollen Innovationen, die meist von externen Institutionen entwickelt wurden, möglichst unverändert in das betreffende Handlungsfeld übertragen werden, was zur Folge hat, dass die Innovationen eher unflexibel gehandhabt und adaptiert werden müssen. Im Rahmen der Implementierung treten zwei Gruppen von Akteur\_innen auf. Zum einen die Gruppe, die beabsichtigt, eine Innovation in einem bestimmten Kontext einzubringen. Zum anderen die Gruppe, die eine Innovation letztlich umsetzen soll und mit den zukünftigen Veränderungen umgehen muss. Im Feld der Wohnungslosenhilfe wäre es bei dieser Strategie beispielsweise denkbar, dass eine Forschungseinrichtung oder Hochschule eine innovative Maßnahme entwickelt und sich die Führungs- und Leitungsebene eines Trägers für deren Implementierung entscheidet. Die letztliche Umsetzung der Maßnahme geschieht jedoch direkt in den Einrichtungen durch das dortige Personal, das an der

Entstehung und Entwicklung der Innovation nicht beteiligt ist. Dabei liegt ein „technokratisches Implementationsverständnis mit hierarchischem Akteursgefüge zugrunde: Die Implementierung der Innovation ist gekennzeichnet durch die mehr oder weniger lineare Übernahme durch die betroffenen Akteure“ (Hasselhorn u. a., 2014, S. 142).

Bei Bottom-up-Strategien werden hingegen Innovationen direkt von den Akteur\_innen entwickelt, die sie auch umsetzen. Intern wahrgenommene oder extern formulierte Probleme, Bedarfe oder Herausforderungen werden als Auslöser für die Entwicklung einer Innovation verstanden. Die jeweiligen Akteur\_innen benennen somit die Ausgangssituation und Ziele, konzipieren eigenständig Lösungen und vollziehen entsprechende Implementierungsschritte.

Bei einer symbiotischen Implementationsstrategie sind schließlich die Verantwortlichen und die mit der Anwendung betrauten Personen gemeinsam an der Planung und Umsetzung einer Innovation beteiligt. Somit erfolgt keine ausschließliche Anordnung von oben nach unten, der Innovationsprozess ist gemeinsam gestaltet und die Implementationsstrategie daher möglichst flexibel konzipiert. Durch diese Strategie soll zudem die professionelle Verantwortung einer fortwährenden Optimierung der Innovation als prozesshafte Aufgabenstellung vermittelt werden (vgl. Hasselhorn u. a., 2014, S. 142 f.).

Auch für den Bereich der Bewährungshilfe, die für die Soziale Arbeit aus professionstheoretischer und methodischer Betrachtung viele Ähnlichkeiten zur Wohnungslosenhilfe aufweist, wird die Notwendigkeit geeigneter Entwicklungs- und Implementierungsstrategien beschrieben, um mögliche Barrieren für Innovationen zu überwinden (vgl. Klug & Schaitl, 2012). Sowohl die beschriebene Top-down-Strategie als auch die Bottom-up-Strategie zeigen Schwachstellen für die Entwicklung und Umsetzung von Innovationen. Erstere unterschätzt erheblich die Komplexität von Veränderungsprozessen in der Praxis. Außerdem wird eine notwendige Identifikation mit der Innovation gerade bei den Personen, die letztlich für die praktische Anwendung zuständig sind, nicht ausreichend in den Blick genommen, sodass damit zu rechnen ist, dass die angestrebten Veränderungen nicht verwirklicht werden. Dagegen versucht ein Bottom-up-Modell möglichst alle auch noch so weit auseinanderliegenden Positionen miteinander zu verbinden, was schließlich zum kleinsten gemeinsamen Nenner führt und somit wesentliche Auswirkungen auf die Qualität einer Innovation haben kann (vgl. Klug & Schaitl, 2012, S. 140 ff.). Aus diesen Gründen wird ein Mittelweg präferiert, der als Integrationsmodell bezeichnet wird und Parallelen zu der oben beschriebenen symbiotischen Strategie aufweist. Für den konkreten Veränderungsprozess soll eine eigene Projektorganisation als Verantwortungsträger gebildet werden, die eine stringente Projektdurchführung mit der Beteiligung der Basis verbindet.

Diverse Entwürfe und Vorlagen werden erarbeitet und anschließend an der Basis breit diskutiert. Dadurch soll vermieden werden, dass parallel unvereinbare Entwürfe verhandelt werden. In diesem Modell sollte, im Gegensatz zu einer Bottom-up-Strategie, auch unabdingbar die Wissenschaft der Sozialen Arbeit als externe Stimme eingebracht werden, da nur der Dialog zwischen Disziplin und Profession gewährleisten kann, dass sich beide Systeme nicht gegenseitig immunisieren und voneinander abschotten (Göppner & Hämalainen, 2004, zit. nach Klug & Schaitl, 2012, S. 146).

Neben den bisherigen Darstellungen zu Implementationsstrategien von Innovationen gibt es weitere theoretische Anknüpfungspunkte für die konkrete Gestaltung der Implementierung von *gesund.sein*, die an dieser Stelle nur überblicksartig angeführt werden können. Für die Organisationsentwicklung und das Projektmanagement in der Sozialen Arbeit liefert Merchel (2005) einen sehr hilfreichen Überblick. Die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit für methodische Innovationen bzw. Entwicklungsprozesse wird insbesondere von Sommerfeld, Gredig und Hüttemann thematisiert. Wesentlich sind hier die Modellüberlegungen der kooperativen Wissensbildung und forschungsbasierten Praxis (vgl. u. a. Hüttemann & Sommerfeld, 2007), sowie das Verfahren des Praxis-Optimierungs-Zyklus (vgl. Gredig, 2005, 2011) anzuführen, deren Bedeutung für das Gruppenprogramm bereits an anderer Stelle ausführlicher aufgegriffen wurde (vgl. Niebauer & Klug, 2014) und in Kapitel 10.3 nochmals gezielter dargelegt wird. Darüber hinaus konnten in einer Studie (Hüttemann, Rotzetter, Amez-Droz, Gredig, & Sommerfeld, 2016) folgende fünf Typen von Kooperationen zwischen Akteur\_innen aus Wissenschaft und Praxis im Rahmen von Forschungs- und Entwicklungsprojekten identifiziert werden: (Typ 1) Kooperation zwecks Erkenntnis, (Typ 2) Kooperation zwecks Verfahrensentwicklung, (Typ 3) Kooperation zwecks Weiterentwicklung der Organisation, (Typ 4) Kooperation zwecks Praxisgestaltung und (Typ 5) Kooperation zwecks politischer Entscheidungsfindung. Anhand der unterschiedlichen Typen werden Herausforderungen, Missverständnisse, divergierende Interessen und Tätigkeiten, sowie notwendige Anforderungen für gelingende Kooperationen offengelegt, die auch für die Implementierung von *gesund.sein* von Bedeutung erscheinen.

Die theoretischen Darstellungen bezüglich der Implementierungsstrategien von Innovationen und der Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis sind als Referenz- und Reflexionspunkte zu verstehen, die für die konkrete Implementierung des Gruppenprogramms *gesund.sein* als Orientierung dienen. Letztlich galt es diese im Rahmen des Forschungsprojekts differenziert aufzugreifen.

## 6.2 Implementierung von *gesund.sein*

Potenzielle Einrichtungen für das Promotionsprojekt und die Evaluationsstudie wurden von Oktober 2013 bis Februar 2014 zunächst telefonisch oder per E-Mail auf der Leitungsebene angefragt. Je nach Größe des Trägers oder der Organisation wurde das Programm den zuständigen Fachbereichs- und/oder Einrichtungsleitungen vorgestellt, um ein prinzipielles Interesse an der Implementierung des Gruppenprogramms *gesund.sein* zu erörtern. War dieses gegeben, wurde das Programm den gesamten Teams der jeweiligen Einrichtungen im Zeitraum von April bis Juni 2014 präsentiert, wobei möglichst alle Mitarbeiter\_innen mit psychosozialer Ausrichtung einbezogen wurden. Vereinzelt nahmen darüber hinaus auch noch Verwaltungsfachkräfte oder Personen des Betreuungspersonals, die ebenfalls eine regelmäßige Kontaktdichte zu den Klienten aufzeigen, an der Programmvorstellung teil. Somit war es dem gesamten Team einer Einrichtung möglich, sich mit dem Programm auseinanderzusetzen und schließlich für oder gegen die Projektteilnahme zu stimmen. Die Bewertung des Programms durch das gesamte Team sollte Transparenz und Partizipation fördern, um eine möglichst große Akzeptanz des Programms innerhalb einer Einrichtung von Beginn an zu erreichen. Bei der Zusage zur Projektteilnahme benannten die jeweiligen Einrichtungen zwei Personen als Gruppenleitungen für die Durchführung des Programms. Dieser Schritt kann gemäß den Ausführungen des vorherigen Kapitels (6.1) als *innovation adoption* (vgl. Klein & Knight, 2005) begriffen werden. Die tatsächliche Implementierung des Gruppenprogramms (*innovation implementation*) versteht sich, in Bezugnahme auf die Darstellungen von oben, an den Grundprinzipien einer symbiotischen Implementierungsstrategie anknüpfend. Bei der ursprünglichen Entwicklung des Gruppenprogramms erwies sich bereits ein solches Vorgehen als sehr positiv (vgl. Niebauer, 2012), sodass für die Implementierung im Rahmen der vorliegenden Evaluationsstudie schließlich folgende Strategie und Projektorganisation gewählt wurde: Die jeweiligen Gruppenleitungen, die das Gruppenprogramm in ihren Einrichtungen durchführten, sowie zum Teil weitere Mitarbeiter\_innen aus den Einrichtungen, wurden für jeden Standort (ausführlichere Beschreibung der Standorte siehe in Kapitel 7.2.1) zu eigenständigen Projektgruppen zusammengefasst. Somit ergaben sich insgesamt 4 Projektgruppen mit jeweils 4–8 Personen aus der Praxis der Wohnungslosenhilfe. Der Autor dieser Arbeit leitete die Projektgruppen und ergänzte diese um die wissenschaftliche Perspektive der Sozialen Arbeit. Die 4 Projektgruppen wurden im Implementierungsprozess in zwei Workshop-Tagen für die Umsetzung von *gesund.sein* in einem partizipatorischen Stil geschult. Die beiden Workshops

wurden vom Autor dieser Arbeit durchgeführt und fanden mit einem zeitlichen Abstand von etwa drei Monaten statt.

Workshop I wurde an allen Standorten im Juli 2014 (Ausnahme: für Standort D erst im September 2014) durchgeführt und beinhaltete folgende Elemente:

- Allgemeine Begrüßung und Einführung (inkl. Vorstellungsrunde; organisatorische Planung und Ablauf; Motivation zur Projektteilnahme und Erwartungen an das Gruppenprogramm)
- Austausch über konzeptionelle und methodische Ausrichtung der jeweiligen Einrichtung (inkl. Herausforderungen und Schwierigkeiten der methodischen Erreichbarkeit wohnungsloser Menschen)
- Theoretische Grundlagen des Programms (Seelische Gesundheit wohnungsloser Männer, Psychoedukation)
- Überblicksartige Vorstellung der Inhalte des Gruppenprogramms
- Aushändigen des Manuals von *gesund.sein*

Workshop II wurde an allen Standorten im Oktober 2014 (Ausnahme: für Standort D erst im Dezember 2014) durchgeführt und beinhaltete folgende Elemente:

- Allgemeine Einführung (Begrüßung; offene Fragen seit Workshop I)
- Gemeinsamer Durchlauf aller Einheiten des Gruppenprogramms (optional Rollenspiele bei unsicheren oder schwierigen Situationen in den einzelnen Einheiten)
- Methodische Kontextualisierung: Welche Abweichungen bzw. Modifikationen werden für den konkreten Kontext der einzelnen Einrichtungen benötigt?
- Organisatorischer Rahmen für die Programmdurchführung (Werbung, Motivationsarbeit zur Teilnahme, Gestaltung des Gruppenraums) in Bezug auf den konkreten Kontext der einzelnen Einrichtungen
- Abschlussrunde mit offenen Fragen bzw. Unsicherheiten bezüglich der bevorstehenden Programmdurchführung

Im Rahmen der vorliegenden Evaluationsstudie wurden Daten bezüglich des Implementierungsprozesses erhoben, um mögliche Herausforderungen und Potenziale zu identifizieren, die auch für weitere Implementierungen von methodischen Innovationen in der Wohnungslosenhilfe bzw. anderen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit dienlich sein können.

## 7. Formative Evaluation

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine *Evaluationsforschung*, wobei grundsätzlich die Bewertung von Maßnahmen oder Programmen im Mittelpunkt steht, und relevante Anspruchsgruppen (*stakeholder*) bezüglich des entsprechenden Evaluationsgegenstandes anhand sozialwissenschaftlicher Methoden befragt werden (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 979). Die Evaluationsforschung ist dabei als Teilbereich dem Wissenschaftssystem zuzuordnen. Sie orientiert sich demnach an den Standards und der Logik der empirischen Sozialforschung (vgl. Lüders & Haubrich, 2003), und unterscheidet sich somit von der reinen (Selbst-)Evaluation innerhalb der sozialarbeiterischen Berufspraxis. Nach Merchel (2015) kann die vorliegende Evaluationsstudie verstanden werden, als ein „systematisiertes und transparentes Vorgehen der Datensammlung zu einem bestimmten Gegenstandsbereich/Sachverhalt mittels intersubjektiver und gültiger Erhebungsverfahren, das auf der Basis vorher formulierter Kriterien eine genauere Bewertung des Gegenstands/Sachverhalts ermöglichen und in der Praxis verwertbare Diskussions- und Entscheidungshilfen zur Verbesserung bzw. Weiterentwicklung des untersuchten Gegenstands/Sachverhalts liefern soll“ (S. 20). Da sich das Promotionsvorhaben auf die Implementierung und Durchführung eines innovativen Programms bezieht, kann dieses als Modellprojekt eingeordnet werden, mit dessen Abschluss diverse Evaluationsergebnisse verbunden sind. Diese sollen sich zunächst weniger auf Wirkungen und Effekte des Programms beziehen, sondern vielmehr auf strukturelle Bedingungen, Verlauf und einzelne Prozessschritte sowie auf die Erwartungen und die Zufriedenheit hinsichtlich des Programms. Ein derartiges Vorgehen wird als *formative Evaluation* oder Prozessevaluation bezeichnet und zielt insbesondere auf die Optimierung von (innovativen) Interventionen ab (vgl. u. a. Döring & Bortz, 2016, S. 990; Franzkowiak, Homfeldt, & Mühlum, 2011, S. 192 ff.; Merchel, 2015). Hinsichtlich des innovativen Charakters des Programms wie auch der strukturellen Bedingungen der Wohnungslosenhilfe, ist zunächst eine umfangreiche formative Evaluation notwendig, um ein möglichst optimiertes Manual für die Praxis bereitstellen zu können. In weiteren Schritten sollten dann summative, bilanzierende Evaluationen bzw. Wirkungsforschungen folgen. Die vorliegende Evaluationsstudie ist zudem als *Programmevaluation* (vgl. Merchel, 2015, S. 27–28) zu verstehen, da sie als konkreten Evaluationsgegenstand das Gruppenprogramm *gesund.sein* hat. Schließlich handelt es sich um eine *Fremdevaluation*, da Evaluierende und Evaluierte unterschiedliche Personen sind (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 989).

In den nachfolgenden Ausführungen soll zunächst näher auf die zentralen Fragestellungen (Kapitel 7.1) der Untersuchung eingegangen werden. Anschließend veranschaulicht die Darstellung der Stichprobe (Kapitel 7.2), dass sowohl die Gruppenleitungen wie auch die Teilnehmer des Programms als stakeholder des Evaluationsgegenstandes befragt wurden. Das Studiendesign (Kapitel 7.3) zeigt, dass in einem triangulativen Verfahren quantitative und qualitative Forschungsmethoden eingesetzt wurden. In Kapitel 7.4 wird das konkrete methodische Vorgehen beschrieben.

### **7.1 Fragestellungen**

Die übergeordnete Fragestellung des vorliegenden Promotionsvorhabens lässt sich wie folgt benennen:

*„Welche verwertbaren Diskussions- und Entscheidungshilfen zur Optimierung und Weiterentwicklung des Programms für eine möglichst zielgruppenorientierte Ausrichtung lassen sich identifizieren?“*

Für dieses übergeordnete Evaluationsziel können anhand von zwei wesentlichen Kategorien (1. Kategorie: Programmumsetzung, 2. Kategorie: Zielgruppenorientierung) weitere Unterfragen abgeleitet werden:

#### **(1) Programmumsetzung**

- Kann das Programm/Manual planmäßig umgesetzt werden? (Programmtreue)
- Welche didaktischen Mittel/Materialien werden bei der Programmdurchführung positiv und negativ bewertet?
- Welche Themengebiete werden positiv und negativ bewertet? Welche thematischen Ergänzungen lassen sich ausfindig machen?
- Welche Prozesse/Einheiten des Programms laufen bei der Durchführung besonders positiv? Welche besonders negativ? (Prozessebene)
- Ist der strukturelle Rahmen (Zeitumfang, Teilnehmerzahl etc.) des Programms angemessen gewählt? (Strukturebene)
- Sind der theoretische Rahmen und der daraus ableitbare Handlungsplan als einheitliche, konzeptionelle Logik erkennbar? (Konzeptebene)

#### **(2) Zielgruppenorientierung**

- Wird die Zielgruppe durch das Programm erreicht? (Programmreichweite)
- Wie wird das Programm von der Zielgruppe angenommen? (Programmakzeptanz)
- Wer durchläuft das gesamte Programm? (möglichst detaillierte Zielgruppenbeschreibung)

- Sind Programmabbrüche zu verzeichnen? (Drop-outs)
- Lässt sich eine Teilzielgruppe ausfindig machen, die im besonderen Maße für das Programm empfänglich ist? (Indikation)
- Welche Motivationsfaktoren beeinflussen die Zielgruppe zu einer Programmteilnahme?
- Welche potenziellen Wirkungen und Wirkfaktoren lassen sich für die Zielgruppe identifizieren?
- Bei welchen Inhalten des Programms zeigen sich Verständnisprobleme für die Teilnehmer?
- Welche didaktischen Mittel werden besonders gut von den Teilnehmern angenommen?
- Welche strukturellen Rahmenbedingungen bewerten die Teilnehmer als besonders wichtig?

### **7.2 Stichprobe**

Für die Beschreibung der Stichprobe werden zunächst die teilnehmenden Träger und Einrichtungen (Kapitel 7.2.1) vorgestellt, aus denen die jeweiligen Gruppenleitungen (7.2.2) und Teilnehmer (7.2.3) des Programms befragt wurden. Bei der Stichprobe der Gruppenleitungen und der Teilnehmer wird auf zwei Ebenen des Samplings eingegangen: zum einen auf die Auswahl an Fällen bei der Datenerhebung, zum anderen auf die tatsächlich berücksichtigten Fälle bei der Datenauswertung (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 292 ff.).

#### *7.2.1 Die teilnehmenden Träger und Einrichtungen*

Durch schriftliche und telefonische Kontaktaufnahme wurden diverse Träger und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Deutschland über das Promotionsvorhaben und das Gruppenprogramm informiert, und eine potenzielle Bereitschaft zur Teilnahme an der Evaluationsstudie erfragt. Hierbei waren nur vereinzelt Absagen oder unbeantwortete Anfragen zu verzeichnen. Im Rahmen der Untersuchung wurden acht Einrichtungen bzw. Wohnheime aus vier unterschiedlichen Trägern einbezogen, mit dem Ziel ein möglichst realistisches Abbild der Heterogenität der Wohnungslosenhilfe in Deutschland zu gewährleisten. Für die Auswahl der Träger und Einrichtungen wurden folgende Kriterien angesetzt, um externe Störfaktoren und strukturelle Gegebenheiten weitestgehend auszubalancieren, und somit die Ergebnisse der Untersuchung bestmöglich auf die Intervention des Gruppenprogramms beziehen zu können:

- Einbezug sowohl urbaner (Städte unterschiedlicher Größe) als auch ländlicher Regionen über das gesamte Gebiet der Bunderepublik Deutschland
- Differenzierung der Träger und ihrer Einrichtungen hinsichtlich konfessioneller Zugehörigkeit (kirchliche und konfessionslose Träger), Finanzierungsform bzw. rechtlicher Grundlage (§§ 53, 66 SGB XII) und konzeptioneller/methodischer Ausdifferenzierung (Einrichtungen, die einen eher niedrigschwelligen Auftrag mit Grundversorgung und geringer Spezialisierung verfolgen, sowie Einrichtungen mit höherschwelligem Zugang und spezialisierten Hilfeangeboten)

Darüber hinaus sollten die Einrichtungen folgende Merkmale erfüllen, die auch als strukturelle Voraussetzungen für die Durchführung des Gruppenprogramms verstanden werden können:

- Längerfristige Unterstützungsform (keine akute Kurzeithilfe, Notschlafstellen, Tagestreffs etc.), um kontinuierlichen Kontakt zu den Teilnehmern hinsichtlich der Programmdauer von sechs Wochen gewährleisten zu können
- Möglichst regelmäßiges, sozialarbeiterisches Hilfeangebot (meist in Einrichtungstypen nach §§ 53, 67 SGB XII), um somit auch über die Programmphase hinaus intervenieren zu können
- Männerspezifische Ausrichtung der Einrichtungen
- Angemessene Größe der Einrichtung, um potenziell genügend Teilnehmer (Anzahl: ca. 5–10) und Gruppenleitungen (Anzahl: 2) akquirieren zu können

Nachfolgend werden die teilnehmenden Einrichtungen steckbriefartig vorgestellt. Die Standorte und Einrichtungen wurden vollständig anonymisiert, die entsprechenden Abkürzungen werden in den weiteren Ausführungen beibehalten. Die Informationen zu den einzelnen Praxispartnern wurden deren Konzeptionen, Jahresberichten und Homepages entnommen und basieren zudem auf Auskünften von Mitarbeiter\_innen.

### Träger A

Konfessioneller Träger in einer Großstadt im Süden Deutschlands mit sehr ausdifferenziertem Hilfesystem. Vergleichsweise gute Ressourcenausstattung, sowohl innerhalb des Trägers als auch innerhalb der einzelnen Einrichtungen. Bereits Erfahrungen mit themenzentrierten Gruppenprogrammen, jedoch nicht in allen vier Wohnheimen als regelmäßiges Angebot vorhanden.

#### Einrichtungen A1–A4

A1 Niedrigschwelliges Männerwohnheim mit ambulanter sozialarbeiterischer Betreuung nach §§ 53, 67 SGB XII; ca. 70 Plätze für volljährige, alleinstehende wohnungslose Männer in Einzel- und Doppelzimmern; nasse Einrichtung; konzeptioneller Schwerpunkt: sehr niedrigschwellige und akzeptierende Hilfe bei Alkoholproblemen und/oder psychischen Erkrankungen.

A2 Stationäres Männerwohnheim mit Sozialdienst und weiteren Fachdiensten (Psychologischer Fachdienst, Pflegedienst, Ergo- und Kunsttherapie) nach § 53 SGB XII; ca. 50 Plätze für alleinstehende wohnungslose Männer im Alter von 21 bis 55 Jahren mit psychischer Erkrankung und/oder Suchterkrankung (insbesondere Alkohol) in Einzelzimmern; überwiegend nasse Einrichtung; konzeptioneller Schwerpunkt: spezielle Hilfeform für wohnungslose Männer mit psychischen Erkrankungen.

A3 Niedrigschwelliges Männerwohnheim mit ambulanter sozialarbeiterischer Betreuung nach §§ 53, 67 SGB XII; ca. 50 Plätze für volljährige, alleinstehende Männer in Einzel- und Doppelzimmern; nasse Einrichtung; konzeptioneller Schwerpunkt: sehr niedrigschwellige und akzeptierende Hilfe bei Alkoholproblemen und/oder psychischen Erkrankungen.

A4 Männerwohnheim mit ambulanter sozialarbeiterischer Betreuung nach §§ 53, 67 SGB XII; ca. 80 Plätze für alleinstehende wohnungslose Männer im Alter von 18 bis 50 Jahren in Einzelzimmern; nasse Einrichtung; konzeptioneller Schwerpunkt: Hilfeform für wohnungslose Männer mit bestehenden Arbeitsverhältnissen.

#### Träger B/Einrichtung B1

Einrichtungsverbund in konfessioneller Trägerschaft mit stationären, teilstationären und arbeitstherapeutischen Hilfeangeboten und Maßnahmen in größerer Stadt in Süddeutschland mit vergleichsweise guter Ressourcenausstattung; sehr ausdifferenziert bezüglich arbeitstherapeutischer Angebote; bislang keine Erfahrung mit themenzentrierten Gruppenangeboten; Zielgruppe: volljährige wohnungslose Männer, ca. 80 Plätze in Einzel- und Doppelzimmern in stationären und teilstationären Angeboten nach § 16 SGB II, §§ 53, 67 SGB XII; sowohl nasser als auch trockener Teilbereich.

#### Träger C

Freigemeinnütziger Träger in einer Großstadt im Nordosten Deutschlands mit ausdifferenzierten Einrichtungsangeboten. Eingeschränktere Ressourcenausstattung im

Vergleich zu Träger A; stark differierende Erfahrungen mit Gruppenprogrammen sowie unterschiedlicher Grad an Ausdifferenzierung von Hilfeangeboten hinsichtlich der einzelnen Einrichtungen (von Notfallversorgungen bis hin zu therapeutischen Hilfen).

### Einrichtungen C1–C2

C1 Erstaufnahme-Einrichtung mit ca. 110 Plätzen für Männer und Frauen ab 18 Jahren sowie Familien und Paare, bestehend aus zwei Wohnheimen (ein Wohnheim für Männer mit ca. 55 Plätzen, ein Wohnheim für Frauen und Familien); Grundversorgung und Clearing als wesentliche sozialarbeiterische Aufgabe; sehr heterogene Zielgruppe mit Multiproblemlagen; sehr eingeschränkte Ressourcenausstattung; bislang keinerlei Erfahrungen mit themenzentrierten Gruppenangeboten.

C2 Stationäre Einrichtung mit ca. 30 Plätzen für chronisch, mehrfachgeschädigte, nichtabstinenzfähige, alkoholranke Männer nach §§ 53, 54 SGB XII. Die Einrichtung sieht sich als Schnittstelle von Wohnungslosenhilfe und Suchtkrankenhilfe. Der Zielgruppe soll trotz fehlender Abstinenzorientierung ein geschütztes Wohnen ermöglicht werden. Erfahrungen mit Gruppenangeboten, jedoch andere Themengebiete als seelische Gesundheit.

### Träger D/Einrichtung D1

Großer Einrichtungsverbund im ländlichen Raum in Süddeutschland der einem konfessionellen Träger zugeordnet ist. Der Fachbereich *Wohnungslosenhilfe* umfasst eine Vielzahl an stationären und teilstationären Wohnmöglichkeiten mit insgesamt ca. 400 Plätzen (wobei etwa die Hälfte der Bewohner als Zielgruppe von *gesund.sein* betrachtet werden kann). Die Angebote weisen unterschiedliche rechtliche Grundlagen und Schwerpunktsetzungen auf. Insgesamt ist ein hoher Grad an Ausdifferenzierung der Hilfen zu verzeichnen, wie auch eine sehr gute Ressourcenausstattung. Erfahrungen mit themenzentrierten Gruppenprogrammen (auch Psychoedukation) liegen vor. An dem Programmdurchlauf von *gesund.sein* konnten volljährige, männliche Bewohner aus unterschiedlichen Häusern des Fachbereichs teilnehmen.

Unter Berücksichtigung der Implementierung eines innovativen Gruppenprogramms in ein methodisch eher gering konzeptualisiertes Feld der Sozialen Arbeit, erscheint die Auswahl der Träger und Einrichtungen für die vorliegende Evaluationsstudie aus fachlich-wissenschaftlicher Sicht sowie in Bezug auf vorhandene Ressourcen und Realisierbarkeit, sehr angemessen.

### 7.2.2 Die Gruppenleitungen

In allen acht Einrichtungen wurde das Programm von jeweils zwei Gruppenleitungen durchgeführt, die einrichtungsintern selbstbestimmt ausgewählt wurden. Gemäß der Konzeption von *gesund.sein* war insbesondere darauf zu achten, dass die Gruppenleitung bevorzugt durch Sozialarbeiter\_innen übernommen wird. Es ist prinzipiell aber auch möglich, eine (Co-)Leitung durch eine andere Fachkräfte der Wohnungslosenhilfe, wie beispielsweise Psycholog\_innen, Pädagog\_innen oder Pflegefachkräfte, zu besetzen. Eine differenzierte Beschreibung der Gruppenleitungen erfolgt in der Ergebnisdarstellung (siehe Kapitel 8.1.2).

Während der Implementierungsphase nahmen an den beiden Workshops zum Teil mehr als zwei Fachkräfte pro Einrichtung teil, wenn zu diesem Zeitpunkt noch nicht endgültig mit zwei konkreten Gruppenleitungen geplant werden konnte (z. B. aufgrund eines eventuell bevorstehenden Arbeitsplatzwechsels) oder auch mehr als zwei Mitarbeiter\_innen bezüglich des Gruppenprogramms geschult werden wollten. Letztlich konnten an der qualitativen Untersuchung (Fokusgruppen) alle Fachkräfte teilnehmen, die auch in den Workshops geschult wurden. Im Rahmen der quantitativen Erhebung wurden jedoch nur die tatsächlichen Gruppenleitungen berücksichtigt, da sich ein großer Teil der Vor- und Nachbefragung unmittelbar auf die Programmdurchführung bezog. Es ist zudem offenzulegen, dass in einer Einrichtung der Autor dieser Arbeit als Gruppenleitung fungierte. Dieser unmittelbare Zugang zum Feld kann Schwierigkeiten für den Forschungsprozess beinhalten, wie beispielsweise das Phänomen der *sozialen Erwünschtheit* der Teilnehmer oder der anderen Gruppenleitung. Gleichzeitig wird aber ein vertieftes und differenziertes Verständnis für die Auswertung der Evaluationsergebnisse möglich, welches im Rahmen einer prozessorientierten, formativen Evaluationsstudie von besonderer Bedeutung ist. Demnach kann der unmittelbare Feldzugang reflektiert begründet werden. Da das triangulative Studiendesign in Bezug auf das Evaluationsziel einen wesentlichen Anteil qualitativer Methoden und Zugänge beinhaltet, ist gerade in dieser Forschungslogik die Nähe zum Gegenstand ein wesentliches Gütekriterium für Qualität und Aussagekraft empirischer Forschungsergebnisse (vgl. Mayring, 2016, S. 146). In diesem Fall sind jedoch keine direkten Daten, in Form der Beantwortung eines eigenen Fragebogens vor oder nach dem Programm, in die Untersuchung einbezogen worden, sodass an den schriftlichen Befragungen letztlich 15 Gruppenleitungen teilgenommen haben. Für die Gruppenleitungen ergibt sich im Rahmen der quantitativen Datenerhebung schließlich folgende Stichprobe:

Tabelle 1: *Stichprobe Gruppenleitungen quantitative Untersuchung*

Befragung	Datenerhebung	Datenauswertung
Vorbefragung	15 (tatsächliche) Gruppenleitungen + eine weitere Fachkraft aus den Workshops	15 (tatsächliche) Gruppenleitungen
Nachbefragung	15 (tatsächliche) Gruppenleitungen	15 (tatsächliche) Gruppenleitungen

An den vier Fokusgruppen (eine Fokusgruppe pro Träger) waren nach Programmende alle 15 tatsächlichen Gruppenleitungen beteiligt. Zwei Fokusgruppen wurden durch weitere Fachkräfte aus den jeweiligen Einrichtungen ergänzt, die Informationen bezüglich des Gruppenprogramms hinzufügen konnten und/oder an den Workshops in der Implementierungsphase teilgenommen haben. Für die Gruppenleitungen ergibt sich im Rahmen der qualitativen Datenerhebung somit folgende Stichprobe:

Tabelle 2: *Stichprobe Gruppenleitungen qualitative Untersuchung*

Fokusgruppe	(Tatsächliche) Gruppenleitungen	Zusätzliche Fachkräfte aus den Einrichtungen	Teilnehmende Personen insgesamt
Fokusgruppe 1 (Träger A)	7	0	7
Fokusgruppe 2 (Träger B)	2	3	5
Fokusgruppe 3 (Träger C)	4	0	4
Fokusgruppe 4 (Träger D)	2	2	4

Im Hinblick auf die forschungsgenerierten Dokumentationen wurden in allen 8 Einrichtungen für jeweils alle 6 Einheiten die Dokumentations- und Reflexionsbögen von den Gruppenleitungen bearbeitet. Die Gruppenleitungen füllten die Bögen entweder eigenständig oder in gemeinsamer Absprache aus. Insgesamt konnten einrichtungübergreifend 54 Dokumentations- und Reflexionsbögen generiert werden.

### 7.2.3 Die Teilnehmer des Gruppenprogramms

Innerhalb der acht Einrichtungen war prinzipiell allen Bewohnern, die der Zielgruppe von *gesund.sein* entsprachen, eine Teilnahme an dem Programm möglich. Die Programmteilnahme beruhte auf Freiwilligkeit, weshalb es sich nicht um eine

Zufallsstichprobe handelte und keine Randomisierung vorgenommen wurde. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde keine Kontrollgruppe gebildet. Dies ist maßgeblich mit dem Fokus der Untersuchung auf prozessorientierten Erkenntnissen bezüglich des Programms, und somit in geringerem Umfang auf Wirkungen und Veränderungen durch das Programm, zu begründen. Zudem zeigte sich die Implementierung einer Innovation in das konkrete Feld der Wohnungslosenhilfe als sehr herausfordernd (siehe Kapitel 6), sodass mit den in dieser Studie zur Verfügung stehenden Ressourcen die vorliegende Untersuchung der Interventions-Teilnehmer bereits als sehr anspruchsvoll zu bewerten ist.

Im Rahmen der vorliegenden Evaluation ergeben sich für die gesamte Programmdurchführung gemäß Tabelle 3 folgende Teilnehmerzahlen und Drop-outs<sup>12</sup> in den einzelnen Einrichtungen:

Tabelle 3: *Einrichtungsbezogene Teilnehmerzahlen und Drop-outs*

Einrichtung	Anzahl der Teilnehmer, die am gesamten Programm teilnahmen	Drop-outs
A1	8	0
A2	6	0
A3	8	0
A4	9	0
B1	7	1
C1	8	0
C2	3	0
D1	8	2
Insgesamt	57	3

Entsprechend dieser Übersicht sind insgesamt 57 Teilnehmer zu verzeichnen, die das Programm mit einer regelmäßigen Teilnahme an mindestens 4 der 6 Einheiten abschließend durchlaufen haben. Zudem sind insgesamt drei Drop-outs dokumentiert.

---

<sup>12</sup> Teilnehmer = anwesend bei 4 von 6 Einheiten, spätestens ab Einheit 2; Drop-out = Ausscheiden aus der Gruppe nach anfänglicher Teilnahme

Alle Teilnehmer des Programms wurden gebeten an der quantitativen Vor- und Nachbefragung teilzunehmen<sup>13</sup>, sodass sich folgende Beteiligung feststellen lässt:

Tabelle 4: *Stichprobe Teilnehmer quantitative Untersuchung*

Befragung	Teilnehmer
Vorbefragung	60
Nachbefragung	52
Auswertbare Paare von Vor- und Nachbefragung	51

An der Vorbefragung haben entsprechend der Übersichten alle (abschließenden) Teilnehmer sowie die drei Drop-outs teilgenommen. Die Nachbefragung absolvierten 52 der 57 Teilnehmer. Letztlich konnten 51 auswertbare Fragebogen-Paare (Vor- und Nachbefragung einer Person) generiert werden, die im Rahmen der Evaluationsstudie einbezogen wurden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 89,47 %.

Aus strukturellen, organisatorischen und motivationalen Gründen wurde bei den Interviews der Teilnehmer nach Programmende auf das Freiwilligkeitsprinzip gesetzt. Dabei zeigte sich, dass in fast allen Einrichtungen deutlich mehr Teilnehmer ihre Bereitschaft und ihr Interesse für ein Interview bekundeten, als letztlich im Rahmen dieser Studie berücksichtigt werden konnten. In vereinzelt Einrichtungen wurde dann per Losverfahren über die tatsächliche Teilnahme an den Interviews entschieden. Pro Träger wurden zwei Teilnehmer interviewt, sodass insgesamt acht Interviews zu verzeichnen sind.

Tabelle 5: *Stichprobe Teilnehmer qualitative Untersuchung*

Standort	Anzahl der Teilnehmer-Interviews
A	2
B	2
C	2
D	2

<sup>13</sup> Für die Teilnahme an beiden Befragungen (die nur bei regelmäßiger Teilnahme an dem gesamten Programm möglich war) erhielten die entsprechenden Personen zum Teil eine Prämie bzw. Aufwandsentschädigung, die von den Einrichtungen eigenständig festgelegt wurde (z. B. Prämie von 10 € pro Befragung; Teilnahme an Programm und Befragung anstatt arbeitstherapeutischer Maßnahme bei weiterlaufender Entlohnung, Aufwandsentschädigung in Form eines sozialen Events, z. B. gemeinsamer Grillabend oder Besuch eines Fußballspiels).

Im Hinblick auf die forschungsgenerierten Dokumentationen wurden in allen 8 Einrichtungen für alle 6 Einheiten die Feedbackbögen von den jeweils anwesenden Teilnehmern ausgefüllt. Demnach konnten einrichtungsübergreifend 317 Feedbackbögen generiert werden.

### **7.3 Studiendesign**

Anhand der umfangreichen Fragestellungen (siehe Kapitel 7.1) wird bereits deutlich, dass ein ausschließlich quantitatives oder qualitatives Forschungsdesign unzureichend gewesen wäre und somit ein triangulatives Vorgehen (vgl. Flick, 2011) angezeigt war. Es wurde eine Methodentriangulation gewählt, die sich durch den Einsatz sowohl quantitativer als auch qualitativer Forschungsmethoden auszeichnet. Demnach kamen in der vorliegenden Studie als Erhebungsmethoden Fragebögen, Interviews, Fokusgruppen wie auch forschungsgenerierte Dokumentationen zum Einsatz (siehe Kapitel 7.4.1). Als Auswertungsmethoden dienten statistische wie auch inhaltsanalytische Vorgehensweisen (siehe Kapitel 7.4.4). Die Auswahl der einzelnen Methoden ergab sich aus dem jeweiligen Erkenntnisinteresse gemäß den Forschungsfragestellungen. Anhand des triangulativen Methodeneinsatzes sollten Schwachstellen des jeweils anderen Forschungsparadigmas ausgeglichen werden und somit zu einem differenzierten und gesteigerten Erkenntnisgewinn beitragen. Darüber hinaus wurde eine Triangulation der Forschungsergebnisse vorgenommen, indem quantitative und qualitative Erkenntnisse, die sich auf gemeinsame Fragestellungen bzw. auf einen gemeinsamen Gegenstand beziehen, miteinander kombiniert wurden. Dabei können Ergebnisse konvergieren oder komplementär zueinander stehen, wodurch eine erhöhte Aussagekraft der Erkenntnisse ermöglicht wird. Ebenso können Ergebnisse aber auch divergieren, was Anlass für weitere theoretische oder empirische Betrachtungen wäre (vgl. Flick, 2011, S. 75 ff. Lamnek, 2010, S. 248 ff.). Qualitative und quantitative Methoden dienten also im Rahmen des vorliegenden Studiendesign sowohl der gegenseitigen Validierung als auch der gegenseitigen Ergänzung. Diese beiden Möglichkeiten bilden nach Kelle (2008) „keinen Gegensatz bei der Methodenkombination: qualitative und quantitative Ergebnisse erscheinen vielmehr oft in einem anderen Licht, wenn sie mit Resultaten kontrastiert werden, die mit Hilfe der jeweils anderen Methodentradition gewonnen wurden“ (S. 261).

Das Studiendesign der formativen Evaluation beinhaltet diverse Messzeitpunkte (vgl. Abbildung 1). So wurden sowohl Daten vor, während als auch nach dem Programmdurchlauf von den Gruppenleitungen und den Teilnehmern erhoben. Dadurch ergibt sich neben einer prozessorientierten Betrachtung des Programmverlaufs zudem die Möglichkeit, Hypothesen

bezüglich potenzieller Wirkungen und Veränderungen durch das Programm zu generieren, die für zukünftige Forschungsfragen anschlussfähig sein können. Da im Rahmen dieser Untersuchung jedoch die Fokussierung auf die Programmoptimierung und weniger auf die Programmwirkungen gelegt wurde, ist keine Kontrollgruppe einbezogen worden. Dies wäre für zukünftige Wirkungsforschungen zu beachten. Potenzielle Störfaktoren, die den direkten Rückschluss von Erkenntnissen auf das Gruppenprogramm erschweren, wurden entsprechend berücksichtigt. Eine vollständige Elimination ist in nicht-experimentellen Designs jedoch unmöglich, sodass versucht werden muss, potenzielle Störvariablen möglichst gering oder zum Teil konstant zu halten (vgl. Schnell, Hill, & Esser, 2011, S. 207 ff.). Aus diesem Grund fanden alle Datenerhebungen unter weitestgehend ähnlichen Bedingungen statt. Alle Gruppenleitungen durchliefen zwei Workshops, die identisch konzipiert waren und somit eine möglichst manualgetreue Umsetzung des Programms garantieren sollten. Ebenso wurden Pretests durchgeführt (siehe Kapitel 7.4.2), um untersuchungsbedingte Störvariablen bezüglich der Erhebungsinstrumente zu minimieren.

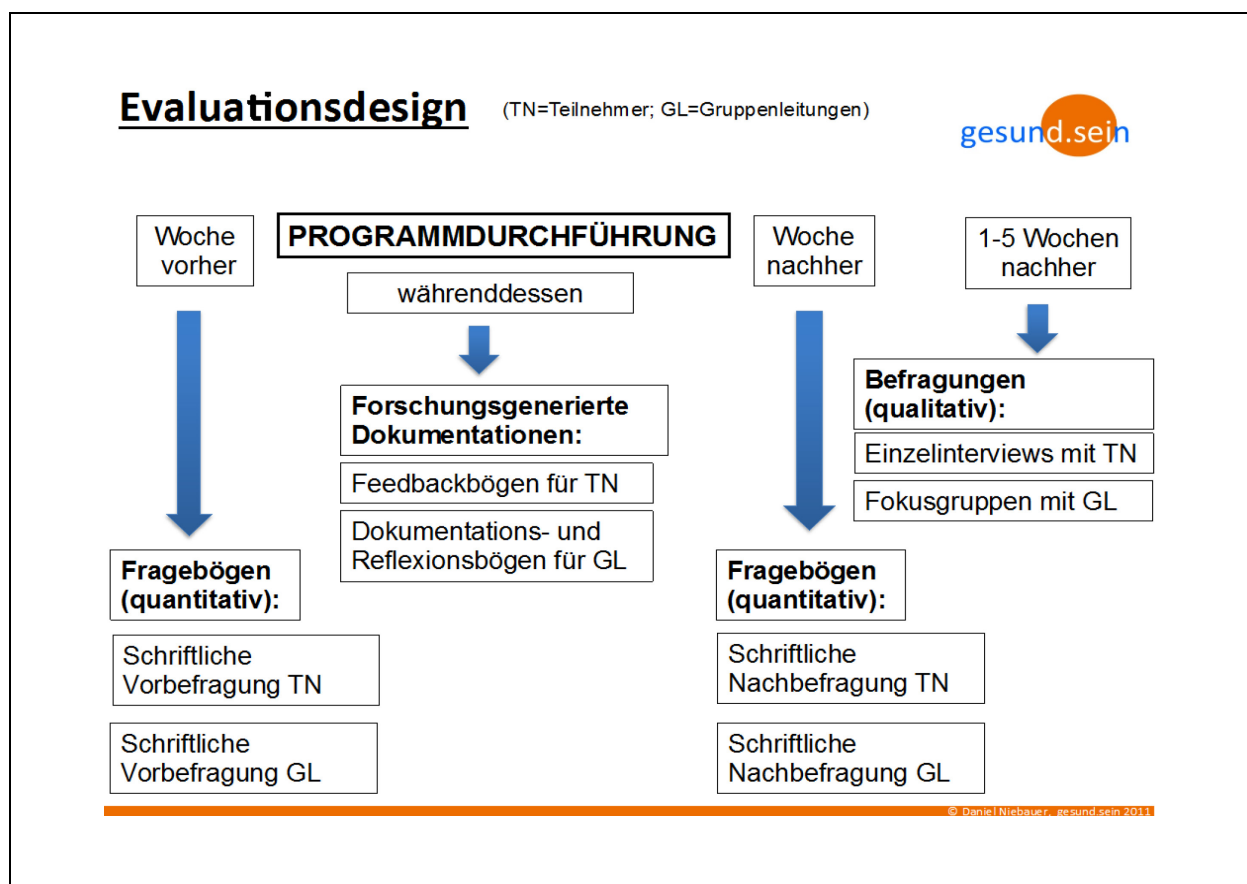


Abbildung 1: Evaluationsdesign

## 7.4 Methodisches Vorgehen

Im Folgenden werden zunächst die qualitativen und quantitativen Erhebungsmethoden dargestellt (Kapitel 7.4.1). Diese wurden anhand entsprechender Pretest geprüft (Kapitel 7.4.2). Der tatsächliche Ablauf der Datenerhebungen wird in Kapitel 7.4.3 beschrieben. Abschließend werden die qualitativen und quantitativen Auswertungsmethoden aufgezeigt (Kapitel 7.4.4).

Neben der besonderen Würdigung der Zielgruppe bezüglich der Entwicklung des Gruppenprogramms *gesund.sein*, war es ebenfalls von großer Bedeutung, ein zielgruppenspezifisches Vorgehen im Rahmen der Evaluationsstudie zu beachten. So weist Gerull (2009) eindrücklich auf die Herausforderung sozialwissenschaftlicher Forschung im Feld der Wohnungslosenhilfe hin. Dabei ist zunächst festzustellen, dass Forschung in diesem Bereich der Sozialen Arbeit nur in sehr begrenztem Umfang zu verzeichnen ist. Zudem werden, gerade in anwendungsbezogenen Forschungsfragen, häufig nur Mitarbeiter\_innen des Hilfesystems befragt, hingegen sind die Betroffenen selbst meist nicht im Forschungsprozess involviert. Valide und standardisierte Erhebungsinstrumente (Fragebögen, Interviewleitfäden) aus anderen psychosozialen Bereichen erscheinen, u. a. aufgrund ihrer kognitiven und sprachlichen Anforderungen, für Befragungen von wohnungslosen Menschen nur wenig geeignet. Demnach bedarf es eigenständiger Erhebungsinstrumente, deren Entwicklung und Anwendung sich an den spezifischen Anforderungen der Forschung mit wohnungslosen Menschen orientieren muss.

### 7.4.1 Erhebungsinstrumente

Im Rahmen der Evaluationsstudie wurden sowohl quantitative (Kapitel 7.4.1.1) wie auch qualitative (Kapitel 7.4.1.2) Daten erhoben. Als *quantitative Erhebungen* kamen *standardisierte Fragebögen* sowohl für die Teilnehmer als auch für die Gruppenleitungen vor und nach dem Programm zum Einsatz (Kapitel 7.4.1.1.1 und 7.4.1.1.2). Als *qualitative Erhebungen* wurden *leitfadengestützte Interviews* mit den Programmteilnehmern (Kapitel 7.4.1.2.1) sowie *Fokusgruppen* mit den Gruppenleitungen (Kapitel 7.4.1.2.2) durchgeführt. Ergänzend, vergleichend und überprüfend zu diesen quantitativen und qualitativen Erhebungsmethoden dienten diverse *Dokumentationen* (Kapitel 7.4.1.3), wie *Feedbackbögen* der Teilnehmer (Kapitel 7.4.1.3.1) und *Dokumentations- und Reflexionsbögen* der Gruppenleitungen (Kapitel 7.4.1.3.2).

#### 7.4.1.1 *Quantitative Erhebungen*

Im Rahmen der quantitativen Erhebungen wurden die Teilnehmer und die Gruppenleitungen anhand einer Prä-Post-Messung mit standardisierten schriftlichen Fragebögen befragt. Mit dieser Methodik können viele Personen in kurzer Zeit unter effizientem Ressourceneinsatz erreicht werden. Zudem ist das Ausfüllen eines Fragebogens für die Befragten eine diskretere und anonymere Situation, als beispielsweise ein Interview, und minimiert externe Effekte wie den der *sozialen Erwünschtheit* (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 398 ff.). Ziel der quantitativen Erhebungen war es, vergleichbare Daten zu generieren, die überindividuelle Aspekte bezüglich der Fragestellungen der Evaluationsstudie hervorbringen. Dabei sollten übergreifende Tendenzen zur Bewertung und Optimierung des Programms sowie übergeordnete Merkmale und Einstellungen der Teilnehmer und Gruppenleitungen identifiziert werden. Die Fragebögen der Teilnehmer und der Gruppenleitungen werden in den beiden nachfolgenden Kapiteln beschrieben.

##### 7.4.1.1.1 *Standardisierte Fragebögen der Teilnehmer*

Die Teilnehmer wurden sowohl vor als auch nach dem Programm anhand eines standardisierten Fragebogens befragt.

Wohnungslose Menschen werden nicht nur hinsichtlich sozialarbeiterischer Interventionen häufig als *hard-to-reach* bezeichnet, sondern auch im Kontext von Forschungsvorhaben (vgl. Gerull, 2009), sodass auch hier eine zielgruppenorientierte Gestaltung unerlässlich ist. Diese notwendige Zielgruppenorientierung konkretisiert sich in der Ausgestaltung der Fragebögen, die unter Berücksichtigung wesentlicher Prinzipien eigenständig konstruiert werden mussten (vgl. u. a. Döring & Bortz, 2016, S. 405 ff. Porst, 2011; Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 49 ff.), da auf keine vergleichbaren Studien oder standardisierten Instrumente in der Forschung mit Wohnungslosen zurückgegriffen werden konnte. Auch potenzielle Messinstrumente der Psychologie und Psychotherapieforschung erwiesen sich nach Recherchen in Bezug auf die Forschungsfrage und den zu befragenden Personenkreis als nicht adäquat. Bei der Gestaltung der Fragebögen wurde auf eine einfache und verständliche Sprache geachtet, Fremdwörter vermieden und ein passendes Layout mit einer gut lesbaren Schriftgröße und einer übersichtlichen Anordnung der Fragen gewählt (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 407 ff. Porst, 2011, S. 165 ff.). Anhand von Pretests (siehe Kapitel 7.4.2) wurde die Anwendbarkeit der Fragebögen zudem geprüft. Die Fragebögen sind mittels einer Codierung vollständig anonymisiert und beinhalten überwiegend geschlossene Fragen mit Einfachnennungen.

Die Fragebögen der Vorbefragung umfassen folgende Kategorien:

- Soziodemografische Daten
- Erfahrung mit themenzentrierten Gruppenangeboten
- Motivation zur Programmteilnahme
- Psychosoziale und gesundheitsbezogene Daten
- Erwartungen an das Programm
- Fragen zu den Zieldimensionen des Programms

Die Fragebögen der Nachbefragung umfassen im Wesentlichen folgende Kategorien:

- Allgemeine Rückmeldungen zum Programm/Fazit
- Psychosoziale und gesundheitsbezogene Daten
- Bewertungen des Programms
  - Struktur
  - Didaktik
  - Inhalte
- Fragen zu den Zieldimensionen des Programms

Beide Fragebögen beinhalten vereinzelte Filterfragen, sodass sich für die Vorbefragung ein Umfang von ca. 58 Items und für die Nachbefragung von ca. 69 Items ergibt. Im Rahmen der Auswertung ergaben sich durch die Codierung und Transformation der erhobenen Daten in numerische Variablenwerte insgesamt 217 Variablen. Die vollständigen Fragebögen sind dem Anhang A1 zu entnehmen.

#### *7.4.1.1.2 Standardisierte Fragebögen der Gruppenleitungen*

Die Gruppenleitungen wurden sowohl vor als auch nach dem Gruppenprogramm anhand eines standardisierten Fragebogens befragt.

Auch für diese Befragungen konnte auf keine vergleichbaren Studien oder standardisierten Messinstrumente zurückgegriffen werden, sodass die Fragebögen unter Berücksichtigung wesentlicher Prinzipien eigenständig konstruiert wurden (vgl. u. a. Döring & Bortz, 2016, S. 405 ff. Porst, 2011; Raab-Steiner & Benesch, 2012, S. 49 ff.). Anhand von Pretests (siehe Kapitel 7.4.2) wurde die Anwendbarkeit der Fragebögen geprüft. Sie sind mittels einer Codierung vollständig anonymisiert und beinhalten überwiegend geschlossene Fragen mit Einfachnennungen.

Die Fragebögen der Vorbefragung umfassen folgende Kategorien:

- Soziodemografische Daten
- Themenzentrierte Gruppenangebote
- Gruppensetting
- Praxis-Forschungsprojekt
- Einstellungen zum Wissenschaft-Praxis-Verhältnis
- Implementierung von Innovationen
- Bewertung der Implementierung/Workshops
- Bewertung der Projektleitung
- Diverse Einschätzungen bezüglich der Teilnehmer (u. a. zur Motivation)
- Rückmeldungen und Bewertungen bezüglich des Programms und Manuals
  - Konzept
  - Inhalte
  - Struktur und Rahmenbedingungen

Die Fragebögen der Nachbefragung umfassen folgende Kategorien:

- Rückmeldungen zur Programmdurchführung
- Gruppensetting
- Wirkungen
- Bewertung der Projektleitung
- Diverse Einschätzungen bezüglich der Teilnehmer (u. a. zur Motivation und zum Verständnis)
- Rückmeldungen und Bewertungen bezüglich des Programms und Manuals
  - Konzept
  - Inhalte
  - Struktur und Rahmenbedingungen
  - Didaktik

Beide Fragebögen beinhalten vereinzelte Filterfragen, sodass sich für die Vorbefragung ein Umfang von ca. 98 Items und für die Nachbefragung von ca. 69 Items ergibt. Im Rahmen der Auswertung ergaben sich durch die Codierung und Transformation der erhobenen Daten in numerische Variablenwerte insgesamt 232 Variablen. Die vollständigen Fragebögen sind dem Anhang A2 zu entnehmen.

#### *7.4.1.2 Qualitative Erhebungen*

Im Rahmen der qualitativen Datenerhebungen wurden ausgewählte Teilnehmer anhand leitfadengestützter Interviews befragt, sowie Fokusgruppen mit den Gruppenleitungen durchgeführt. Im Mittelpunkt des qualitativen Paradigmas steht eine „verstehend-interpretative Rekonstruktion sozialer Phänomene“ (Döring & Bortz, 2016, S. 63) anhand eines offen gestalteten Forschungsprozesses. Im Gegensatz zu quantitativen Erhebungen gestaltet sich ein qualitatives Vorgehen meist aufwendiger, zeigt höhere Selektionen in der Auswahl der Befragten und kann aufgrund fehlender Anonymität in Interviewsituationen zu Verzerrungseffekten bei den Befragten führen (vgl. Scholl, 2003, S. 40–41). Jedoch lassen sich subjektive Sichtweisen und Sinngebungen der Befragten im Rahmen qualitativer Erhebungen geeigneter erforschen. Gerade für die vertiefte Analyse von spezifischen Gruppen, über die nur wenige Forschungsergebnisse vorliegen (wie z. B. wohnungslose Menschen), oder um Meinungen von Expert\_innen zu erfassen, sind qualitative Zugänge vielversprechend (vgl. Lamnek, 2010, S. 646 ff.). In der vorliegenden Evaluationsstudie sollten Einstellungen, Rückmeldungen und Erfahrungen mittels qualitativer Methoden hervorgebracht werden, die anhand standardisierter Befragungen nicht ausreichend zu ermitteln gewesen wären. Da es sich um ein innovatives Programm und eine erstmalige Untersuchung dieses Umfangs handelt, erschien die Offenheit des qualitativen Paradigmas für nicht-intendierte und unerwartete Erkenntnisse und Themengebiete im Untersuchungsprozess von großer Bedeutung (vgl. Lamnek, 2010, S. 20). Die leitfadengestützten Interviews mit den Programmteilnehmern wie auch die Fokusgruppen mit den Gruppenleitungen, werden in den beiden nachfolgenden Kapiteln näher beschrieben.

##### *7.4.1.2.1 Leitfadengestützte Interviews der Teilnehmer*

Um das subjektive Erleben, nicht direkt beobachtbare Ereignisse und Verhaltensweisen sowie zusätzliche Hintergrundinformationen der Programmteilnehmer abzubilden, wurden mit acht Teilnehmern leitfadengestützte Interviews durchgeführt (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 356 ff.). Trotz der oben bereits beschriebenen Problematiken qualitativer Forschungen, bietet der niedrigschwellige und alltagsnahe Zugang von Interviews die Möglichkeit, komplizierten und auch nicht vorhersehbaren Themen und Fragestellungen nachzugehen (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 356–357). Gerull (2009) weist auf die anspruchsvolle Gestaltung von Forschungsprozessen mit Wohnungslosen hin, was sich in Interviews dadurch bemerkbar machen kann, dass sich diese schnell zu niedrigschwelligen Beratungsgesprächen entwickeln können und im Zuge dessen die wesentlichen Forschungsfragestellungen vernachlässigt

werden. Aus diesem Grund wurde ein Interview-Leitfaden eingesetzt, der offene Fragen enthält, durch Themenblöcke eine grobe Struktur vorgibt, jedoch im Gesprächsverlauf flexibel angepasst werden kann (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 372).

Der selbstkonzipierte Interview-Leitfaden enthält folgende Themenblöcke und ist dem Anhang A3 zu entnehmen:

- Erfahrung Gruppenprogramm
- Motivation Programmteilnahme
- Rahmenbedingungen und Struktur
- Inhalte
- Materialien
- Gruppenleitungen
- Gruppe und andere Teilnehmer
- Wirkungen
- Seelische Gesundheit
- Bewertungen des Programms
- Fazit und Abschlussfrage

### 7.4.1.2.2 Fokusgruppen der Gruppenleitungen

Wie auch in den Interviews mit den Teilnehmern sollen anhand von Fokusgruppen Einstellungen und Rückmeldungen der Gruppenleitungen bezüglich des Gruppenprogramms differenziert erfasst werden. Da eine fachlich-inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Gruppenprogramm im Vordergrund stand, sollte im Rahmen der Gruppe die individuelle Meinungsbildung der Gruppenleitungen durch die gegenseitige Auseinandersetzung mit anderen Fachkräften angeregt werden und zur Ermittlung kollektiver Orientierungsmuster beitragen (vgl. Lamnek, 2010, S. 372 ff. Scholl, 2003, S. 120 ff.). Dadurch rückten kollektive Sichtweisen und Sinngebungen in den Mittelpunkt, die letztlich als verwertbare Informationen für die Evaluation des Gruppenprogramms brauchbar wurden. Als spezifisches Charakteristikum von Fokusgruppen im Vergleich zu allgemeinen Gruppendiskussionen ist die Fokussierung auf ein konkretes Diskussionsthema anzuführen (Döring & Bortz, 2016, S. 359), das für die vorliegende Untersuchung das Gruppenprogramm *gesund.sein* darstellt. Neben dem Diskussionsthema dient ein Diskussionsleitfaden als Orientierungshilfe für die Moderation von Fokusgruppen, der jedoch nur eine grobe Eingrenzung übergeordneter Themen beinhaltet (*topic guide*), und somit ausreichend Offenheit und Flexibilität für die

Impulse der Diskussionsteilnehmer\_innen bietet (vgl. Lamnek, 2010, S. 378). Neben dem Diskussionsleitfaden wurde auch ein Handout für die Durchführung der Fokusgruppen angefertigt. Beide Dokumente sind im Anhang A4 enthalten. Der Leitfaden für die Fokusgruppen umfasst folgende Themengebiete:

- Struktur des Programms
- Konzept des Programms
- Setting Gruppe
- Zielgruppe
- Manual
- Einheiten und Inhalte
- Didaktik
- Einschätzungen der Teilnehmer
- Zukunft und Visionen
- Persönliches Fazit

Speziell für diesen Teil der Datenerhebung wird der Charakter einer formativen Evaluation durch mehrfache Rückkopplungsschleifen bereits vorhandener Evaluationsergebnisse deutlich (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 990). So wurden Erkenntnisse bereits durchgeführter Fokusgruppen in noch ausstehende Fokusgruppen aufgenommen und zur Diskussion gestellt. Zudem wurden einschlägige Rückmeldungen der Dokumentations- und Reflexionsbögen (siehe Kapitel 7.4.1.3.2) im Rahmen der Fokusgruppen berücksichtigt.

### *7.4.1.3 Analyse forschungsgenerierter Dokumentationen*

Als weitere Form der Datenerhebung wird bewusst von einer *Analyse forschungsgenerierter Dokumentationen* gesprochen, da nicht wie bei einer *genuinen Dokumentenanalyse*, bereits unabhängig vom Forschungsprozess vorhandene Dokumente herangezogen werden, sondern Dokumentationen, die bewusst im Rahmen der Evaluationsstudie erhoben wurden (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 533–535). So kamen sowohl *Feedbackbögen der Teilnehmer* (Kapitel 7.4.1.3.1) als auch *Dokumentations- und Reflexionsbögen der Gruppenleitungen* (Kapitel 7.4.1.3.2) zum Einsatz, um als ergänzende und vergleichende Quellen zu den Daten der quantitativen und qualitativen Erhebungen dienen zu können.

#### *7.4.1.3.1 Feedbackbögen der Teilnehmer*

Am Ende aller 6 Einheiten des Gruppenprogramms haben die Teilnehmer einen Feedbackbogen zur unmittelbaren Rückmeldung ausgefüllt. Dieser enthält keine

personenbezogenen Daten, sodass eine vollständige Anonymisierung gewährleistet war. Der Fragebogen besteht aus vier kurzen Fragen, die mithilfe einer grafischen Unterstützung in Anlehnung an die *Visual Analogue Scale (VAS)* nach Hayes und Patterson (1921), anhand dreier unterschiedlicher Smileys bewertet werden können. Die Fragen beziehen sich darauf, ob in der jeweiligen Einheit neue Informationen erworben wurden, ob man sich in der Gruppe wohlfühlte, und ob die Einheit als interessant eingestuft wird. Zudem kann eine Gesamtbewertung der Einheit abgegeben werden. Ein analoger Feedbackbogen, der sich auf den gesamten Programmverlauf bezieht, wurde am Ende von *gesund.sein* ausgefüllt. Um die Teilnehmer beim Ausfüllen nach einer Einheit nicht zu überfordern, sind die Feedbackbögen kurz, übersichtlich und in einfacher Sprache gestaltet. Für die statistische Auswertung wurden den Smileys numerische Werte zugeordnet, sodass sich Mittelwerte für die einzelnen Einheiten bilden ließen. Die Feedbackbögen wurden ergänzend und vergleichend zu den Teilnehmerbewertungen der Einheiten aus den quantitativen und qualitativen Erhebungen eingesetzt, und sind im Anhang A5 einzusehen.

### *7.4.1.3.2 Dokumentations- und Reflexionsbögen der Gruppenleitungen*

Im Anschluss an jede der 6 Einheiten füllten die beiden Gruppenleitungen einen Dokumentations- und Reflexionsbogen aus, der folgende Themengebiete umfasst:

- Allgemeine Angaben (Nummer der Einheit, Name der Einrichtung, Anzahl anwesender Teilnehmer)
- Durchführung und Verlauf der Einheit
  - Manualgetreue Umsetzung der Einheit oder gab es bedeutsame Abweichungen?
  - Welche didaktischen Mittel wurden eingesetzt?
- Einschätzungen bezüglich der Teilnehmer
- Wie anspruchsvoll war die Umsetzung der jeweiligen Einheit?
- Was ist in der Einheit besonders positiv oder negativ aufgefallen bzw. wo gab es Schwierigkeiten?
- Wie wird die Einheit insgesamt bewertet?
- Abschließende Möglichkeit für sonstige Anmerkungen

Der Dokumentations- und Reflexionsbogen ist kurz und übersichtlich gestaltet. Dadurch soll mit dem Ausfüllen möglichst kein Mehraufwand für die Gruppenleitungen einhergehen,

sondern der Bogen vielmehr als zusätzliche Unterstützung für die gemeinsame Reflexion innerhalb der Nachbereitung einer Einheit wahrgenommen werden. Im Rahmen der Evaluationsstudie dienten die Dokumentations- und Reflexionsbögen der Erfassung des unmittelbaren Feedbacks der Gruppenleitungen am Ende jeder Einheit. Diese Rückmeldungen waren während des Programmverlaufs valider zu erheben, da detaillierte Angaben bezüglich einzelner Einheiten mit zeitlichem Abstand der Nachbefragung nur eingeschränkt zu erwarten gewesen wären. Die Dokumentations- und Reflexionsbögen lieferten Informationen zum formalen, inhaltlichen und didaktischen Ablauf der Einheiten, welche auch im Rahmen der Fokusgruppen diskutiert wurden. Bei der inhaltsanalytischen Auswertung der Fokusgruppen wurden die Daten der Dokumentations- und Reflexionsbögen zudem vergleichend, ergänzend und korrigierend integriert (siehe Anhang B4.1). Der Dokumentations- und Reflexionsbogen der Gruppenleitungen ist dem Anhang A6 zu entnehmen.

### 7.4.2 *Pretests*

Um vor der tatsächlichen Datenerhebung Auskunft über die Qualität und Anwendbarkeit der Datenerhebungsinstrumente zu erlangen, können spezielle Verfahren von Voruntersuchungen (*Pretests*) eingesetzt werden. Sowohl die Fragebögen der Teilnehmer wie auch die der Gruppenleitungen wurden anhand von *Standard Pretests/Beobachtungspretests* geprüft. Hierbei wird die Befragung unter möglichst realistischen Bedingungen durchgeführt (vgl. Häder, 2015, S. 395 ff.). Der Fragebogen der Teilnehmer wurde von drei Bewohnern aus Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, die prinzipiell der Zielgruppe von *gesund.sein* entsprechen, aber nicht an dem Evaluationsprojekt teilnahmen, getestet. Der Fragebogen für die Gruppenleitungen wurde durch drei Kolleg\_innen aus Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, die nicht in dem Evaluationsprojekt involviert waren, geprüft. Im Rahmen der Pretests wurde auf den Zeitaufwand zum Ausfüllen der Fragebögen geachtet und versucht, mögliche Auffälligkeiten und Probleme bei der Beantwortung der Fragen zu identifizieren. Zudem wurde darum gebeten, missverständliche Fragen direkt zu benennen, sodass sprachliche Anpassungen vorgenommen werden konnten. Der Leitfaden für die Interviews mit den Teilnehmern wurde drei Bewohnern aus Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, vorgelegt und mit dem kognitiven Verfahren des *Paraphrasierens* (vgl. Häder, 2015, S. 395 ff.) getestet. Dabei wurden die Fragen des Leitfadens den Zielpersonen zunächst vorgelesen, um sie anschließend zu bitten, diese mit ihren eigenen Worten zu wiederholen. Es zeigte sich, dass einige Fragen verkürzt, weniger komplex gestaltet und sprachlich modifiziert werden mussten. Der Leitfaden für die Fokusgruppen mit den

Gruppenleitungen wurde zwei Kolleg\_innen aus dem Feld der Wohnungslosenhilfe und zwei Kolleg\_innen aus anderen Feldern der Sozialen Arbeit vorgelegt. Da der vorliegende Leitfaden weniger Fragen und mehr Oberbegriffe und Kategorien beinhaltet, stand hier die Anordnung und Struktur im Mittelpunkt. Die entsprechenden Personen sollten daher die Verständlichkeit und die Logik des Aufbaus dieser Inhalte bewerten. Als zusätzliche Pretests dienen bereits vorhandene Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt im Rahmen der Masterarbeit des Autors (vgl. Niebauer, 2012), insbesondere für die Feedbackbögen der Teilnehmer als auch für die Dokumentations- und Reflexionsbögen der Gruppenleitungen.

#### 7.4.3 Untersuchungszeitraum und Ablauf der Datenerhebung

Der Untersuchungszeitraum orientierte sich maßgeblich an den jeweiligen Durchführungsphasen des Gruppenprogramms in den Einrichtungen, die entsprechend Tabelle 6 von Oktober 2014 bis März 2015 stattfanden.

Tabelle 6: Zeiträume Programmdurchführungen

Einrichtung	Programmbeginn	Programmende
A1	06.11.2014	11.12.2014
A2	04.11.2014	09.12.2014
A3	14.11.2014	19.12.2014
A4	05.11.2014	10.12.2014
B1	07.11.2014	12.12.2014
C1	25.11.2014	13.01.2015 (inkl. zwei Wochen Weihnachtspause)
C2	13.10.2014	17.11.2014
D1	27.01.2015	03.03.2015

Die *quantitativen Vor- und Nachbefragungen der Teilnehmer* fanden jeweils in der Woche vor Programmbeginn bzw. in der Woche nach Programmende statt. Alle Gruppenteilnehmer (Teilnahme an mindestens 4 der 6 Einheiten erforderlich) wurden gebeten an den schriftlichen Befragungen mitzuwirken. Hierfür wurde ein offenes Zeitfenster (ca. 3–5 Stunden) in entsprechenden Räumlichkeiten der Einrichtungen angeboten, wobei auf eine niedrigschwellige Gestaltung großen Wert gelegt wurde. Dies beinhaltete sowohl die Garantie einer ungestörten und anonymen Bearbeitung der Fragebögen als auch ausreichend Verpflegung für die Teilnehmer. Der Autor dieser Arbeit war während aller Befragungen

anwesend, um möglichen Unsicherheiten entgegenzuwirken. Eine aktive Unterstützung wurde jedoch nur bei schwerwiegenden Verständnisproblemen angeboten, um möglichst keinen Einfluss auf die Befragungsergebnisse zu nehmen. Die beschriebenen Rahmenbedingungen sollten einem zielgruppenorientierten Vorgehen innerhalb des Forschungsprozesses gerecht werden, um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen, ohne die Bedürfnisse der Teilnehmer zu vernachlässigen. Im Falle einer Prämienvereinbarung in den Einrichtungen, wurde deren Ausschüttung in Absprache des Autors mit den zuständigen Mitarbeiter\_innen organisiert.

Die *quantitativen Vor- und Nachbefragungen der Gruppenleitungen* fanden jeweils in der Woche vor Programmbeginn bzw. in der Woche nach Programmende statt. Alle Gruppenleitungen nahmen an den schriftlichen Befragungen teil, indem sie die bearbeiteten Fragebögen in anonymisierter Form auf postalischem Weg an den Autor übermittelten.

Etwa 1–5 Wochen nach Beendigung der jeweiligen Programmdurchführungen fanden die *leitfadengestützten Interviews mit den Teilnehmern* zu folgenden Zeitpunkten statt:

Tabelle 7: *Untersuchungszeitpunkte leitfadengestützte Interviews mit Teilnehmern*

Befragter Teilnehmer	Einrichtung	Datum	Dauer (Minuten)
B1	A4	18.12.2014	21:19
B2	A4	18.12.2014	42:50
B3	B1	19.12.2014	17:52
B4	B1	19.12.2014	34:31
B5	C1	20.02.2015	24:04
B6	C1	20.02.2015	23:01
B7	D1	26.03.2015	13:14
B8	D1	26.03.2015	18:47

Die Interviews wurden in Einzelgesprächen durch den Verfasser dieser Arbeit in entsprechenden Räumlichkeiten der jeweiligen Einrichtungen geführt. Es erfolgte eine vollständige Aufzeichnung per Audioaufnahme mittels eines *Digital Voice Recorders* (Olympus WS-831). Die Teilnehmer wurden vor Beginn der Interviews über das entsprechende Vorgehen sowie die Anonymisierung der Gesprächsinhalte informiert, und erteilten ihre Zustimmung bezüglich der Aufzeichnung. Für einen niedrighwelligen,

zielgruppenorientierten und zur Teilnahme motivierenden Rahmen, wurde auf eine ruhige und ungestörte Gesprächssituation geachtet sowie ausreichend Verpflegung angeboten. Der Autor dieser Arbeit setzte sich vorab mit dem Auftreten möglicher Vorkommnisse während der Interviews auseinander (z. B. Interview driftet in niedrigschwelliges Beratungsgespräch ab oder besprochene Themen lösen sehr starke emotionale Reaktionen aus), und nutzte für die jeweiligen Gesprächssituationen Kenntnis und Sensibilität bezüglich der Zielgruppe aus eigenen praktischen Tätigkeiten im Feld der Wohnungslosenhilfe. Eine Vergleichbarkeit der Interviewdaten sollte mittels des Leitfadens und der möglichst konstanten Interviewbedingungen gewährleistet werden.

Etwa 3–5 Wochen nach Beendigung der jeweiligen Programmdurchführungen fanden die *Fokusgruppen mit den Gruppenleitungen* zu folgenden Zeitpunkten statt:

Tabelle 8: *Untersuchungszeitpunkte Fokusgruppen mit Gruppenleitungen*

Standort	Datum	Dauer (Stunden)
A	20.01.2015	2:26:44
B	29.01.2015	2:11:30
C	20.02.2015	2:37:08
D	26.03.2015	1:50:12

Die Fokusgruppen wurden durch den Verfasser dieser Arbeit in entsprechenden Räumlichkeiten der jeweiligen Einrichtungen durchgeführt. Es erfolgte eine vollständige Aufzeichnung per Audioaufnahme mittels eines *Digital Voice Recorders* (Olympus WS-831). Zudem wurden in allen Fokusgruppen *Protokolle* der besprochenen Inhalte angefertigt, die von den beteiligten Gruppenleitungen nochmals gegengelesen wurden. Zu Beginn der Untersuchung wurden die Gruppenleitungen über das Vorgehen sowie die Anonymisierung der Gesprächsinhalte informiert und erteilten ihre Zustimmung bezüglich der Aufzeichnung. Für einen kollegialen und zum Austausch motivierenden Rahmen, wurde auf eine ruhige und ungestörte Gesprächssituation geachtet, sowie ausreichend Verpflegung angeboten. Eine Vergleichbarkeit der Interviewdaten sollte mittels des Leitfadens und der möglichst konstanten Rahmenbedingungen ermöglicht werden.

Am Ende jeder Einheit, wie auch am Ende des gesamten Programms, wurden *Feedbackbögen für die Teilnehmer* von den jeweiligen Gruppenleitungen ausgeteilt. Die Teilnehmer füllten

diese freiwillig, anonym und selbstständig aus. Alle Feedbackbögen wurden von den Gruppenleitungen archiviert und dem Autor dieser Arbeit im Rahmen der Fokusgruppen vollständig übergeben.

Im Anschluss der einzelnen Einheiten wurden die *Dokumentations- und Reflexionsbögen der Gruppenleitungen* entweder eigenständig oder in gemeinsamer Absprache von den jeweiligen Gruppenleitungen ausgefüllt. Die Bearbeitung dieser Bögen beruhte auf dem Freiwilligkeitsprinzip, jedoch wurden die Gruppenleitungen im Rahmen der Workshops auf die unterstützende Absicht der Dokumentationen und deren Bedeutung für den Forschungsprozess hingewiesen. Die bearbeiteten Dokumentations- und Reflexionsbögen wurden von den Gruppenleitungen archiviert und dem Autor dieser Arbeit im Rahmen der Fokusgruppen vollständig übergeben.

### *7.4.4 Methoden der Datenauswertung*

Im Rahmen der vorliegenden Evaluationsstudie wurden quantitative wie auch qualitative Daten erhoben, die eine entsprechende Auswertungsmethodik erfordern. In den folgenden Kapiteln wird zunächst die statistische Auswertung der quantitativen Daten erläutert (Kapitel 7.4.4.1), um anschließend die Transkription und inhaltsanalytische Auswertung der qualitativen Daten zu veranschaulichen (Kapitel 7.4.4.2).

#### *7.4.4.1 Statistische Auswertung (SPSS)*

Die quantitativen Daten der schriftlichen Prä-Post-Befragungen der Teilnehmer und Gruppenleitungen wurden mithilfe des Statistikprogramms *IBM SPSS Statistics (Version 23.0, Mac)* ausgewertet. Hierfür war zunächst eine Kodierung, Bereinigung und Transformation der erhobenen Daten in numerische Variablenwerte notwendig (vgl. George & Mallery, 2016). Für die beiden Befragungen der Teilnehmer ergaben sich als Rohdaten insgesamt 11.067 Datenzellen (n=51; 217 Variablen), für die der Gruppenleitungen 3.480 Datenzellen (n=15; 232 Variablen). Entsprechend der Fragestellungen der Evaluation wurden deskriptivstatistische Verfahren angewandt, um Stichprobenkennwerte zu generieren (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 613). Hinsichtlich der vier Zieldimensionen von *gesund.sein* wurden Einschätzungen der Teilnehmer vor und nach der Programmdurchführung erhoben, die anhand von Mittelwertvergleichen mit dem T-Test analysiert wurden. Die entsprechenden SPSS-Ausgaben für die Befragungen der Teilnehmer sind dem Anhang B1 zu entnehmen, die der Gruppenleitungen dem Anhang B2.

#### 7.4.4.2 *Transkription und inhaltsanalytische Auswertung*

Anhand der leitfadengestützten Interviews mit den Programmteilnehmern und den Fokusgruppen mit den Gruppenleitungen wurden qualitative Daten erhoben, die als Audioaufzeichnungen vorliegen und für deren weitere inhaltsanalytische Auswertung eine Verschriftlichung – Transkription – erforderlich ist. Im Rahmen einer Evaluationsstudie müssen Transkriptionen wissenschaftlichen Ansprüchen genügen und benötigen daher ein transparentes und festes Regelsystem. Umfang und Art der Transkription hängt stets und unmittelbar mit dem Erkenntnisinteresse, theoretischen und methodologischen Erwägungen und den untersuchungspraktischen Umständen des Forschungsprojektes zusammen (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 583; Kuckartz, Dresing, Rädiker, & Stefer, 2008, S. 27).

Die Audioaufzeichnungen der leitfadengestützten Interviews mit den Teilnehmern des Gruppenprogramms wurden mittels der Transkriptionssoftware (f5 für Mac) vollständig transkribiert. Da es bei den Interviews der Teilnehmer nicht ausschließlich um inhalts- und sachbezogene Rückmeldungen ging, sondern auch um emotionale und unvorhersehbare Mitteilungen, erschien das aufwändige Verfahren einer Volltranskription angezeigt, um Sinnzusammenhänge umfangreich erfassen und rekonstruieren zu können. Für die Verschriftlichung der Interviews wurden folgende Transkriptionsregeln in Anlehnung an Kuckartz u. a. (2008, S. 27–28) berücksichtigt:

- Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden in der Regel nicht mit transkribiert, außer sie sind für den Sinnzusammenhang bedeutend.
- Die Sprache und Interpunktion wird leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise wird aus „Er hatte noch so`n Buch genannt“ → „Er hatte noch so ein Buch genannt“.
- Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.
- Deutliche, längere Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in runden Klammern (...) markiert.
- Unvollständige, abgebrochene Sätze werden durch drei Auslassungspunkte ohne Klammern ... markiert.
- Besonders betonte Begriffe/Aussagen werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.

- Zustimmende bzw. bestätigende Lautäußerungen des Interviewers (Mhm, Aha etc.) werden nicht transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
- Nicht verständliche Wörter wurden mit (?) gekennzeichnet.
- Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
- Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa lachen oder seufzen), werden in Klammern notiert.
- Die interviewende Person wird durch ein „I“, die befragte Person durch ein „B“, gefolgt von ihrer Kennnummer (etwa „B4“), gekennzeichnet.
- Jeder Sprecherwechsel wird durch eine Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um die Lesbarkeit zu erhöhen.

Die Daten der leitfadengestützten Interviews wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Dabei sind drei wesentliche Grundformen für die inhaltsanalytische Auswertung zu beachten (vgl. Mayring, 2015, S. 67–68):

### (1) Zusammenfassung

Ziel ist es, das Material so zu reduzieren, dass wesentliche Inhalte erhalten bleiben und durch Abstraktion ein überschaubarer Corpus geschaffen wird, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist. Im Mittelpunkt steht somit die Zusammenfassung des Materials, durch eine schrittweise Verallgemeinerung des Abstraktionsniveaus (von Paraphrasierung über Generalisierung zur Reduktion), die überwiegend einer induktiven Kategorienbildung folgt. Da es sich in der vorliegenden Evaluationsstudie nicht um eine ausschließlich offene Fragestellung handelt, sondern konkretes Erkenntnisinteresse bezüglich des Gruppenprogramms formuliert ist und sich auch im Leitfaden der Interviews widerspiegelt, ist beim Schritt der Reduktion auch ein deduktives Vorgehen zu verzeichnen. Vereinzelt Kategorien ergaben sich bereits vorab aus dem Leitfaden der Interviews, wurden jedoch stets als vorläufig angelegt betrachtet und zum Teil entsprechend beibehalten, angepasst, ergänzt oder verworfen.

### (2) Explikation

Ziel ist es, einzelne unklare Textstellen durch Herantragen zusätzlichen Materials zu ergänzen. Dies wurde gelegentlich durch Erläuterungen kontextbezogener Angaben, wie z. B. bei Namen von Mitarbeiter\_innen der Einrichtungen oder Hilfeangeboten, vorgenommen. Teilweise waren noch zusätzliche Anonymisierungen notwendig, die ebenfalls durch entsprechende Erläuterungen ergänzt wurden.

### (3) Strukturierung

Ziel ist es, unter zuvor festgelegten Ordnungskriterien (deduktive Kategorienanwendung) eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern. Hierbei unterscheidet Mayring (2015, S. 97 ff.) zwischen formaler, inhaltlicher, typisierender und skalierender Strukturierung. Aufgrund des inhaltlichen Erkenntnisinteresses, bezogen auf das Gruppenprogramm als Untersuchungsgegenstand, ist die inhaltliche Strukturierung für die vorliegende Studie von zentraler Bedeutung. Dabei wird das Material zu bestimmten Themen und Inhaltsbereichen extrahiert und zusammengefasst.

Alle leitfadengestützten Interviews mit den Programmteilnehmern wurden in Anlehnung an die beschriebenen Analyseschritte zunächst einzeln ausgewertet (Längsschnitt). In einem weiteren Schritt konnten die inhaltlichen Strukturierungen der einzelnen Interviews, aufgrund des Kategoriensystems miteinander in Beziehung gesetzt werden (Querschnitt). Der gesamte Ablauf der einzelnen Schritte der qualitativen Untersuchung mit den Teilnehmern des Gruppenprogramms ist in Abbildung 2 ersichtlich.

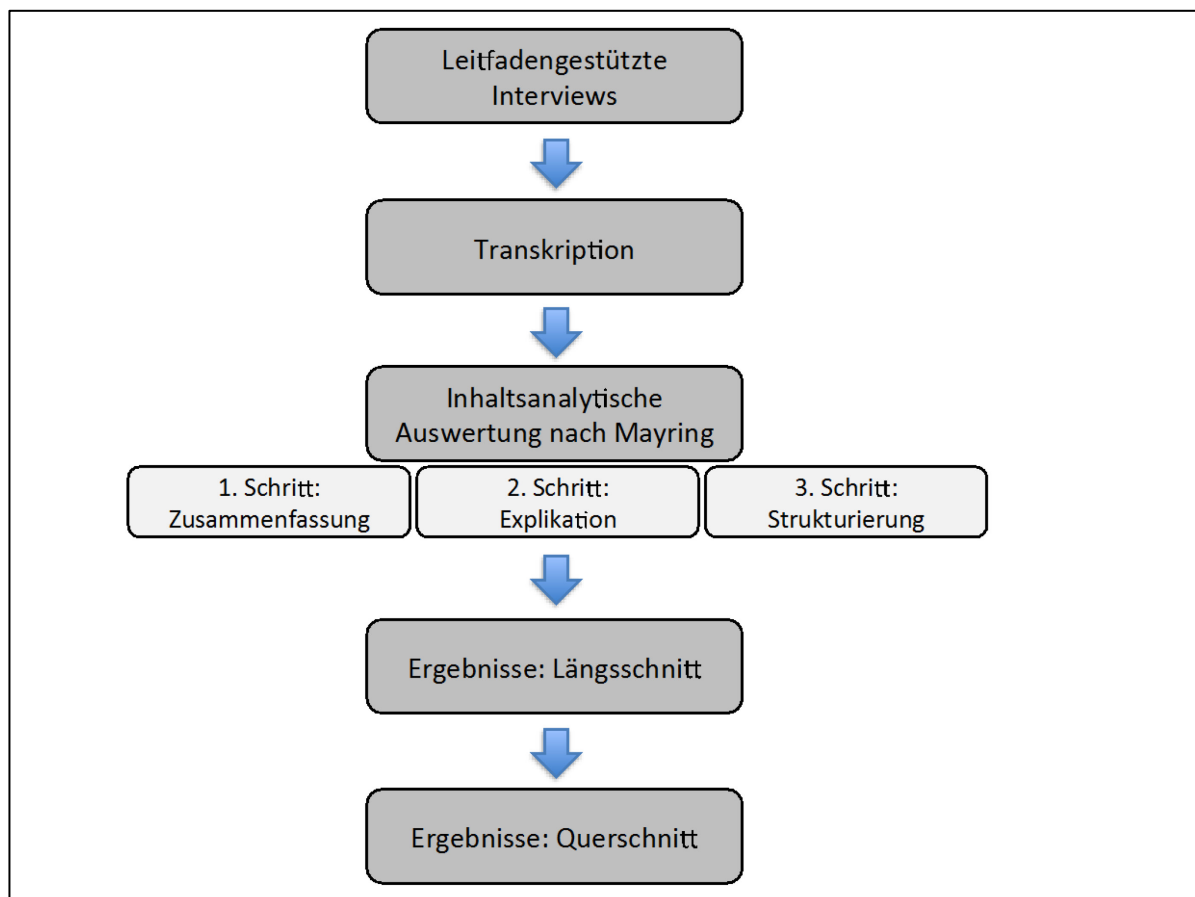


Abbildung 2: Ablauf qualitative Untersuchung Teilnehmer

Die vollständigen Transkriptionen, das Kategoriensystem der Inhaltsanalyse sowie alle inhaltsanalytischen Auswertungen der leitfadengestützten Interviews befinden sich im Anhang B3, mittels deren Einsicht das Vorgehen und die konkrete Umsetzung der theoretisch beschriebenen Analyseschritte (Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung) verdeutlicht werden sollen.

Im Gegensatz zu den Teilnehmer-Interviews wurde bei den Audioaufzeichnungen der Fokusgruppen auf eine Volltranskription verzichtet, da im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses weniger individuelle Bewusstseinsstrukturen standen, sondern Meinungen, Einstellungen und Rückmeldungen bezüglich des Gruppenprogramms der gesamten Diskussionsgruppe als eine größere soziale Einheit (vgl. Lamnek, 2010, S. 379). Während der Durchführung der Fokusgruppen wurden für alle Gruppenleitungen ersichtliche Protokolle angefertigt, die im Gesprächsverlauf von allen Beteiligten kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt wurden. Der formative Charakter der Evaluation wird deutlich, da zum Teil Ergebnisse durchgeführter Fokusgruppen in noch anstehende Fokusgruppen eingebracht wurden. Im Anschluss an die Durchführungen der Fokusgruppen wurden die Inhalte der Audioaufzeichnungen in ein offenes Kategoriensystem, das sich am Diskussionsleitfaden der Fokusgruppen orientiert, schriftlich zusammengefasst und mithilfe der Protokolle und der Dokumentations- und Reflexionsbögen der Gruppenleitungen korrigiert und ergänzt. Hierbei dienten die oben beschriebenen Schritte der Zusammenfassung und Explikation als Orientierungsrahmen. In Anlehnung an den dritten Analyseschritt – der inhaltlichen Strukturierung – wurden schließlich die einzelnen Zusammenfassungen in einer deduktiven Kategorienanwendung gruppenübergreifend inhaltlich strukturiert und verdichtet. Die konkrete Umsetzung dieser Analyseschritte ist dem Anhang B4 zu entnehmen. Der gesamte Ablauf der einzelnen Schritte der qualitativen Untersuchung mit den Gruppenleitungen ist in Abbildung 3 ersichtlich.

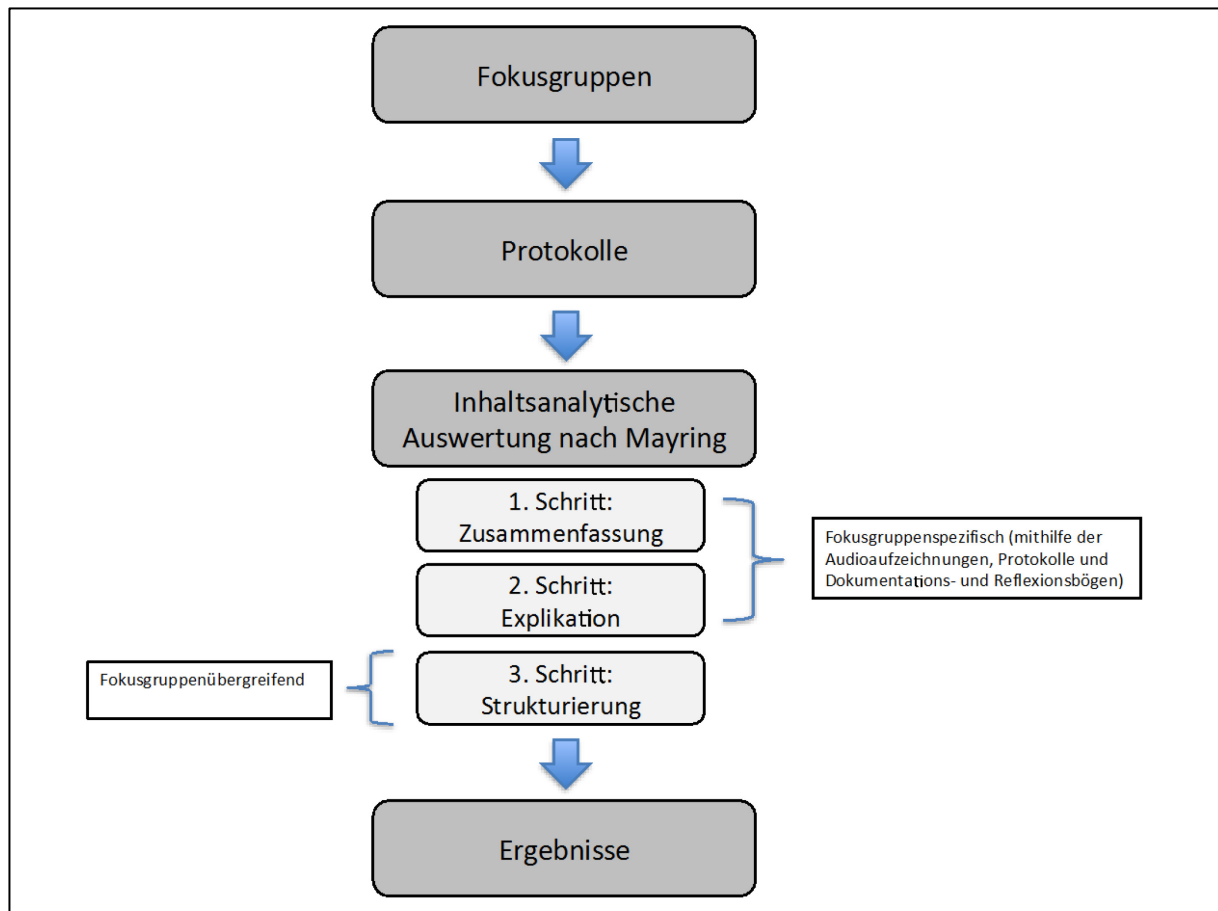


Abbildung 3: Ablauf qualitative Untersuchung Gruppenleitungen

Mayring (2015) beschreibt seinen Entwurf der qualitativen Inhaltsanalyse als ein systematisches, regelgeleitetes Vorgehen zur Orientierung von Textanalysen. Dabei ist die Inhaltsanalyse jedoch „kein Standardinstrument, das immer gleich aussieht; sie muss an den konkreten Gegenstand, das Material angepasst sein und auf die spezifische Fragestellung hin konstruiert werden“ (Mayring, 2015, S. 51). In Anlehnung an das Verfahren nach Mayring (2015) wurde somit für die vorliegende Untersuchung die inhaltsanalytische Auswertung auf das Forschungsinteresse und die Rahmenbedingungen der Studie angepasst und mit dem Ziel konkretisiert, ein systematisches, transparentes und überprüfbares Vorgehen zu sichern, wie es in den Anhängen B3 und B4 nachvollzogen werden kann.

## 8. Ergebnisse der Evaluationsstudie

In diesem Abschnitt werden die quantitativen (Kapitel 8.1) und qualitativen (Kapitel 8.2) Ergebnisse der Evaluationsstudie präsentiert. Es ist anzumerken, dass an dieser Stelle zunächst eine reine Darstellung der einzelnen Ergebnisse angestrebt wird. Im Diskussionsteil dieser Arbeit (Kapitel 9 und 10) werden die unterschiedlichen Daten dann miteinander in Beziehung gesetzt und diskutiert, Schlussfolgerungen für die Bewertung und Optimierung des

Gruppenprogramms vorgenommen sowie weitere zentrale Erkenntnisse der Evaluation herausgestellt.

### **8.1 Ergebnisse der quantitativen Untersuchung**

Die folgenden Ausführungen zeigen die wesentlichen Ergebnisse der schriftlichen Prä-Post-Befragung der Teilnehmer (Kapitel 8.1.1) wie auch der Gruppenleitungen (Kapitel 8.1.2)<sup>14</sup>.

#### *8.1.1 Ergebnisse der Prä-Post-Befragung der Teilnehmer*

##### Soziodemografische Daten

Die Teilnehmer waren zum Erhebungszeitpunkt im Durchschnitt 48,7 Jahre alt, wobei der jüngste Teilnehmer 24 Jahre und der älteste Teilnehmer 74 Jahre alt war. Der Median lag bei 50 Jahren und der Modus bei 54 Jahren. Über 90 % (n=46) der Teilnehmer gaben als Nationalität *deutsch* an, 9,8 % (n=5) eine *andere Nationalität*. Mehr als zwei Drittel der Befragten (68,7 %, n=35) lebten bereits länger als ein Jahr in der aktuellen Einrichtung, in der das Gruppenprogramm durchgeführt wurde, 17,6 % (n=9) waren hingegen erst seit maximal sechs Monaten in der Einrichtungen. Bei der aktuellen Beschäftigungssituation zeigte sich ein sehr heterogenes Bild. So waren fast 19,6 % (n=10) der Teilnehmer in Arbeitstherapie, 17,6 % (n=9) wegen gesundheitlicher Gründe nicht in Arbeit, jeweils 11,8 % (n=6) gingen einer Tätigkeit innerhalb der Einrichtung nach oder waren arbeitssuchend, und jeweils 9,8 % (n=5) hatten einen sogenannten „1-Euro-Job“ (Arbeitsbeschaffungsmaßnahme im Rahmen des SGB II) oder bezogen Rente aufgrund von Erwerbsunfähigkeit.

##### Gruppenerfahrung

60,8 % (n=31) der Teilnehmer hatten bereits zuvor an einem themenzentrierten Gruppenprogramm teilgenommen. Hiervon besuchten 67,7 % (n=21) schon ein Gruppenprogramm zum Thema Alkohol, 25,8 % (n=8) ein Bewerbungstraining, 19,4 % (n=6) ein Antigewalttraining, jeweils 16,1 % (n=5) ein Soziales Kompetenztraining oder ein Psychoedukationsprogramm und 12,9 % (n=4) ein Wohnkompetenzprogramm. Ebenfalls 12,9 % (n=4) gaben an, bereits an sonstigen Gruppenprogrammen teilgenommen zu haben. Von den Teilnehmer, die bereits zuvor an einem Gruppenprogramm teilgenommen hatten, beurteilen 16,1 % (n=5) ihre bisherigen Gruppenerfahrungen als *sehr gut* und 38,7 % (n=12) als *gut*. 32,3 % (n=10) beschrieben ihre Erfahrungen mit Gruppenprogrammen als *durchschnittlich* und 9,7 % (n=3) als *schlecht*. Für 37,3 % (n=19) der Teilnehmer war

---

<sup>14</sup> Anmerkung zur folgenden Darstellung der quantitativen Daten: Zum Teil addieren sich die Prozentwerte hinsichtlich einzelner Items nicht zu 100 % aufgrund der Möglichkeit von Mehrfachantworten.

*gesund.sein* das erste themenzentrierte Gruppenprogramm, an dem sie bislang teilgenommen haben. Für die fehlende Gruppenerfahrung gaben die entsprechenden Teilnehmer diverse Gründe an: So benannten 36,8% (n=7) als Grund, dass bislang in ihrer Einrichtung keine Gruppenprogramme angeboten worden seien. Jeweils 10,5 % (n=2) gaben an, dass die Themen bisheriger Gruppenprogramme sie nicht interessiert habe oder dass sie nicht gerne in Gruppen gehen würden. Keine Person begründete die fehlende Gruppenerfahrung damit, dass sie bisher nur schlechtes über Gruppenangebote gehört habe.

### Motivation für *gesund.sein*

Über die Hälfte der Teilnehmer (54,9 %, n=28) hat durch die Sozialarbeiter\_innen der Einrichtung von *gesund.sein* erfahren, fast die Hälfte (49,0 %, n=25) durch die Werbung (Poster, Flyer, Handzettel) im Haus. Zudem wurden die Teilnehmer durch andere Mitarbeiter\_innen der Einrichtungen (11,8 %, n=6) oder durch ihre Zimmernachbarn bzw. Mitbewohner (5,9 %, n=3) auf das Programm aufmerksam gemacht. Für die Motivation zur Teilnahme an *gesund.sein* zeigen sich unterschiedliche Gründe und Motive bei den Teilnehmern: Fast drei Viertel (74,5 %, n=38) gaben hierfür ihr Interesse an dem Thema an, rund ein Viertel (25,5 %, n=13) wurde durch die zuständige Sozialarbeiterin oder den zuständigen Sozialarbeiter motiviert. Von 11,8 % (n=6) wurde das Programm als sinnvoller Zeitvertreib gesehen, für 7,8 % (n=4) war die Prämie (in Verbindung mit der Teilnahme an der Evaluationsstudie) ein Anreiz zur Teilnahme. Ein Teilnehmer (2,0 %) wurde durch eine andere Mitarbeiterin oder einen anderen Mitarbeiter der Einrichtung zur Teilnahme an *gesund.sein* motiviert.

### Psychosoziale Daten

Psychosoziale Daten wurden sowohl vor als auch nach dem Programm anhand von Selbsteinschätzungen der Teilnehmer erhoben. Bezüglich der Häufigkeit somatischer Beschwerden zeigten sich zu beiden Zeitpunkten sehr ähnlich Ergebnisse. Je ungefähr ein Drittel der Teilnehmer (bzw. etwa zwischen 30–40 %) gab an, *sehr oft* oder *oft* (prä: 17,6 %, n=9 *sehr oft*; 21,6 %, n=11 *oft*/post: 7,8 %, n=4 *sehr oft*; 27,5 %, n=14 *oft*), *manchmal* (prä: 29,4 %, n=15/post: 37,3 %, n=19) oder *selten* bzw. *sehr selten* (prä: 21,6 %, n=11 *selten*; 9,8 %, n=5 *sehr selten*/post: 15,7 %, n=8 *selten*; 11,8 %, n=6 *sehr selten*) körperliche/somatische Beschwerden zu haben. Diverse Hilfemöglichkeiten würden laut den Angaben der Teilnehmer in Betracht gezogen, wenn sie sich körperlich schlecht fühlen. Die folgenden Ergebnisse zeigen, dass im Vergleich zur Vorbefragung alle Hilfeoptionen bei der

Nachbefragung an Zustimmung gewonnen haben. So gaben vor dem Programm 54,9 % (n=38) bzw. 58,8 % (n=14) nach dem Programm die Hausärztin/den Hausarzt, 21,6 % (n=11) bzw. 39,2 % (n=20) die Sozialarbeiterin/den Sozialarbeiter, 13,7 % (n=7) bzw. 27,5 % (n=14) Freund\_innen/Bekannte, 7,8 % (n=4) bzw. 11,8 % (n=6) andere Mitarbeiter\_innen der Einrichtung, 3,9 % (n=2) bzw. 9,8 % (n=5) andere Personen und 2,0 % (n=1) bzw. 9,8 % (n=5) Zimmernachbarn/Mitbewohner als potenzielle Unterstützung an. Bei der Vorbefragung gaben zudem 25,5 % (n=13) an, niemand bei somatischen Beschwerden um Hilfe zu bitten. Dieser Wert war bei der Nachbefragung auf 9,8 % (n=5) gesunken.

Bezüglich der Häufigkeit psychischer Probleme zeigten sich zu beiden Messzeitpunkten ebenfalls sehr ähnliche Ergebnisse: Je ungefähr ein Viertel der Teilnehmer gab an, *sehr oft* bzw. *oft* (prä: 9,8 %, n=5 *sehr oft*; 17,6 %, n=9 *oft*/post: 9,8 %, n=5 *sehr oft*; 15,7 %, n=8 *oft*) oder *manchmal* (prä: 25,5 %, n=13/post: 25,5 %, n=13) psychische Probleme zu haben. Knapp die Hälfte der Teilnehmer (etwa 45 %) nahm bei sich *selten* bzw. *sehr selten* psychische Probleme wahr (prä: 15,7 %, n=8 *selten*; 29,4 %, n=15 *sehr selten*/post: 19,6 %, n=10 *selten*; 25,5 %, n=13 *sehr selten*). Verschiedene Hilfemöglichkeiten würden von den Teilnehmern in Betracht gezogen, wenn sie sich seelisch/psychisch schlecht fühlen. Die folgenden Ergebnisse zeigen, dass auch hier im Vergleich zur Vorbefragung fast alle Hilfeoptionen bei der Nachbefragung an Zustimmung gewonnen haben. So gaben vor und nach dem Programm 43,1 % (n=22) die Sozialarbeiterin oder den Sozialarbeiter als potenzielle Hilfe an. 31,4 % (n=16) nannten vor bzw. 35,3 % (n=18) nach dem Programm Freund\_innen/Bekannte als mögliche Unterstützung, 25,5 % (n=13) bzw. 31,4 % (n=16) die Psychologin oder den Psychologen, 17,6% (n=9) bzw. 27,5 % (n=14) die Psychiaterin oder den Psychiater, 17,6 % (n=9) bzw. 23,5 % (n=12) die Hausärztin oder den Hausarzt, 11,8 % (n=6) bzw. 13,7 % (n=7) andere Mitarbeiter\_innen der Einrichtung, 5,9 % (n=3) bzw. 9,8 %, (n=5) andere Personen und 3,9 % (n=2) bzw. 9,8 % (n=5) Zimmernachbarn/Mitbewohner. Lediglich der Pfarrer/Seelsorger wurde vor dem Programm von 5,9 % (n=3) angegeben, nach dem Programm nur noch von 3,9 % (n=2). Des Weiteren gaben bei der Vorbefragung noch 21,6 % (n=11) an, niemanden bei seelischen/psychischen Problemen um Hilfe zu bitten. Dieser Wert ist bei der Nachbefragung auf 17,6 % (n=9) gesunken.

Im Rahmen der Erhebung psychosozialer Daten gaben 39,2 % (n=20) der Teilnehmer an, eine psychiatrische Diagnose zu haben, 47,1 % (n=24) gaben an keine psychiatrische Diagnose zu haben und 13,7 % (n=7) machten diesbezüglich keine Angabe. Von den 20 Teilnehmern mit psychiatrischer Diagnose benannten 14 Personen (70,0 %) ein konkretes

Krankheitsbild. Dabei zeigten sich überwiegend Suchterkrankungen, affektive Störungen und Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Die Teilnehmer wurden sowohl vor als auch nach dem Programm gefragt, wie zuversichtlich sie bezüglich verschiedener Hilfen bei psychischen Problemen sind. Hierbei nahmen für alle Hilfemaßnahmen die Zustimmungswerte prozentual nach dem Programm leicht zu. Eine Psychiaterin oder einen Psychiater schätzten vor dem Programm 70,2 % (n=33) und nach dem Programm 71,4 % (n=30) der Teilnehmer als *hilfreich* ein. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch für Psychotherapie, die von 69,6 % (n=32) vor und von 73,9 % (n=34) nach dem Programm als *hilfreich* erachtet wurde, und für Sozialarbeit, die von 67,4 % (n=31) vor und 69,6 % (n=32) nach dem Programm als potenzielle Hilfe bewertet wurde. Nur etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer (prä: 52,2 %, n=24/post: 53,3 %, n=24) hielt Medikamente bei psychischen Problemen für *hilfreich*.

Einen regelmäßigen Alkoholkonsum benannten 43,1 % (n=22) der Teilnehmer, während 49,0 % (n=25) diesen verneinten. Hinsichtlich des regelmäßigen Trinkkonsums variierten die Angaben bezüglich der Trinkmengen und der Art der Getränke sehr stark.

Sowohl vor als auch nach dem Programm schätzten die Teilnehmer ihr körperliches, seelisches und allgemeines Wohlbefinden ein. Hierbei gaben vor dem Programm fast zwei Drittel (62,7 %, n=32) an, sich körperlich nicht gut zu fühlen, nach dem Programm war es nur noch etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer (39,2 %, n=20). Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer (54,9 %, n=28) gab vor dem Programm an, sich psychisch nicht gut zu fühlen, im Anschluss an das Programm traf dies auf weniger als die Hälfte (43,1 %, n=22) zu. Etwa die Hälfte der Teilnehmer (51,0 %, n=26) bewertete ihr allgemeines Wohlbefinden vor dem Programm als *nicht gut*, nach dem Programm ist dieser Wert auf 41,2 % (n=21) gesunken.

### Erwartungen an das Programm

Alle Teilnehmer wurden vor dem Programmbeginn bezüglich ihrer Erwartungen an das Gruppenprogramm befragt und haben diese nach dem Programm entsprechend ihrer Erfüllung bzw. Zufriedenheit bewertet. So gaben vor dem Programm 76,4 % (n=39) der Teilnehmer an, dass es ihnen *wichtig* bzw. *sehr wichtig* sei, im Rahmen des Gruppenprogramm neue Informationen zu erhalten. Im Anschluss bewerteten 80,0 % (n=40) dies als *sehr gut* oder *gut* erfüllt. Ähnlich wichtig war es den Teilnehmern interessante Inhalte in dem Programm zu besprechen (72,5 %, n=39), was fast alle Teilnehmer nach dem Kurs als *zutreffend* oder *voll zutreffend* bewerteten (95,9 %, n=47). Einen freundlichen Umgang unter allen Beteiligten erachteten vor dem Gruppenprogramm 88,2 % (n=45) als (*sehr*) *wichtig*. Im Anschluss an das

Programm schätzten dies 90,0 % (n=45) als (*voll*) *zutreffend* ein. Der gemeinsame Austausch mit anderen Teilnehmern wurde vor dem Programm von weniger als der Hälfte (45,1 %, n=23) als *wichtig* bewertet, jedoch von fast drei Viertel (74,0 %, n=34) der Teilnehmer im Anschluss an das Programm als *sehr gut* bzw. *gut* erachtet. Etwa drei Viertel der Teilnehmer gaben vor dem Programm an, dass ihnen sympathische Gruppenleitungen (74,5 %, n=38) und ein positives Klima in der Gruppe (76,5 %, n=39) *sehr wichtig* bzw. *wichtig* sind. Nach dem Programm wurden diese beiden Erwartungen von fast allen Teilnehmer als positiv erfüllt bewertet (sympathische Gruppenleitungen: 98,0 %, n=47; positives Klima in der Gruppe, 76,4 %, n=39). Essen und Getränke innerhalb des Programms waren weniger als der Hälfte der Teilnehmer (47,0 %, n=24) zuvor *wichtig*, wurden jedoch nach dem Programm von fast allen Teilnehmern (89,9 %, n=44) als *sehr gut* bzw. *gut* bewertet.

### Bewertungen des Programms

Im Rahmen der Nachbefragung bewerteten die Teilnehmer das Programm hinsichtlich verschiedener Aspekte. Hierbei zeigte sich, dass das Programm nahezu allen Teilnehmer Spaß gemacht habe (90,2 %, n=46) und sich fast alle in der Gruppe wohlfühlt haben (96,1 %, n=49). Je ungefähr 80 % der Teilnehmer gaben an, dass ihnen das Programm weiterhalf (82,4 %, n=42), und ihnen Mut für eine weitere Auseinandersetzung mit den besprochenen Themen (78,4 %, n=40) machte. Während der Programmphase fühlten sich 62,0 % (n=31) der Teilnehmer besser als sonst, 27,5 % (n=14) waren diesbezüglich unentschlossen und lediglich 9,8 % (n=5) sahen dies als nicht gegeben. Jeweils 79,4 % (n=40) gaben an, dass ihnen der gemeinsame Austausch über ähnliche Probleme wie auch das Kennenlernen der anderen Teilnehmer gut tat. Gut drei Viertel (76,0 %, n=38) der Teilnehmer wünschten sich öfter an Gruppenprogrammen teilnehmen zu können und entsprechend regelmäßig Gruppenangebote. Weniger als die Hälfte (41,2 %, n=21) gab nach dem Programm an, Themen der seelischen Gesundheit prinzipiell lieber im Einzelgespräch zu besprechen. Gleichzeitig stimmte auch mehr als die Hälfte (58,8 %, n=30) der Teilnehmer zu, nach dem Programm Themen von *gesund.sein* ebenfalls im Einzelsetting besprechen zu wollen. Für 23,5 % (n=12) war dies jedoch nicht erstrebenswert.

### Fazit

79,2 % (n=38) der Teilnehmer gaben an, dass sie an einem weiteren Programm von *gesund.sein* teilnehmen würden, lediglich 5,9 % (n=3) verneinten dies. Abschließend bewerteten 95,9 % (n=47) das Gruppenprogramm als *sehr gut* bzw. *gut*, 3,9 % (n=2) als

*mittelmäßig* und kein Teilnehmer als *schlecht* oder *sehr schlecht*. Insgesamt ließ sich, aufgrund einer eher ausgeglichenen Verteilung, keine einzelne Einheit eindeutig als *beste* oder *schlechteste* identifizieren. So gaben 25,5 % (n=13) der Teilnehmer an, dass ihnen die Einheit 3 am *wenigsten gefallen* habe. Gleichzeitig bezeichneten 17,6 % (n=9) diese Einheit als *beste*. Insgesamt wurde Einheit 2 mit 19,6 % (n=10) am besten bewertet. Ein ähnliches Ergebnis erzielte auch Einheit 1 (13,7 %, n=7), Einheit 3 (17,6 %, n=9) und Einheit 5 (17,6 %, n=9).

### Rückmeldungen

#### *Struktureller Rahmen*

Der strukturelle Rahmen des Programms wurde, gemäß den folgenden Ergebnissen, insgesamt sehr positiv bewertet. So empfanden 82,4 % der Teilnehmer (n=42) *90 Minuten pro Einheit* als *genau richtig*, 13,7 % (n=7) als *zu kurz* und 3,9 % (n=2) als *zu lang*. 70,6 % (n=36) bewerteten *6 Einheiten* für den gesamten Kurs als *genau richtig*, 27,5 % (n=14) als *zu kurz* und 2,0 % (n=1) als *zu lang*. Auch der *wöchentliche Rhythmus*, also eine Einheit pro Woche, war für 80,4 % (n=41) *genau richtig*, für 19,4 % (n=10) *zu wenig*. In allen drei Teilaspekten ließ sich somit keine Überforderung bezüglich des strukturellen Rahmens erkennen, da eher ein umfangreicheres Programm gewünscht wurde, als den bestehenden Umfang zu verkürzen. Der jeweils ausgewählte Wochentag und die entsprechende Uhrzeit des Programms wurden von 80,0 % (n=40) als *positiv* bewertet.

#### *Didaktik*

Unterschiedliche Aspekte der didaktischen Umsetzung wurden von den Teilnehmern sehr positiv bewertet. Die eigene Mappe für die Arbeitsmaterialien bewerteten 84,0 % (n=42) der Teilnehmer mit *sehr gut* oder *gut*. Ähnliche Bewertungen von *sehr gut* bzw. *gut* zeigten sich für die PowerPoint-Präsentationen (90,0 %, n=45) und den Gesundheitskoffer (72,9 %, n=35). Den Umfang der ausgeteilten Unterlagen (Arbeitsblätter, Präsentationen, Informationsmaterial etc.) empfanden 82,4 % (n=42) als *genau richtig*. Der Anteil der Redezeit der Gruppenleitungen wurde von 70,6 % (n=36) als *genau richtig* eingeschätzt. 90,0 % (n=45) der Teilnehmer stimmten zu, selbst ausreichend eigene Beiträge in das Programm eingebracht haben zu können. Die Einladung einer Psychiaterin oder eines Psychiaters in die Einheit 3 des Programms bewerteten 95,9 % (n=47) als *sehr gut* oder *gut*, und kein einziger Teilnehmer als *schlecht*.

### *Verständlichkeit*

91,8 % (n=45) der Teilnehmer gaben an, die Inhalte des Programms wie auch den Gesundheitskoffer verstanden zu haben.

#### Daten bezüglich der Zieldimensionen von *gesund.sein*<sup>15</sup>

Für die Zieldimension „Informationszugewinn“ zeigte sich bei zwei von vier Items ein statistisch signifikanter Unterschied bei den Selbstauskünften der Teilnehmer vor und nach dem Gruppenprogramm (Item I „Entstehung von psychischen Erkrankungen“:  $t = 2.763$ ,  $p = .008$ ,  $n = 49$ ; Item IV „Hilfangebote, die ich nutzen kann/könnte“:  $t = 2.447$ ,  $p = .018$ ,  $n = 50$ ). Nach der Durchführung des Gruppenprogramms schätzten die Teilnehmer ihr entsprechendes Wissen für die Wissenskategorien I ( $M = 2.51$ ,  $SD = .79$ ) und IV ( $M = 2.26$ ,  $SD = .82$ ) signifikant besser ein als vor der Programmdurchführung ( $M = 2.95$ ,  $SD = 1.04$  bzw.  $M = 2.68$ ,  $SD = .93$ ).

Für die Zieldimension „Selbsthilfekompetenz“ zeigte sich für das Item III „Erkenne bestimmte Anzeichen, wenn sich Wohlbefinden verschlechtert“ ein statistisch signifikanter Unterschied bei den Selbstauskünften der Teilnehmer vor und nach dem Gruppenprogramm ( $t = 3.072$ ,  $p = .004$ ,  $n = 47$ ). Nach der Durchführung des Gruppenprogramms schätzten die Teilnehmer ihre entsprechende Kompetenz ( $M = 1.97$ ,  $SD = .53$ ) signifikant besser ein als vor der Programmdurchführung ( $M = 2.31$ ,  $SD = .81$ ).

Für die Zieldimension „Motivationsförderung/Sensibilisierung bezüglich des Themas „seelische Gesundheit“ zeigte sich für das Item III „Bereits aktives Handeln für eigene seelische Gesundheit“ ein statistisch signifikanter Unterschied bei den Selbstauskünften der Teilnehmer vor und nach dem Gruppenprogramm ( $t = 2.311$ ,  $p = .025$ ,  $n = 48$ ). Nach der Durchführung des Gruppenprogramms schätzten die Teilnehmer ihr entsprechendes Handeln ( $M = 2.39$ ,  $SD = .81$ ) signifikant positiver ein als vor der Programmdurchführung ( $M = 2.75$ ,  $SD = 1.08$ ).

Für die Zieldimension „Kommunikationsfähigkeiten“ zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bei den Selbstauskünften der Teilnehmer vor und nach dem Gruppenprogramm.

#### *8.1.2 Ergebnisse der Prä-Post-Befragung der Gruppenleitungen*

##### Soziodemographische Daten

Von den 15 befragten Gruppenleitungen waren 12 (80,0 %) weiblich und drei (20,0 %) männlich. Die Gruppenleitungen waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 25 und 65

---

<sup>15</sup> M = Mean (Mittelwert), n = Anzahl der Testpersonen, p = Signifikanzniveau, SD = Standard Deviation (Standardabweichung), t = Testprüfgröße des T-Tests

Jahre alt, wobei die meisten im Alter von 41–45 Jahren waren (33,3 %, n=5). Zwei Drittel (66,7 %, n=10) der Gruppenleitungen waren Sozialarbeiter\_innen/Sozialpädagog\_innen, zwei Gruppenleitungen Psycholog\_innen (13,3 %, n=2) und drei Gruppenleitungen Fachkräfte aus dem Bereich der Pflege (20,0 %, n=3). Eine Zusatzqualifikation gaben drei der 15 Gruppenleitungen an (20,0 %, n=3). Ein Drittel (33,3 %, n=5) war in Vollzeit beschäftigt (39 Stunden pro Woche), zwei Drittel (66,7 %, n=10) in Teilzeit (Angaben zwischen 16–33 Stunden pro Woche). 60,0 % (n=9) der Gruppenleitungen arbeiteten zum Zeitpunkt der Programmdurchführung seit maximal fünf Jahren in der entsprechenden Einrichtung, ein Drittel (33,3 %, n=5) der Gruppenleitungen sogar seit mehr als 10 Jahren.

### Themenzentrierte Gruppenangebote in Einrichtung

40,0 % (n=6) der Gruppenleitungen gaben an, dass in ihrer Einrichtung *nie* oder nur *sehr selten* themenzentrierte Gruppenangebote stattfinden, etwas mehr als die Hälfte (53,6 %, n=8) konstatierte eine gewisse Regelmäßigkeit von Gruppenangeboten (ca. 1–3 mal pro Jahr). 80,0 % (n=12) der Gruppenleitungen gaben an, dass in ihrer Einrichtung bislang noch kein manualisiertes Psychoedukationsprogramm durchgeführt wurde. Dies wurde mit ungünstigen Rahmenbedingungen (z. B. fehlende Ressourcen, nicht in der Leistungsvereinbarung vorgesehen), zu hochschwelligem verfügbaren Programmen respektive fehlenden niedrigschwelligen Programmen und der bisherigen Vermutung, dass Klienten der Wohnungslosenhilfe psychoedukative Gruppenprogramme nicht annehmen würden, begründet. Wenn bereits ein Psychoedukationsprogramm angeboten wurde, zeigte sich der Unterschied zu *gesund.sein* darin, dass meist Programme mit der Schwerpunktsetzung auf das Thema Sucht durchgeführt wurden, und diese deutlich umfangreicher konzipiert sind. Etwas mehr als die Hälfte (53,3 %, n=8) der Gruppenleitungen hatte bereits zuvor schon Gruppenprogramme geleitet, überwiegend zu den Themen Alkohol (37,5 %, n=3) und Sozial- bzw. Wohnkompetenzen (62,5%, n=5). Fast alle der acht Gruppenleitungen, die bereits zuvor Gruppenprogramme geleitet haben, bewerteten diese Erfahrung als *sehr gut* oder *gut* (87,5 %, n=7). Etwas weniger als die Hälfte der Gruppenleitungen (46,7%, n=7) hatte zuvor noch kein Gruppenprogramm geleitet. Dabei gaben alle (100 %, n=7) an, dass dies darin begründet sei, dass bislang Gruppenprogramme immer als schwierig für die Zielgruppe erachtet wurden. Zudem wurden folgende Gründe darüber hinaus als ausschlaggebend angeführt: „es wurde bislang in meiner Einrichtung noch keines angeboten“ (42,9 %, n=3); aufgrund struktureller Gegebenheiten, z. B. zu hoher Aufwand, Kolleg\_innen haben Leitung übernommen (42,9 %,

n=3); „die bisherigen Themen der Gruppenprogramme haben mich nicht angesprochen“ (14,3 %, n=1).

### Praxis-Forschungs-Projekt

Etwa ein Viertel der Gruppenleitungen (26,7 %, n=4) hatte bereits zuvor schon einmal an einem wissenschaftlichen Projekt teilgenommen, überwiegend zu epidemiologischen Fragestellungen. Ausschlaggebende Aspekte, die zur Motivation einer Teilnahme an dem Promotionsprojekt (der Implementierung, Durchführung und Evaluation von *gesund.sein*) beigetragen haben, wurden von den Gruppenleitungen vor dem Programmstart erfragt. Alle Gruppenleitungen (100 %, n=15) nannten hierbei die Möglichkeit etwas „Neues“ auszuprobieren und somit „frischen Wind“ in die Arbeit zu bekommen. Zudem wurden mit jeweils 93,3 % (n=14) die fachliche Bereicherung, der Zuwachs an praktischem Handlungswissen sowie die Relevanz der Thematik des Gruppenprogramms für die Zielgruppe angeführt. Eine überzeugende Vorstellung des Programms durch die Projektleitung war für fast alle (86,7 %, n=13) mit ausschlaggebend, ebenso, dass sie Gruppenprogramme als wichtige Säule neben der Einzelfallarbeit bewerteten (80,0 %, n=12). Betrachtet man wissenschaftliche und theoretische Aspekte des Praxis-Forschungs-Projekts, wurden diese als deutlich weniger ausschlaggebend für eine Projektteilnahme beurteilt. So empfanden nur jeweils 40,0 % (n=6) den Zuwachs an theoretischem Wissen und den Einblick in aktuelle wissenschaftliche Debatten, und nur jeweils ein Drittel (33,3 %, n=5) das aktive Mitwirken an einem wissenschaftlichen Projekt sowie die aktive Förderung des Wissenschaft-Praxis-Austausches, als mit ausschlaggebend für eine Projektteilnahme. Die Bitte bzw. Anweisung durch die Einrichtungsleitung wurde lediglich von zwei Gruppenleitungen (13,4 %) als mit ausschlaggebend bewertet.

### Einstellungen Wissenschaft-Praxis

Ähnliche Aspekte zeigten sich auch bei den Einstellungen der Gruppenleitungen bezüglich des Verhältnisses von Wissenschaft und Praxis, welche ebenfalls vor Programmbeginn erfragt wurden. So bewerteten alle Gruppenleitungen (100 %, n=15) Wissenschaft ohne Praxisbezug als realitätsfern. Für 80,0 % (n=12) der Gruppenleitungen galt eine Praxis ohne Theorie und Wissenschaft als unprofessionell, gleichzeitig stimmten nur 40,0 % (n=6) der Aussage zu, dass das eigene praktische Handeln nicht konträr zu wissenschaftlichen Erkenntnissen sein dürfe. Weiter- und Fortbildungen sahen fast alle Gruppenleitungen (93,3 %, n=14) als professionelle Verpflichtung für die Praxis an. Fast drei Viertel (73,3 %, n=11) hielten neue

innovative Programme für die Wohnungslosenhilfe für notwendig. Nur etwas mehr als die Hälfte (53,3 %, n=8) erachtete jedoch die Wohnungslosenhilfe im wissenschaftlichen Kontext als unterrepräsentiert. Lediglich drei Gruppenleitungen (20,0 %) gaben an, regelmäßig aktuelle Studien bzw. Fachartikel zu lesen. Dies kann auch im Zusammenhang mit der Einschätzung betrachtet werden, dass zwei Drittel (voll) zustimmten, dass Wissenschaftler\_innen meist nicht „die Sprache“ der Praxis sprechen würden.

### Erfolgskriterien für Implementierung innovativer Programme in die Praxis

Als entscheidende Kriterien für eine erfolgreiche Implementierung innovativer Programme in die Praxis empfanden alle Gruppenleitungen die Relevanz des Gruppenprogramm-Themas für die Einrichtung bzw. den Träger (100 %, n=15), sowie motiviertes Personal in den jeweiligen Einrichtungen (100 %, n=14, fehlender Wert n=1). Die personellen Ressourcen wurden daran anknüpfend von fast allen (93,3 %, n=14) als (*sehr*) *ausschlaggebend* für eine erfolgreiche Implementierung betrachtet, dagegen wurden die finanziellen Ressourcen der Einrichtung/des Trägers von fast drei Viertel (73,3 %, n=11) der Gruppenleitungen als *nicht ausschlaggebend* betitelt. Auch eine zusätzliche Vergütung bei einer Implementierung eines innovativen Programms im Rahmen einer Projektteilnahme wurde nur von drei Gruppenleitungen (20,0 %) als erfolgversprechend bewertet. Betrachtet man die institutionelle Ebene näher, schien für den Großteil der Gruppenleitungen eine innovative Führungsebene (86,7 %, n=13) und die Organisationskultur der Einrichtung und des Trägers (80,0 %, n=12) von Bedeutung. Rahmenbedingungen und Strukturen vor Ort (z. B. Personal, Räumlichkeiten etc.) sahen fast alle Gruppenleitungen als *wichtig* an, ebenso eine Identifikationsperson, die das innovative Programm entsprechend glaubhaft vertritt (jeweils 86,7 %, n=13). Das fachliche Know-how des Personals in den Einrichtungen wurde von knapp drei Viertel (73,3 %, n=11) der Gruppenleitungen als *ausschlaggebend* für eine erfolgreiche Implementierung bewertet. Für zwei Drittel (66,0 %, n=10) war der eigene Handlungsspielraum bei einer entsprechenden Projektteilnahme von Bedeutung, für etwas mehr als die Hälfte (60,0 %, n=9) sollte der „Mehraufwand“ einer Implementierung eine günstige Kosten-Nutzen-Relation haben.

### Implementierung/Workshops

Alle Gruppenleitungen (100 %, n=15), die an der Befragung teilnahmen, führten auch tatsächlich das Programm im Anschluss an die beiden Workshops durch. Sowohl bei Workshop I als auch bei Workshop II fehlte jeweils eine Person. Die Gruppenleitungen bezeichneten die beiden Workshops einstimmig (100 %, n=15) als ausreichende Einarbeitung,

um das Gruppenprogramm durchführen zu können und erachteten keinen weiteren Workshop als notwendig. Eine Bewertung der beiden Workshops wurde von 14 Gruppenleitungen vorgenommen. Dabei bewerteten fast alle Gruppenleitungen (85,7 %, n=12) den zeitlichen Umfang mit (*sehr*) *gut*. Den inhaltlichen Umfang, die professionelle Durchführung durch die Projektleitung sowie ausreichende Möglichkeiten für Rückfragen und Diskussionen bewerteten alle Gruppenleitungen (100 %, n=14) mit (*sehr*) *gut*. Auch die Gesamtbewertung der beiden Workshops zeigt mit etwa einem Drittel (35,7 %, n=5) als *gut* und etwa zwei Dritteln (64,3 %, n=9) als *sehr gut* vergleichbare Werte. Im Kontext dieser Fragestellungen wiesen vereinzelte Gruppenleitungen darauf hin, dass eine Einarbeitung in das Programm prinzipiell auch nur mithilfe des Manuals denkbar wäre, die Teilnahme an den Workshops aber empfehlenswert sei.

### Zeitliche Abstände Implementierungs- und Durchführungsphase

Die Gruppenleitungen benannten als geeigneten zeitlichen Abstand zwischen den beiden Workshops einen Zeitraum von vier Wochen bis drei Monaten, wobei 40,0 % (n=6) der Befragten einen kürzen Abstand von etwa zwei Monaten bevorzugten. Der ideale Abstand zwischen dem Workshop II und der Informationsveranstaltung wurde zwischen 1–8 Wochen angegeben, die Mehrheit (66,6 %, n=10) sprach sich hierbei für 2–4 Wochen aus. Die Rückmeldungen der Gruppenleitungen bezüglich des Abstands der Informationsveranstaltung und dem Programmstart wiesen einen Zeitraum von etwa 5–14 Tagen auf. Die Gruppenleitungen sprachen sich dafür aus, ca. 1–3 Wochen vor der Informationsveranstaltung mit Werbung im Haus auf das Programm aufmerksam zu machen.

### Bewertung Projektleitung

Die Bewertung der Projektleitung (Autor dieser Arbeit) erfolgte zu beiden Messzeitpunkten. Dabei wurde die Erreichbarkeit/Kommunikation, die Zuverlässigkeit, die Fachlichkeit, die Freundlichkeit, die motivierende Wirkung und das authentische Auftreten der Projektleitung bewertet. Für beide Messzeitpunkte zeigten sich ausschließlich die Angaben *sehr zufrieden* und *zufrieden*, wobei die Werte für *sehr zufrieden* mit 84,6–100 % deutlich überwogen bzw. zum Teil ausschließlich zu verzeichnen waren. Der Projektstil wurde zu beiden Befragungszeitpunkten von fast drei Viertel der Gruppenleitungen (71,4 %, n=10) als (*sehr*) *partizipativ* eingeschätzt. Keine Gruppenleitung konstatierte einen ausschließlich direktiven Stil.

### Bewertung konzeptioneller Rahmen

Die Bewertung des konzeptionellen Rahmens erfolgte ebenfalls sowohl bei der Vor- als auch bei der Nachbefragung. Hierbei wurden die wissenschaftliche Fundierung, die Praxisnähe und die Niedrigschwelligkeit des Programms bewertet. Für beide Messzeitpunkte zeigten sich zu diesen Bewertungen nahezu ausschließlich die Angaben *trifft voll zu* und *trifft zu*, die als kumulierte Werte 86,6–100 % ergaben. Ähnliche Werte zeigten sich auch für die zielgruppenorientierte Ausgestaltung des Programms (prä: 93,3 %, n=14/post: 100 %, n=15 *trifft voll zu* bzw. *trifft zu*). Alle Gruppenleitungen (100 %, n=15) erkannten den theoretischen Rahmen des Konzepts in der Ausgestaltung der einzelnen Einheiten wieder. Zwei Drittel der Gruppenleitungen (66,6 %, n=10) schätzten vor dem Programmbeginn die Durchführung als erheblichen Mehraufwand ein, nach der Programmdurchführung waren es 73,3 % (n=11).

### Erwartungen bezüglich der Teilnehmer

Sowohl im Rahmen der Vor- als auch der Nachbefragungen schätzten die Gruppenleitungen diverse Erwartungen bezüglich der Teilnehmer ein. Zu beiden Messzeitpunkten wurde die Verbesserung des Klimas unter den Bewohnern durch das Programm von mehr als der Hälfte der Gruppenleitungen als *zutreffend* betrachtet (prä: 53,3 %, n=8/post: 60,0 %, n=9). Zwei Drittel der Gruppenleitungen (66,6 %, n=10) erwarteten sowohl vor als auch nach der Programmdurchführungen eine Verbesserung der Beziehung zu den am Programm teilnehmenden Klienten. Ähnliche Werte zeigten sich auch für die Einschätzung, dass das Gruppenprogramm wesentliche Anknüpfungspunkte für das Einzelsetting liefern kann (prä: 66,6 %, n=10/post: 60,0 %, n=9). Vor dem Programmbeginn war ein Drittel (33,3 %, n=5) der Gruppenleitungen unsicher, ob die Teilnehmer ablehnend auf das Programm reagieren würden. Nach dem Programm waren sich alle Gruppenleitungen (100 %, n=15) einig, dass die Teilnehmer (*überhaupt*) *nicht ablehnend* auf das Programm reagierten. Den Aussagen, dass das Programm zur Verbesserung der Allgemeinsituation der Teilnehmer wie auch zur Sensibilisierung der Teilnehmer bezüglich deren seelischer Gesundheit beitragen kann, stimmten vor und nach dem Programm zwischen 80–100 % (n=12–15) der Gruppenleitungen zu.

### Motivation der Bewohner/Teilnehmer

Vor der Durchführung von *gesund.sein* schätzten die Gruppenleitungen jene Informationsquellen ein, durch die die Teilnehmer auf das Gruppenprogramm vermutlich aufmerksam geworden waren. Die Einschätzungen nahmen 14 Gruppenleitungen vor. Als

wesentliche Informationsquellen wurden die Werbung im Haus (92,9 %, n=13) und die persönliche Ansprache durch die Sozialarbeiter\_innen vor Ort (71,4 %, n=10) erachtet. Auch die Informationsveranstaltung vor dem Gruppenprogramm bewertete mehr als die Hälfte der Gruppenleitungen (57,1 %, n=8) als ausschlaggebend für die Kenntnisnahme über das Gruppenangebot. Neben diesen Hauptquellen informierten laut Aussagen der Gruppenleitungen auch andere Mitarbeiter\_innen des Hauses (35,7 %, n=5) oder Zimmernachbarn bzw. andere Mitbewohner (42,9 %, n=6) über das Programm.

Zusätzlich zu den dargestellten Informationsquellen wurden auch potenzielle Motivationsfaktoren von den Gruppenleitungen bewertet, die die Bewohner zur Teilnahme an *gesund.sein* bewegten. Fast alle Gruppenleitungen (93,3 %, n=14) benannten als Hauptmotivationsfaktoren, das Interesse der Teilnehmer am Thema des Programms sowie die persönliche Ansprache der Sozialarbeiter\_innen vor Ort (80,0 %, n=12). Mehr als die Hälfte (60,0 %, n=9) der Gruppenleitungen beurteilte zudem jeweils eine mögliche Prämie/Gutscheine und einen „sinnvollen Zeitvertreib“ als motivierend. Auch Zimmernachbarn und Mitbewohner (53,3 %, n=8) sowie die Informationsveranstaltung (46,7 %, n=7) wurden für die Programmteilnahme als motivierend betrachtet. Als geringeren Motivationsfaktor benannten die Gruppenleitungen den persönlichen Leidensdruck der Teilnehmer (26,7 %, n=4). Auch die zielgruppenorientierte Ausgestaltung des Programms, die bereits vor dem Programm zum Teil für die Bewohner erkennbar ist, wurde als möglicher Motivationsfaktor angeführt (33,3 %, n=5). Ergänzend wurden als Motivationsfaktoren die spezifischen Personen der Gruppenleitungen genannt, sowie die Möglichkeit, bewusst Zeit mit den Sozialarbeiter\_innen zu verbringen.

In Anlehnung an die Motivationsstufen (*stages of change*) des Transtheoretischen Modells nach Prochaska u. a. (1994) schätzten die Gruppenleitungen sowohl vor als auch nach der Programmdurchführung ein, wie motiviert prinzipiell alle Bewohner ihrer Einrichtung seien, sich mit dem Thema „seelische Gesundheit“ auseinanderzusetzen. Für die einzelnen Motivationsstufen zeichneten sich dabei die Werte (Mittelwerte in Prozent) der nachfolgenden Tabelle 9 ab.

Tabelle 9: *Einschätzung Motivation der Bewohner zur Auseinandersetzung mit seelischer Gesundheit*

Motivationsstufe	Vorbefragung (prä)	Nachbefragung (post)	Veränderung prä-post
1. Stufe (Absichtslosigkeit)	35,4	36,5	+ 1,1
2. Stufe (Absichtsbildung)	24,6	32,8	+ 8,2
3. Stufe (Vorbereitung)	18,9	15,0	- 3,9
3. Stufe (Handlungsstadium)	11,4	8,4	- 3,0
4. Stufe (Aufrechterhaltung)	9,7	7,2	- 2,5

*Anmerkungen:* Alle Angaben sind Mittelwerte (arithmetisches Mittel) in Prozent

Zu beiden Befragungszeitpunkten ließ sich für die Einschätzungen der Gruppenleitungen feststellen: Je höher die Motivationsstufen werden, desto weniger Bewohner wurden diesen zugeordnet. Bei der Vorbefragung wurden 60,0 % der gesamten Bewohner der Einrichtungen den ersten beiden Stufen zugeordnet. Bei der Nachbefragung war hierfür noch ein Anstieg (+9,3 %) zu verzeichnen, sodass insgesamt fast 70 % den Stufen *Absichtslosigkeit* und *Absichtsbildung* zugewiesen wurden.

Vor dem Programm schätzten 40,0 % (n=6) der Gruppenleitungen potenzielle Teilnehmer des Programms als überdurchschnittlich motivierte Bewohner ein, die sich mit Themen zur seelischen Gesundheit auseinandersetzen wollen. 60,0 % (n=9) sind sich bezüglich einer überdurchschnittlichen Motivation unsicher. Im Anschluss an das Programm zeigen sich hierfür differierende Werte. So konstatieren nur noch etwa ein Viertel (26,7 %, n=4) der Gruppenleitungen eine überdurchschnittliche Motivation, ein Drittel (33,3 %, n=5) ist sich diesbezüglich unsicher. 40,0 % (n=6) stimmten der Aussage jedoch nicht zu, dass die Programmteilnehmer im Vergleich zu allen anderen Einrichtungsbewohnern eine überdurchschnittliche Motivation zur Auseinandersetzung mit dem Thema „seelische Gesundheit“ mitbringen würden.

#### Bewertung Inhalte des Programms

Vor und nach der Programmdurchführung wurden von den Gruppenleitungen die Inhalte des Programms bewertet. Die Inhalte wurden dabei von den meisten Gruppenleitungen als *sehr*

*verständlich* eingeschätzt (prä: 93,3 %, n=14; post: 73,3 %, n=11). Als Ergänzungen bzw. Veränderungen wurden von den Gruppenleitungen folgenden Vorschläge eingebracht: das Vulnerabilitäts-Stress-Modell nochmals zu Beginn der Einheit 2 zu wiederholen; eine kurze inhaltliche Anleitung für die Psychiaterin/den Psychiater der Einheit 3 hinzuzufügen; in der Einheit 5 den Zusammenhang zwischen Kommunikation und Gesundheit zu verdeutlichen. Fast alle Gruppenleitungen bewerteten den inhaltlichen Umfang des Programms als *sehr passend* (Werte zwischen 80,0 %/n=12 und 93,3 %/n=14). Als etwas zu umfangreich wurde vereinzelt die Einheit 1 beschrieben. Hierbei könnten Inhalte, wie das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, eventuell in Einheit 2 verschoben werden bzw. in dieser nochmals gezielt wiederholt werden. Als inhaltliche Ergänzungen wurde der Vorschlag gemacht, vereinzelt Entspannungsübungen oder kleine Aufwärmübungen vor den Rollenspielen in Einheit 5 einzubauen. Sowohl bei der Vor- (100 %, n=15) als auch bei der Nachbefragung (93,3 %, n=14) wurde der „rote Faden“ des Programms, also dass Inhalte aufeinander aufbauen, sehr positiv bewertet. Vor der Programmdurchführung schätzten zwei Drittel der Gruppenleitungen (66,6 %, n=10), dass die Teilnehmer die inhaltliche Ausrichtung des Gesundheitskoffers verstehen würden. Nach dem Programm gaben 80,0 % (n=12) an, dass der Gesundheitskoffer von den Teilnehmern verstanden wurde.

### Bewertung Manual

Das Manual von *gesund.sein* wurde sowohl vor als auch nach der Programmdurchführung *sehr gut* bewertet. Hierbei zeigten sich in den Kategorien *Logischer Aufbau*, *Verständlichkeit*, *einfache Handhabung*, *Umfang* und *Fachlichkeit* für beide Messzeitpunkte stets sehr hohe Werte (80,0 %, n=12 bis 100 %, n=15) für *sehr gut* und *gut*, wobei im Rahmen der Nachbefragung die positiven Zustimmungswerte tendenziell weiter zunahmen. Als bevorzugtes Medium befürwortete etwa die Hälfte der Gruppenleitungen (prä und post: 53,3 %, n=8) das Manual auf CD-R. Die andere Hälfte (prä: 46,7 %, n=7; post: 40,0 %, n=6) sprach sich für eine ausgedruckte Form des Manuals als Handbuch aus. Als zusätzliche Vorschläge wurden die Möglichkeiten eines „online-downloads“ bzw. einer „Cloud“, sowie eines USB-Sticks mit dem Manual angebracht.

### Bewertung Struktur/Rahmenbedingungen

Der Programmumfang von *6 Einheiten* wurde vor der Programmdurchführung von allen Gruppenleitungen (100 %, n=15) als *passend* bewertet. Im Rahmen der Nachbefragung sahen dies 80,0 % (n=12) ebenso. Drei Gruppenleitungen (20,0 %) schlugen 7–8 Einheiten für das

gesamte Programm vor. Vor dem Programm bewerteten alle Gruppenleitungen (100 %, n=15) *90 Minuten pro Einheit* als *passend*, nach dem Programm fast alle (92,9 %, n=13). Hier ist neben einem fehlenden Wert (n=1) der Vorschlag zu verzeichnen, dass die Dauer pro Einheit auf eine variierbare Zeitspanne von 90–120 Minuten flexibilisiert werden sollte, da die optimale Dauer sehr stark von den Gruppenzusammensetzungen abhängig sei und entsprechend variieren könne. Das Programm *direkt vor Ort* durchzuführen, bewerteten alle Befragten (100 %, n=15) zu beiden Messzeitpunkten als *sehr passend*.

### Abschließende Einschätzungen vor der Programmdurchführung

Vor Programmbeginn fühlten sich nach eigener Einschätzung alle Gruppenleitungen (100 %, n=15) in der Lage in den kommenden Wochen *gesund.sein* durchzuführen. Ebenso äußerten alle Gruppenleitungen (100 %, n=15) Vorfreude bezüglich der anstehenden Durchführungsphase.

### Allgemeine Bewertung

Im Rahmen der Nachbefragung wurden von den Gruppenleitungen einige allgemeine Aspekte der Programmdurchführung bewertet. So hatte die Durchführung fast allen Gruppenleitungen (93,3 %, n=14) großen Spaß gemacht, obwohl diese auch für fast drei Viertel (73,3 %, n=11) einen erheblichen Mehraufwand darstellte. Von nahezu allen Gruppenleitungen (93,3 %, n=14) wurde die Durchführung von *gesund.sein* als fachliche Bereicherung bewertet. 86,6 % (n=13) fiel die Durchführung *sehr leicht* bzw. *leicht*, lediglich eine Gruppenleitung bezeichnete die Durchführung als *schwierig*. Nur ein Drittel (33,3 %, n=5) der Gruppenleitungen verfügte bereits über Erfahrungen mit manualisierten Programmen, sodass es für einen Großteil (66,6 %, n=10) nicht üblich schien, Programme derart strukturiert durchzuführen. In der Nachbefragung gaben fast alle Gruppenleitungen an (93,3 %, n=14), stets versucht zu haben, sich bewusst an das Manual zu halten (Manualtreue). Keine der Gruppenleitungen gab Unsicherheiten bezüglich einer manualgetreuen Umsetzung des Programms an.

### Gruppensetting

Die Gruppengröße, die mit einer Spanne von 3 bis 9 Teilnehmern sehr unterschiedlich ausfiel, wurde von 80,0 % der Gruppenleitungen als *genau richtig* bezeichnet. Zwei Gruppenleitungen (13,3 %) bewerteten ihre Gruppe als *etwas zu klein* (hier lag die Gruppengröße bei 3 Teilnehmern), eine Gruppenleitung ihre Gruppe als *etwas zu groß* (hier

lag die Gruppengröße bei 9 Teilnehmern). Fast alle Gruppenleitungen bewerteten die Bereitschaft der Teilnehmer zur aktiven Teilnahme (93,3 %, n=14) sowie den Austausch der Teilnehmer untereinander (86,7 %, n=13) als *sehr gut* bzw. *gut*. Etwas mehr als die Hälfte (53,3 %, n=8) konstatierte, dass die Teilnehmer im Laufe des Programms als Gruppe zusammengewachsen seien. Die restlichen Gruppenleitungen (46,7 %, n=7) waren sich diesbezüglich unsicher, verneinten dies aber nicht. Etwa die Hälfte der Gruppenleitungen (46,7 %, n=7) gab an, auch über das Programm hinaus *manchmal* von Teilnehmern auf thematisierte Inhalte des Programms angesprochen worden zu sein, vereinzelt (6,7 %, n=1) sogar *häufig*. Keine Gruppenleitung stimmte der Aussage zu, dass die Themen von *gesund.sein* im Einzelsetting einfacher zu besprechen wären. Demnach wünschte sich auch ein Großteil der Befragten (93,3 %, n=14) Gruppenprogramme als festen Bestandteil in den Einrichtungen. Der eigene Stil als Gruppenleitung – zwischen den beiden Polen *partizipativ* und *direktiv* – wurde von 42,8 % der Befragten (n=6) im Mittelmaß und von 35,6 % (n=5) mit der Tendenz eher *partizipativ* zu agieren, eingestuft.

### Einschätzung der Zielerreichung durch die Teilnehmer

Nach der Programmdurchführung bewerteten die Gruppenleitungen, inwieweit die vier Zieldimensionen des Programms durch die Teilnehmer erreicht werden konnten. Hierbei wurde der Zugewinn an Informationen zum Thema „seelische Gesundheit“ am besten bewertet. So gaben fast drei Viertel (73,3 %, n=11) der Gruppenleitungen an, dass dies auf *alle* bzw. *viele* der Teilnehmer zutreffend sei. Lediglich eine Gruppenleitung (6,7 %) schätzte dies nur für *wenige* Teilnehmer ein. Die Stärkung der Kommunikationsfähigkeiten vermuteten 40,0 % der Gruppenleitungen (n=6) bei *vielen* Teilnehmern, und knapp 50,0 % der Gruppenleitungen (n=8) bei etwa *der Hälfte* der Teilnehmer. 60,0 % der Gruppenleitungen (n=9) sahen die Stärkung der Selbsthilfepotenziale bei mindestens *der Hälfte* der Teilnehmer gegeben. Als vierte Zieldimension war die Sensibilisierung bzw. Motivationssteigerung zur Auseinandersetzung mit dem Thema „seelische Gesundheit“ aufgeführt. Hierbei schätzten etwa drei Viertel der Gruppenleitungen (73,3 %, n=11) die Sensibilisierung bezüglich des Themas „seelische Gesundheit“ für *alle* bzw. *viele* Teilnehmer als gegeben ein. Weitere 20,0 % der Gruppenleitungen (n=3) sahen dies bei *der Hälfte* der Teilnehmer. Eine Motivationssteigerung zur (weiteren) Auseinandersetzung mit dem Thema „seelische Gesundheit“ konstatierte ein Drittel der Gruppenleitungen (33,3 %, n=5) für *alle* bzw. *viele* Teilnehmer, etwa die Hälfte der Gruppenleitungen betrachtete dies für *die Hälfte* der Teilnehmer als zutreffend.

### Beobachtungen während Programms

Fast alle Gruppenleitungen (80,0 %, n=12) erkannten während des Programms großen Bedarf der Teilnehmer über die Inhalte von *gesund.sein* zu sprechen. Dass die Teilnehmer die besprochen Inhalte des Programms verstanden haben, wurde ebenfalls von 80,0 % der Gruppenleitungen (n=12) als *(voll) zutreffend* beschrieben.

### Einheit 3 (Psychiater\_in)

Die Einladung einer Psychiaterin/eines Psychiaters im Rahmen der Einheit 3 des Programms wurde von allen Gruppenleitungen als *sehr gut* oder *gut* bewertet. Eine entsprechende Fachärztin/einen entsprechenden Facharzt für die Einheit zu gewinnen, wurde von zwei Drittel der Gruppenleitungen (66,6 %, n=10) als *sehr leicht* oder *leicht* rückgemeldet. Für etwa ein Viertel der Gruppenleitungen (26,7 %, n=4) gestaltete sich dies jedoch als *schwierig*. In engem Zusammenhang stand hierbei, dass bei etwa der Hälfte der Gruppenleitungen (46,7 %, n=7) bereits eine Zusammenarbeit mit der Psychiaterin/dem Psychiater vor der Programmdurchführung vorlag, bei der anderen Hälfte (53,3 %, n=8) war dies jedoch nicht der Fall. Insgesamt stellten fast alle Gruppenleitungen (93,3 %, n=14) heraus, dass die Psychiaterin/der Psychiater in der Einheit 3 *sehr gut* (73,3 %, n=11) bzw. *gut* (20,0 %, n=3) von den Teilnehmern des Programms aufgenommen wurde.

### Abschlussfragen

Bezüglich der Bewertung der besten bzw. der schwierigsten Einheit konnten sich aufgrund sehr heterogener Einschätzungen der Gruppenleitungen keine wesentlichen Aussagen ableiten lassen: So sahen jeweils vier Gruppenleitungen (26,7 %) die Einheit 1 bzw. 4 als *beste* an, jeweils zwei Gruppenleitungen (13,3 %) die Einheit 2, 3 bzw. 4. Als *schwierigste* Einheit benannten vier Gruppenleitungen (26,7 %) die Einheit 6, drei Gruppenleitungen (20,0 %) die Einheit 2, jeweils zwei Gruppenleitungen (13,3 %) die Einheit 3 bzw. 5, und jeweils eine Gruppenleitung (6,7 %) die Einheit 1 bzw. die Einheit 4.

Alle Gruppenleitungen (100 %, n=15) fühlten sich nach der Durchführung des Programms in der Lage, dieses auch zukünftig wieder durchzuführen. Ebenso freuten sich alle Befragten (100 %, n=15) darüber, bei dem Promotionsprojekt, und somit der Implementierung, Durchführung und Evaluation von *gesund.sein*, als Gruppenleitung teilgenommen zu haben. Über die Hälfte der Gruppenleitungen (53,3 %, n=8) erkannte durch die Projektteilnahme eine vermehrte Notwendigkeit, das Thema „seelische Gesundheit“ mit den Bewohnern regelmäßig zu besprechen. Auch in Zukunft würden alle befragten Personen

(100 %, n=15) das Gruppenprogramm wieder als Gruppenleitungen durchführen. Abschließend äußerten alle Gruppenleitungen (100 %, n=15) den Wunsch, *gesund.sein* als regelmäßiges Gruppenprogramm in den jeweiligen Einrichtungen zu etablieren.

## **8.2 Ergebnisse der qualitativen Untersuchung**

In diesem Kapitel werden die wesentlichen Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews mit den Teilnehmern (Kapitel 8.2.1) und der Fokusgruppen mit den Gruppenleitungen (Kapitel 8.2.2) aufgezeigt.

### *8.2.1 Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews mit den Teilnehmern*

Die folgenden Ausführungen präsentieren die wesentlichen Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews mit acht Teilnehmern des Gruppenprogramms (zwei Teilnehmer pro Standort bzw. Träger). Die Interviews wurden etwa zwei bis vier Wochen nach dem Programmende in den jeweiligen Einrichtungen vor Ort durch den Verfasser geführt. Eine ausführliche Beschreibung der Rahmenbedingungen der Interviewdurchführung ist bereits in Kapitel 7.4.3 erfolgt. Zunächst werden die Ergebnisse der einzelnen Interviews nacheinander vorgestellt (Längsschnitt) und fokussieren all jene Aspekte, die unmittelbar mit den relevanten Forschungsfragen im Zusammenhang stehen. In einem zweiten Schritt werden die Ergebnisse der acht Interviews hinsichtlich der einzelnen Kategorien, die im Rahmen der inhaltsanalytischen Auswertung erarbeitet wurden, miteinander in Beziehung gesetzt und vergleichend ausgewertet (Querschnitt). Somit wird im Sinne eines qualitativen Forschungsverständnisses der Würdigung des Einzelfalls Rechnung getragen, gleichzeitig aber auch ein überindividueller Zusammenhang in Hinblick auf das Forschungsvorhaben hergestellt. Für die weiteren Ausführungen sind folgende Abkürzung zu beachten:

- B1–B8 steht für die einzelnen Personen, die im Rahmen der Interviews befragt wurden (B = Befragter Teilnehmer).
- Die Zahlen nach B1–B8 in Klammern im Anschluss an wörtliche Zitate kennzeichnen die Stelle aus dem jeweiligen Interview gemäß den Transkriptionen (siehe Anhang B3.1).
- Die jeweiligen Einrichtungen, in denen das Programm durchgeführt wurde, werden wie in Kapitel 7.2.1 beschrieben entsprechend anonymisiert abgekürzt (A, B, C, D = Träger bzw. Standort; 1, 2, 3, 4 = Nummer der jeweiligen Einrichtung)

### **Fallspezifische Auswertung der Ergebnisse der Interviews (Längsschnitt)**

Den Darstellungen der Ergebnisse der einzelnen Interviews gehen jeweils einige allgemeine Informationen (Alter der interviewten Person, Aufenthaltsdauer in derzeitiger Einrichtung, mögliche Störungen während des Gesprächsverlaufs, Dauer des Interviews) voraus. Zudem sind alle Ergebnisdarstellungen mit Originalzitaten<sup>16</sup> der interviewten Teilnehmer versehen.

#### **Interview I:**

B1 war zum Zeitpunkt des Interviews 41 Jahre alt und lebte seit ca. einem Jahr in Einrichtung A4. Das Interview (18.12.2014) wurde in ungestörter Atmosphäre in einem geeigneten Raum der Einrichtung geführt und dauerte 21:19 Minuten.

B1 gab an, bereits positive Erfahrungen mit psychoedukativen Gruppenprogrammen außerhalb der Einrichtung gemacht zu haben. Dies habe ihn auch zur Teilnahme an *gesund.sein* motiviert. Er wollte sowohl bereits vorhandenes Wissen auffrischen, wie auch das Gruppenprogramm als Prävention für mögliche Rückfälle bzw. Krisensituationen nutzen.

*B1: Na, schon eigentlich nach der langen Zeit, weil ich gesund gewesen bin und dann schon wieder krank geworden bin, nochmal eine Auffrischung und (...) für die Zukunft dann doch nochmal besser aufzupassen, dann, dass man nicht wieder krank wird, dass man vorher aufpasst und vielleicht noch irgendwas zu finden was ich in der letzten Zeit nicht beachtet hab oder so, oder irgendwie so was. Was wichtig ist, was da so untergegangen ist, genau. (B1, 60–66)*

Zudem sei er durch seine zuständige Sozialarbeiterin auf das Programm aufmerksam gemacht worden.

Er beschrieb seine derzeitige seelische Gesundheit als überwiegend gut. Im Einzelgespräch spreche er ebenfalls regelmäßig über seine seelische Gesundheit. Prinzipiell wäre er für die Auseinandersetzung mit diesem Thema im Einzel- wie auch im Gruppensetting offen, sehe jedoch im Gruppensetting den Vorteil, durch den Austausch mit unterschiedlichen Personen, vielseitigere Einflüsse und Lösungsmöglichkeiten für sich zu bekommen.

B1 empfand den wöchentlichen Rhythmus und das Programm direkt vor Ort durchzuführen sehr gut. Seiner Meinung nach hätte das Programm auch noch 1–2 Einheiten mehr umfassen können. Die Inhalte waren ihm alle sehr verständlich und erschienen ihm durchweg als wichtig. Aufgrund seines hohen Vorwissens wären für ihn Vertiefungen der Themen wünschenswert gewesen. Er fügte aber gleichzeitig hinzu, dass das Programm als guter

---

<sup>16</sup> Die Zitate sind im Original übernommen (vereinzelt wurden bei diesen ausgewählten Zitaten Fehler hinsichtlich Orthografie und Interpunktion ausgebessert, die im Nachhinein der Transkription noch ersichtlich wurden; diese Verbesserungen hatten jedoch in keinem Fall Einfluss auf die Inhalte der Zitate). Ist eine Antwortsequenz nicht vollständig wiedergegeben, ist dies durch [...] an entsprechender Stelle gekennzeichnet. Alle weiteren Zeichen und Vermerke innerhalb der Zitate sind den Transkriptionsregeln zu entnehmen (siehe Kapitel 7.4.4.2).

Einstieg für Personen diene, die sich bislang weniger intensiv mit den Inhalten auseinandergesetzt haben.

*B1: Ja, schon, das war ja einfach aufgebaut, einfach und verständlich eigentlich. Also zumindestens für mich jetzt. Ich kann mich jetzt nicht mit anderen Leuten vergleichen. Ich hab jetzt schon gemerkt bei anderen Leuten, die jetzt haben sich bei Weitem nicht so intensiv wie ich jetzt damit befasst. Für viele, haben davon bloß bisschen was gehört, viele verdrängen ja auch die Erkrankung und wollen damit nichts wissen und denken, sie sind nicht krank oder es ist nicht so schlimm oder sie haben irgendwas anderes Harmloses und, oder haben sich bloß mal ein bisschen was damit befasst. Aber so intensiv oder so zusammenhängend haben sich die meisten schon nicht damit befasst und deswegen kann es schon sein, dass eben genügend Inhalte, für, also gerade mit den Medikamenten, wo schon viele gemeckert haben, dass das alles zu schnell und zu massiv da war ... oder mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell, normalerweise müsste das jeder wissen, der so eine Erkrankung hat. Da kamen ja eh schon viele Fragen auf, da hab ich dann auch schon gedacht, Mensch, für die ist ja der Kurs ganz gut eigentlich, weil es für die ja Neuland mehr oder weniger ist. Die haben damit vielleicht auch schon Probleme, weil die mit den Inhalten Probleme haben und dann, ist das ... Aber für mich war das nicht so schlimm, weil ich kannte das eigentlich das alles schon vom Inhalt her und von der Formulierung her war das ganz einfach, also für mich zumindestens, ja. (B1, 148–168)*

Die didaktische Aufbereitung bewertete B1 sehr gut. Ergänzend hätte er das Programm und die Materialien sehr gerne online bzw. digital zugänglich gehabt.

*B1: Ja, das find ich sehr gut. Ich hätte es gerne als PDF oder sonst wie erhalten. Auf dem PC wäre mir das noch lieber gewesen, aber auf Papier geht das auch. (B1, 231–233)*

*B1: Ja, wie gesagt. Günstig wäre auf jeden Fall, und das würde sich auch besser auswirken in einer Internetseite. Das würde schon was bringen, mit irgendwas, wo Internetseite, wo das alles angeboten wird, irgendwie. Und, wo Informationen gegeben werden und wo, wo Hilfesuchende sich melden könnten, irgendwie, das wäre ganz gut. Na, oder sich melden können oder austauschen könnten oder, das wäre nicht schlecht. (B1, 464–469)*

B1 gab an, sich in der Gruppe wohl gefühlt zu haben und bewertete das Gruppeklima, die Gruppengröße (9 Teilnehmer), sowie die Diskussion und den Austausch unter den Teilnehmern sehr gut. Insgesamt habe ihm das Programm Spaß gemacht und sei demnach sehr zufriedenstellend für ihn gewesen.

Im Interview gab B1 wesentliche Inhalte des Programms sehr gut wieder, zeigte eine hohe Sensibilität auf seine seelische Gesundheit gezielt achten zu wollen und beschrieb aktive Handlungen (z. B. beschaffen von zusätzlichen Informationen) zur Unterstützung seiner seelischen Gesundheit.

*B1: Na ja, die erste (...) von der ersten Einheit, so die allgemeinen Sachen, was gesund und was ist krank und so. Dann die ganzen Frühwarnsymptome kamen als nächstes, das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, und (...) was so Sachen sind, eigene, eigene Vorsorgemaßnahmen, wie man Stress vermeiden kann und wie man Stress erkennen kann und Belastung, vor allen Dingen was für verschiedene Belastungen es gibt. Dann die ganzen Medikamente, was ich schon alles erzählt hatte, Neuroleptika, Psychopharmaka, und Antidepressiva, das ganze Zeugs. Wie die*

## II. Empirischer Teil

*alle wirken, für was die eingesetzt werden, für welche Erkrankungen und (...) und wie ging es denn dann weiter (...) ach, Kommunikation, war ja auch noch mit dabei (lacht) ... ganz abstrakt jetzt reingeworfen (lacht), von der Erkrankung ganz, ja, das man sich mitteilt im Grunde genommen und so soziale Kompetenzen entwickelt, das man sich nicht zurückzieht. Und das bringt ja nichts, man muss ja im Austausch bleiben irgendwie und, oder sich wahrnehmen irgendwie oder mitteilen was nicht hinhaut oder so oder mit Freunden und Bekannten und mit seinem sozialen Umfeld, das hat man ja auch ... Ja, und dann hatten wir ja noch am Ende (...), ja, was für Fachleute einem helfen könnten oder so. Ärzte und Freunde, Bekannte, äh, ja, (...), was war da gleich, Krisendienste, sozialpsychiatrische in der Stadt die Hilfeangebote, von den sozialen Netzen der ganzen Stadt, von den Kliniken, Institutsambulanzen und das ganze Zeug. Ja, ja. (B1, 122–142)*

*B1: [...] Hab mich schon nochmal informiert im Internet und so, und die sagen, auch bei gesunden Leuten ist es eben auch genau dasselbe vom Prinzip her. Man hat eben nur einen gewissen Spielraum und wenn man immer an die Grenze geht, ist das immer bisschen kritisch, auch bei gesunden Leuten. [...] (B1, 443–447)*

### **Interview II:**

B2 war zum Zeitpunkt des Interviews 61 Jahre alt und lebte seit über zwei Jahren in Einrichtung A4. Das Interview (18.12.2014) wurde in ungestörter Atmosphäre in einem geeigneten Raum der Einrichtung geführt und dauerte 42:50 Minuten.

B2 gab an, bislang noch keine Erfahrung mit themenzentrierten Gruppenangeboten gemacht zu haben. Er beschrieb seine derzeitige seelische Gesundheit als sehr schlecht und machte dies anhand von konkreten Symptomen, die er bei sich wahrnehme, deutlich (z. B. Zukunftsängste, Schuldgefühle, Selbstmitleid). Diese Veränderung seines Zustandes habe ihn zur Teilnahme an dem Programm motiviert. Ebenso motivierend sei sein Interesse am Thema gewesen, wie auch eine sinnvolle Beschäftigung in dieser Zeit zu haben, um somit der sozialen Isolation im Wohnheim entgegenzuwirken.

*B2: [...] Das war hauptsächlich eigentlich, weil es mir auch nicht sehr gut geht. [...] (B2, 17–18)*

*B2: [...] ich (...) also im Moment manchmal wirklich sehr in den Seilen hänge. [...] (B2, 39–40)*

*B2: [...] weil bei mir ist es hauptsächlich, das sieht man mir auch an, dass ich stark Untergewicht habe und bei mir schlägt sich alles auf den Magen. Also, Appetitlosigkeit. Und manchmal lieg ich bloß tagelang oder so in meinem Bett und starr die Decke an. Aber das kann doch mein restliches Leben nicht sein. Und da hab ich mich eben, wenn man da so bisschen zusammensitzt ... erstens schon Mal, dass man zwei Stunden ein bisschen abgelenkt in einer Gruppe zusammen ist [...] (B2, 42–48)*

*B2: [...] Und, dass ich überhaupt gekommen bin, das war Interesse, interessenshalber. [...] (B2, 92–93)*

Zudem sei B2 von seiner Sozialarbeiterin auf das Programm aufmerksam gemacht worden. Die erste Einheit des Programms habe ihn bereits überzeugt, sodass er zur Fortsetzung der Teilnahme motiviert gewesen sei. Allgemein beschrieb er bei sich Motivationsprobleme zur Teilnahme an vergleichbaren Veranstaltungen bzw. Gruppenangeboten, die er jedoch im Verlauf dieses Programms nicht habe feststellen können.

## II. Empirischer Teil

*B2: [...] und kurz davor, ach eigentlich bin ich jetzt gar nicht so in Stimmung oder so, das ist da nicht vorgekommen dabei [...] (B2, 80–82)*

B2 äußerte im Einzelsetting nicht über seelische Gesundheit zu sprechen. Das Gruppensetting erschien ihm, aufgrund des gegenseitigen Austausches, hingegen sehr geeignet.

*B2: In der Gruppe tue ich mir deshalb leichter im Grundprinzip [...]. In der Gruppe ist es eher so, dass mir, wenn man jetzt so Dings ist, allein so redet, mir gewisse Sachen, die wo ich auch erst wenn ich dann weggegangen bin, Mensch das hätte ich ja auch noch. Aber dadurch, dass ich anderen mit dabei zuhöre und bei dem was der andere sagt, gibt er mir ein Stichwort, was mir gerade jetzt wieder einfällt, was ich auch gerade zu Worte bringen möchte. So gesehen finde ich Gruppengespräche, sinn, nicht sinnvoller, besser, weil die mich eher motivie, nein, nicht motivieren, Motivation brauch ich keine, aber, dass ich selber wieder, dass mir wieder was einfällt ... aha, jetzt. [...] (B2, 204–214)*

B2 berichtete im Interview über bedeutende Ereignisse seiner Biografie, wie etwa einen länger zurückliegenden Psychiatrieaufenthalt. Ebenso beschrieb er die fehlende Tagesstruktur, Einsamkeit und soziale Isolation als schwere Belastungen. Nach seiner Selbsteinschätzung stelle Alkohol derzeit kein Problem dar.

Die Durchführung des Programms direkt vor Ort in der Einrichtung bewertete B2 als entscheidende Voraussetzung für seine Teilnahme.

*B2: Im Haus finde ich ... äh, im Haus ist einfach bequemer, als wenn ich noch in den Bus einsteigen müsste, irgendwo hinfahren müsste dafür, dann wüsste ich nicht mal, ob ich mich so aufraffen könnte dafür, als wenn ich bloß die Treppe runtergehen muss. [...] Weil, wenn im Haus dann zu viele mitbekommen, aha, der ist in der Psychogruppe oder so was, da hätte ich überhaupt kein Dings, nein. Also, nein, nein, das war einfacher. (B2, 329–335)*

Zudem sei B2 Verschwiegenheit in der Gruppe sehr wichtig gewesen. Für sein Empfinden hätte das Programm sehr gerne noch länger dauern können.

Er beschrieb die Inhalte des Programms als verständlich und bewertete die didaktische Ausführung (z. B. die Arbeitsmappe), die Vorträge der Gruppenleitungen sowie den Austausch unter den Teilnehmern als sehr positiv. Die Gruppengröße von neun Teilnehmern erachtete er als ausreichend und gut.

Wiederholt äußerte sich B2 sehr positiv über die Gruppe. Er charakterisierte diese anhand eines offenen, ehrlichen und respektvollen Umgangs aller Beteiligten, der zu einem sehr guten Gruppenklima beigetragen habe. Auch wenn ihm die meisten Teilnehmer zuvor unbekannt gewesen seien, habe er sich sehr wohlgefühlt und durch den gegenseitigen Austausch, den er sehr positiv wahrgenommen habe, viele Gemeinsamkeiten feststellen können.

*B2: [...] dass man das alles weiß, man wird so was nirgendwo rumerzählen, interessiert auch keinen, geht auch keinen was an, wer oder was hat ... aber man denkt sich, hätte sich vorher gar nicht gedacht, welche Prob... mit was Menschen so konfrontiert oder belastet sind. Also, wie gesagt, nicht, dass es mir deswegen besser geht, weil*

## II. Empirischer Teil

*ich mitbekomme, dass es einem anderen ... man kann, glaub ich, nicht von besser oder schlechter ausgehen ... aber dass andere genauso in einem Loch mal drinsitzen [...] (B2, 114–120)*

Insgesamt bewertete B2 das Programm als sehr positiv, nützlich und empfehlenswert. Er betonte, dass er seit dem Programmabschluss die regelmäßigen Gruppentreffen vermisse und sich regelmäßig Gruppenangebote wünschen würde.

Im Interviewverlauf gab B2 nur vereinzelt konkrete Inhalte des Programms wieder, jedoch konnte er eigene Schutzfaktoren deutlich benennen und schätzte seine seelische Gesundheit differenziert ein.

*B2: [...] weil ich habe ja irgendwo glaube ich mal aufgeschrieben, mit was ich mir selber am Besten helfen kann. Das ist mit positiven Gedanken. Die manchmal, sind die überhaupt, das können manchmal so Kleinigkeiten sein, wo ich mir zurückrufe, dass ich mich selber eigentlich aus manchen Sachen oder Dings, selber am besten noch raus helfen kann. [...] (B2, 447–452)*

B2 beschrieb den vermehrten Kontakt zu den anderen Teilnehmern als sehr positiv, da dieser auch über die Programmtreffen hinaus anhalten würde und seiner sozialen Isolation entgegenwirke.

*B2: [...] dass man sich jetzt plötzlich im Treppenaus oder Dings sieht. Sich auch mal, dass der eine oder andere, also gerade der Herr S. (Anmerkung von I: anderer Teilnehmer des Programms), dass wir schon inzwischen schon paarmal, weil das auch ein ganz angenehmer Mensch ist, der Herr S., der wo dort gegessen ist, mal bei mir im Zimmer sitzen auf eine Kaffee oder so, ratschen miteinander, wir waren auch schon mal da, wo wir durch die Fußgängerzone gebummelt sind. Und das hat sich alles so durch das Dings hier erst entwickelt. Weil vorher ist man wirklich nur so grußlos aneinander vorbeigegangen und ... nicht grußlos, man hat sich begrüßt, aber keiner hat ... also insofern hat das Programm, das auf jeden Fall, was gebracht. (B2, 140–150)*

*B2: [...] gebracht hat das Ganze, dass man die Leute, mit denen wir zusammengesessen sind ... wir begegnen uns ganz anders im Haus. Also, man lebt, ich lebe jetzt seitdem nicht mehr ganz so isoliert wie vorher ... weil, da ist jetzt nicht jeder auf der gleichen Etage, aber man trifft sich im Treppenhaus, man bleibt bei einem Gespräch stehen, man geht nicht mehr so grußlos oder nur mit einem kurzen Hallo aneinander vorbei [...] (B2, 96–101)*

Diese soziale Integration führe unter anderem auch zu einem allgemeinen Anstieg seines Selbstwertgefühls und seines seelischen Wohlbefindens. Er betonte wiederholt, dass ihm die positive Wertschätzung in der Gruppe sehr wichtig gewesen sei und ihm besonders gut getan habe.

*B2: [...] Ich weiß nur, dass wenn ich die Gruppe verlassen habe, dass es mir anschließend besser gegangen ist. [...] (B2, 444–445)*

*B2: [...] dermaßen respektvoll und alles miteinander umgegangen sind und man sich sagt, seh her, das ist ein netter Haufen und ich habe mich auch immer wieder gefreut herzukommen. Also, ich bin auf jeden Fall, insofern hat mir das Ganze schon was gebracht, weil (...) mir ist einfach, jemand hat mir zugehört, es ist wahrscheinlich auch hauptsächlich um das gegangen. Ich hab meine Meinung sagen können, mir ist zugehört worden, und ich habe auch nicht das Gefühl, also ich bin auch Dings ... also, bei dem was ich gesagt habe auch ernst genommen wurde, also, dass nicht irgendeiner „pff“, des oder sonst irgend so was. [...] dass, wenn man sich selber nutzlos*

## II. Empirischer Teil

*vorkommt, also praktisch, keine Beachtung mehr hat oder das man praktisch, wenn der Gedanke kommt, für was ist man eigentlich noch gut auf dieser Welt. Und das ist mir in dieser Gruppe genommen worden, dieses Gefühl. (B2, 468–486)*

*B2: [...] aber das nutzlose Vorkommen, ob das jetzt Selbstmitleid ist oder, aber das ist, das nutzlos sein, das führt, das kann bei mir zu einer Krise oder irgendwie. Und insofern hat mir die Gruppe das gebracht, ich bin angehört worden, ich bin ernst genommen worden, äh, und schon wenn man reingekommen ist, hab ich von einem oder anderen, dass man sich die Hand gibt. Man hat sich begrüßt, man ist höflich umgegangen miteinander, also, ich hab insofern eigentlich nur Positives gesehen, von der Gruppe so. [...] (B2, 654–661)*

Abschließend betonte B2 den Wunsch nach regelmäßigen Gruppenangeboten in der Einrichtung.

*B2: [...] dass so was regelmäßiger, eine Zeit lang, oder egal wie lang, beibehalten werden könnte. [...] (B2, 556–557)*

Er wünsche sich zudem einen Anschlusskurs an *gesund.sein*. Ebenso äußerte er, dass er sich gut vorstellen könne, die Gruppe nach Programmende in eine Art Selbsthilfegruppe, unter eigenständiger Organisation der Teilnehmer, überzuführen.

*B2: [...] wir können ja unter uns Selbsthilfegruppen bilden oder so irgendwie. So was gibt es ja im privaten Bereich auch oder wo Männer zusammenkommen. Heute ist Herrenabend, dass man sich zum Kartenspielen oder Dings irgendwas treffen. Das sind vielleicht auch indirekte Selbsthilfegruppen dann, weil da Gesprächsthemen oder irgendwas dazukommen. [...] (B2, 307–312)*

### **Interview III:**

B3 war zum Zeitpunkt des Interviews 54 Jahre alt und lebte seit ca. 2 Jahren in Einrichtung B1. Das Interview (19.12.2014) wurde in ungestörter Atmosphäre in einem geeigneten Raum der Einrichtung geführt und dauerte 17:52 Minuten.

B3 gab an, bislang noch nicht an vergleichbaren Gruppenprogrammen teilgenommen zu haben. Er beschrieb seine seelische Gesundheit derzeit als sehr gut, Alkohol stelle für ihn kein Problem dar. Zur Teilnahme an dem Programm hätten ihn sein Interesse an dem Thema und der gegenseitige Austausch mit den anderen Teilnehmern motiviert. Zudem habe er sich einen potenziellen Nutzen durch das Programm erhofft. Daneben sei seine Motivation gestärkt worden, da er das Programm anstatt der gleichzeitig stattfindenden Arbeitstherapie habe besuchen können. Die Prämie habe seiner Meinung nach für die Programmteilnahme bzw. das Mitwirken an der Evaluationsstudie zwar einen Anreiz dargestellt, sei jedoch nicht der entscheidende Faktor gewesen.

*B3: [...] Ja, ist natürlich auch ein kleiner Anreiz, aber, ich hätte es auch gemacht, wenn es das nicht gegeben hätte. (B3, 318–319)*

Den wöchentlichen Rhythmus und 6 Einheiten zu jeweils 90 Minuten bewertete B3 als sehr gut. Das Programm direkt vor Ort anzubieten, sei für ihn ausschlaggebend gewesen.

*B3: [...] das war wahrscheinlich eher sogar entscheidend, dass es vor Ort ist, dass man nicht lange für diese eineinhalb Stunden noch so einen langen Weg in Kauf nehmen muss bei Wind und Wetter sozusagen. Das war schon ganz, eigentlich auch ausschlaggebend. Wäre es zum Beispiel in der XY-Straße gewesen, also hier gleich nebenan quasi, ich weiß gar nicht, ob ich es dann gemacht hätte, wenn ich ehrlich bin. (B3, 230–235)*

B3 äußerte, sich vorstellen zu können, dass Einheit 5 (Kommunikationstraining) zu Beginn des Programms besser platziert sei. Die Inhalte seien ihm alle verständlich gewesen und es sei ihm gut möglich gewesen, diese in Bezug zu seiner eigenen Situation zu setzen. Insgesamt bewertete B3 das Programm als sehr guten Einstieg, um sich mit der Thematik (erstmal) auseinanderzusetzen. Er hätte sich jedoch eine weitere Vertiefung einiger Themengebiete gewünscht, gerade für Personen, die bereits auf mehr Vorwissen zurückgreifen könnten.

*B3: [...] ja gut, ich sag mal, sollte wahrscheinlich auch leicht verständlich sein und, ja, für Einsteiger oder wie auch immer. Überhaupt mal das Interesse wecken oder das Nachdenken, zum Nachdenken anregen, halt stopp, da ist ja was, das hab ich noch gar nicht bedacht. Unter dem Gesichtspunkt ist das dann wieder ok. War halt meine Erwartung auch bisschen zu hoch zu Anfang. (B3, 55–60)*

Die Kombination aus Informationen und gemeinsamem Austausch bewertete B3 sehr gut. Ebenso hätten die ausgehändigten Materialien einen guten Überblick dargestellt. Diese hätten aber seiner Meinung nach auch noch ausführlicher und umfangreicher sein können.

Auch wenn die anderen Teilnehmer B3 zuvor überwiegend unbekannt gewesen seien, habe er sich in der Gruppe sehr wohl gefühlt und das Gruppenklima als äußerst positiv empfunden. Dieses sei von einem offenen und respektvollen Umgang untereinander geprägt gewesen, sodass der gemeinsame Austausch und die Diskussionen sehr positiv verlaufen seien.

*B3: [...] weil ich fand das am Interessantesten von allem war, wie hier die Kollegen, wie wir untereinander so eigene Erfahrungen ausgetauscht haben. Wie jeder von sich selber aus sich rausgekommen ist und hat im Grunde ein bisschen von seinem Inneren gezeigt. Das war für mich das Interessanteste, das Menschliche. (B3, 98–103)*

*B3: Das war klasse. Wie gesagt, jeder hat so mit einem anfänglichen Zögern, dann doch ist aus sich rausgekommen, hat was erzählt, wie es bei ihm gewesen ist. Der eine mehr der andere weniger, aber wir sind freundlich miteinander umgegangen, wir hatten Spaß gehabt, wir haben gelacht und haben uns ernst genommen [...]. (B3, 109–113)*

*B3: [...] Also, ich fühlte mich richtig saugut. Also, ich hab mich jedes Mal auch schon immer gefreut hier wieder runter zukommen, weil ich wusste, ah, da triffst du die Leute wieder. Mit denen hab ich ja sonst echt kaum was am Hut, aber so hier untereinander, so hier in dieser Gemeinschaft. Hat Spaß gemacht. (B3, 118–122)*

Die Gruppengröße mit sieben Teilnehmern sei seiner Meinung nach genau richtig gewesen.

Die Gruppenleitungen seien sehr gut gewesen, da sie den Teilnehmern auf Augenhöhe begegnet seien. Zudem sei es wichtig, dass die Gruppe stets von zwei Personen geleitet werde. Einheit 3 mit dem Psychiater bewertete B3 ebenfalls sehr gut.

*B3: [...] ich fand es zum Beispiel sehr interessant wie der Psychiater hier war. Oder, Psych, ja Psychiater ist er glaub ich gewesen, der Doktor ... wie auch immer (grinst), ich kann mir Namen schlecht merken. Das war interessant, da konnte man Fragen stellen und der ist auch, ja, ein bisschen in die Tiefe gegangen, ohne jetzt vom Hundertsten ins Tausendste zu gehen. Aber er hat das plastisch geschildert warum, weshalb, wieso und was passiert danach. Also, Ursachen, Wirkung, Lösungsmöglichkeiten [...]. (B3, 78–84)*

Insgesamt habe das Programm B3 Spaß gemacht und sei für ihn von einer stetigen Vorfreude auf die kommende Sitzung geprägt gewesen. Das Programm sei seiner Ansicht nach interessant gestaltet gewesen und habe eine gute Abwechslung zum Alltag in der Einrichtung geboten.

B3 gab im Verlauf des Interviews wesentliche Inhalte des Programms sehr gut wieder. Zudem betonte er, dass das Programm bei ihm zu vermehrter Solidarität, Empathie und Wertschätzung gegenüber den anderen Teilnehmern bzw. Mitbewohnern geführt habe.

*B3: [...] ich nehme mit raus, dass völlig unterschiedliche Menschen setzen sich zusammen, jeder hat eine andere Leidensgeschichte. Aber alle fühlen sich doch irgendwie gleich. Keiner sagt, ah ja, meine Leidensgeschichte ist schlechter, deine ist besser. Oder haha, meine ist mal viel schlimmer, ich bin kranker als du. Oder, ach, du bist ja ein Chaot, du bist doch psychisch kaputt. Gar nichts, sondern alle, wir waren gleich, [...] Und, dass ich eben halt auch so mitbekommen habe, wie ticken die anderen um mich herum zu diesen und jenen Gesichtspunkten. Das war für mich eigentlich persönlich, was ich hier mit rausgenommen habe. [...]. (B3, 263–275)*

*B3: [...] wir werden in Zukunft ja immer ein bisschen anders miteinander umgehen als vorher. Das ist ja natürlich auch schon wieder was Positives. [...] (B3, 138–140)*

B3 benannte außerdem eigene Schutzfaktoren, die es ihm ermöglichen würden, sein Stressniveau zu regulieren. Bei einem anderen Teilnehmer habe er zudem feststellen können, wie dieser im Verlauf des Programms seinen Alkoholkonsum gezielt reflektiert habe und versuche diesen nun kontrolliert zu reduzieren.

*B3: [...] Und ich habe erfahren hier, dass einige, von einem weiß ich, [...] der hat wirklich hier was rausgezogen. Seitdem trinkt er weniger und so weiter. Und das finde ich allerdings schon mal klasse. (B3, 275–278)*

B3 äußerte abschließend den Wunsch nach regelmäßigen Gruppenangeboten in der Einrichtung.

#### **Interview IV:**

B4 war zum Zeitpunkt des Interviews 54 Jahre alt und lebte seit über zwei Jahren in Einrichtung B1. Das Interview (19.12.2014) wurde in ungestörter Atmosphäre in einem geeigneten Raum der Einrichtung geführt und dauerte 34:31 Minuten.

B4 gab an, bereits an Gruppenprogrammen zum Thema „Alkohol“ außerhalb der derzeitigen Einrichtung teilgenommen zu haben. Zudem besuche er aktuell regelmäßig eine Selbsthilfegruppe, ebenfalls zum Thema Alkohol.

Neugierde und Interesse am Thema hätten B4 zur Teilnahme an *gesund.sein* motiviert.

*B4: [...] Neugierde. Also, ich war neugierig darauf, ich habe nämlich auf dem Gebiet keinerlei Erfahrung. Ich hatte ja auch mit (lacht) Psychiatern und so weiter noch nie was zu tun [...]. (B4, 16–18)*

Die Prämie für die Programmteilnahme bzw. für das Mitwirken an der Evaluationsstudie sowie das Programm anstelle der gleichzeitig stattfindenden Arbeitstherapie besuchen zu können, benannte er als angenehme Anreize, jedoch nicht als ausschlaggebend. Die erste Einheit habe ihn zudem überzeugt und zu einer weiteren Teilnahme motiviert.

*B4: [...] Weil, es war jeder interessiert daran, dass hat man sofort gemerkt schon beim ersten, bei der ersten Einheit, hat man schon gemerkt, es hat jeder Interesse daran. Weil jeder hat sich beteiligt daran. Es hat ein jeder geredet [...] (B4, 57–60)*

*B4: [...] Ich habe nach der ersten Einheit schon, bin ich da schon ins Grübeln gekommen, hab schon darüber nachgedacht. Und das hat mich auch neugierig auf die nächsten Einheiten gemacht [...]. (B4, 364–366)*

B4 habe seine seelische Gesundheit bislang als gut eingeschätzt, würde dies jedoch nach dem Programmende relativieren. Ihm sei deutlich geworden, dass Alkohol eine zentrale Rolle für ihn spiele und als Selbstmedikation diene. Er wünsche sich zukünftig vermehrt seelisches Gleichgewicht.

*B4: [...] Dass ich ein besseres seelisches Gleichgewicht bekomme. Dass ich besser im Lot bin. Weil, es braucht manchmal nur einen kleinen Stupser und ich bin sofort auf hundert, also. Und das möchte ich halt schauen, dass ich das besser in Griff bekomme. Und ich denke, ich schaffe das. (B4, 402–406)*

Seinen körperlichen Zustand beschrieb B4 als sehr schlecht. Im Verlauf des Interviews berichtete er sehr ehrlich über wichtige Ereignisse aus seiner Biografie, wie etwa einen einmaligen Aufenthalt in der Psychiatrie durch eine Zwangseinweisung.

Die Rahmenbedingungen des Programms (6 Einheiten, je 90 Minuten, wöchentlicher Rhythmus) bewertete B4 als genau passend.

*B4: Nein, das war, das war genau richtig, wie also, empfinde ich so. Es war genau richtig. Mehr wäre zu viel gewesen (I: Mhm.) und weniger (...) da brauch ich gar nicht herkommen [...]. (B4, 46–48)*

Das Programm vor Ort durchzuführen, bezeichnete B4 als ideal. Die optimale Gruppengröße für das Programm benannte er mit fünf bis zehn Teilnehmern.

B4 gab an, dass die Inhalte für ihn alle verständlich und zusammenhängend gewesen seien. Einheit 3 mit dem Psychiater sei ebenfalls interessant gestaltet gewesen. Hierbei sei es besonders wichtig auf einen „roten Faden“ zu achten, um nicht zu viele unterschiedliche Themengebiete anzureißen.

Die Idee des Gesundheitskoffers konnte von B4 gut wiedergegeben werden. Er empfand diesen als sehr wichtig, ebenso die allgemeine Arbeitsmappe. Insgesamt hätten ihm die Materialien des Programms gut gefallen und schienen auch weiterhin hilfreich für ihn zu sein.

*B4: [...] es war insofern hilfreich, weil ich, weil man auf die Blätter auch Notizen machen konnte und da kann man jederzeit dann nachsehen, wie war jetzt das und, äh (...). Meine Anzeichen, dass irgendwas nicht stimmt, das ist halt, dass ich vermehrt trink. (I: Mhm.) Und, dann kann ich nachlesen was waren jetzt meine Anlaufstationen und was war jetzt meine erste Hilfe, also mein Erste-Hilfe-Koffer, und an wen kann ich mich wenden und also, das mit der Mappe, das fand ich schon gut [...]. (B4, 92–98)*

*B4: [...] dass es mir wichtig ist, weil ich kann darauf zugreifen und kann mir in Erinnerung bringen: An wen kann ich mich jetzt wenden, was sind für Anlaufstationen da, was für Hilfe kann ich erwarten und wo vor allen Dingen, von wem? Und das war mir schon wichtig, ja, also. Vor allen Dingen habe ich jetzt was und ich kann auch nachschauen, was habe ich jetzt damals aufgeschrieben gehabt. Wenn ich jetzt das, so ein Vorzeichen hab, dass ich lustlos bin, dass ich mich zu nichts mehr aufrufen kann, dass ich vermehrt trink, dass ich (...) dann weiß ich, es stimmt irgendwas nicht und wo kann ich mich dann hinwenden, um Hilfe zu bekommen. [...] (B4, 111–120)*

Die anderen Teilnehmer seien B4 zuvor überwiegend unbekannt gewesen. Er schilderte das Gruppenklima als „hervorragend“, sodass er sich in der Gruppe sehr wohlfühlt habe. Insgesamt sei der Umgang untereinander deutlich besser gewesen, als dieser gewöhnlich in der Einrichtung zu verzeichnen sei.

*B4: Also, die war hervorragend. Muss ich ehrlich sagen. Äh, hier drinnen geht es zu wie, äh, zwischen Hund und Katze, also, es gibt selten einen Tag, wo nicht irgendwelche Streitereien da sind und so, und. Aber es hat jeder in die Gruppe gepasst. Es wurde höflich miteinander geredet. Und miteinander umgegangen, möchtest du einen Kaffee oder ... ja, das bin ich hier drinnen normalerweise nicht gewöhnt. Aber, da, also die Gruppe war wirklich klasse. Ich habe mich wohlgeföhlt in der Gruppe. [...] (B4, 239–245)*

Auch den Austausch untereinander bewertete er sehr gut. Mit den Gruppenleitungen des Programms sei B4 sehr zufrieden gewesen und empfinde es als sehr wichtig, dass diese für den Rahmen des Programms Sorge getragen haben.

Insgesamt habe ihm das Programm viel Spaß gemacht und er bewertete es als äußerst informativ. Das Programm habe ihm zudem sehr gut getan und wertvolle Erkenntnisse eröffnet. Daher wünsche er sich auch noch eine zusätzliche Vertiefung dieser Themen.

Im Interviewverlauf gab B4 wesentliche Inhalte des Programms wieder. Er benannte persönliche Schutzfaktoren und Selbsthilfepotenziale für seine seelische Gesundheit. Zudem

beschäftige er sich mit den Inhalten auch über das Programm hinaus und betonte, auf seine eigene Gesundheit zukünftig besser achten zu wollen.

*B4: [...] Ich wollt das googeln, ich wollt das, also über Wikipedia mal nachschauen [...] ich hab es schon nachgeschaut [...]. (B4, 160–163)*

*B4: [...] Dem einen macht das gar nichts aus und der andere ist halt sehr empfänglich dafür [...] und sehen Sie, über so etwas hab ich mir noch nie Gedanken gemacht. Aber das war jetzt ein Anstoß und ich werde da auch weiter darüber nachdenken. (B4, 168–172)*

B4 berichtete, dass er sich während der Programmphase so ehrlich und intensiv mit seinem Alkoholkonsum wie noch nie zuvor auseinandergesetzt habe, und diesen in den letzten Wochen eigenständig auf ein selbstkontrolliertes Niveau reduziert habe.

*B4: [...] Hat mir sehr geholfen, zurzeit auch zum Thema Alkohol. Ich trinke jetzt ein Bier zum Mittag, eins zum Abendessen. Und ich weiß, wenn es jetzt wieder mehr wird, dann stimmt irgendwas nicht. Dann stimmt irgendwas nicht und, dann muss ich halt nachforschen was es sein könnte. Und da hilft mir auch die Mappe dazu [...]. (B4, 120–124)*

*B4: [...] Und ich muss auch ehrlich sagen, ich habe mir da nie Gedanken darüber gemacht. Ich habe mir da keinerlei Gedanken darüber gemacht, warum trinke ich jetzt wieder mehr. Aber ich weiß es jetzt anhand von dem Kurs da, von dem, dass, wenn ich mehr trinke, dann stimmt irgendwas nicht. Und das muss seelisch sein, weil körperlich geht es mir sowieso schlecht. [...] Das ist nicht der Grund, dass ich trink. Das muss dann schon seelisch sein, und das hab ich da erst mitbekommen, dass das so ist. Anhand von diesem Kurs. (B4, 137–142; 144–146)*

*B4: (...) Mit, meine seelischen Probleme hab ich bis jetzt immer selber bewältigt, und falls das nicht funktioniert hat, dann hab ich halt zur Flasche gegriffen. Dann hab ich es mir gegeben. Das geht dann ein paar Wochen und dann (...) bin ich auch darüber weg, also dann. (B4, 273–276)*

*B4: Dass ich meine, dass ich meine seelischen Probleme nicht einfach im Alkohol ertrinke, sondern jetzt Obacht gebe, wenn Vorzeichen, also Warnzeichen da sind. Dass ich Obacht gebe und dann auch frühzeitig, bevor ich zum Saufen anfang, was unternimm dagegen. Das hat mir die Gruppe gebracht. [...] (B4, 360–363)*

B4 gab an, in Zukunft auf seine durch das Programm identifizierten Frühwarnzeichen bewusster achten zu wollen.

*B4: [...] Und das sind auch Vorzeichen, es passt irgendwas nicht, das sind auch Vorzeichen. Und für mich ist jetzt wichtig, dass ich das erkenn und dann kann ich auch was machen dagegen. [...] und wie gesagt, aber ich muss ja das erst Mal selber erkennen, dass irgendwas aus dem Ruder läuft, und da hab ich jetzt einen guten Anfang mit der Gruppe gemacht, muss ich sagen. (B4, 378–380; 387–389)*

Des Weiteren habe ihm das Programm zu mehr seelischer Ausgeglichenheit verholfen, die er bereits während der Programmphase bei sich habe feststellen können.

*B4: [...] Das kann ich schon behaupten. Ich bin etwas ausgeglichener geworden, ich bin ruhiger. [...] Also nicht mehr so verletzend, beleidigend. [...] (B4, 414–418)*

Der positive Umgang der Gruppenteilnehmer untereinander habe auch zur Aufnahme neuer Kontakte geführt.

## II. Empirischer Teil

*B4: [...] mit dem Kollegen [...] wir tauschen Computerprogramme aus und unterhalten uns auch beim Abendessen. Das was vorher nicht der Fall, war. Ja, also, wir sind uns in der Gruppe schon näher gekommen. Muss ich ehrlich sagen. (B4, 325–331)*

Ganz wesentlich für den Erfolg und die positive Bewertung des Programms bezeichnete B4 die Relevanz des Themas und das erfahrbare Wissen.

*B4: [...] Das, das Wissen, dass ich jederzeit Hilfe beanspruchen kann und die auch bekomme. Das Wissen, dass ich meine Probleme selbst erkenne, und dass ich meine Probleme auch zugebe. Weil, ich sag auch, ich hab doch keine seelischen Probleme ... im Gegenteil, ich hab vielleicht mehr als manch anderer hier drinnen. Und, äh, dass jederzeit Hilfe da ist, wenn ich Hilfe brauche. [...] (B4, 436–441)*

*B4: [...] Das ist beruhigend, und das Wissen spielt vielleicht auch eine Rolle, dass ich ausgeglichener bin jetzt. Weil ich weiß, ich bin nicht alleine, ich kann jederzeit mit Menschen darüber reden, die mir am Herzen liegen [...]. (B4, 443–446)*

Ebenso sei ein nicht bestimmender, sondern wertschätzender Stil der Gruppenleitung sehr wichtig, da nur so der Austausch und das Erzählen von Teilnehmern angeregt werden könne.

*B4: [...] Die waren hervorragend, muss ich ehrlich sagen. Die waren nicht bestimmend [...] (B4, 335–336)*

*B4: [...] Weil, ich denke, dass ich einer von denen war, der am meisten mitgeredet haben und, und äh, das äh, kommt nur vor, wenn ich mich auch wohl fühle und wenn alles stimmt, dann. Weil, sonst sitz ich da und sag kein Wort und bummel meine eineinhalb Stunden ab. Aber das, es hat alles, es hat alles gepasst. Es hat wirklich alles gepasst. [...] (B4, 349–353)*

B4 teilte mit, dass er im Einzelsetting nicht über seine seelische Gesundheit spreche, da er seinen Sozialarbeiter für dieses Thema nicht als adäquaten Gesprächspartner wahrnehme. Hier könne er nur über „Alltagsprobleme“ sprechen, wie z. B. Versicherungsfragen.

*B4: [...] Mit dem Sozialarbeiter rede ich nicht über seelische Probleme. Nur über Alltagsprobleme und solche Sachen halt. AOK oder wenn irgendwas mit dem Gerichtsvollzieher, dann rede ich mit dem Sozialarbeiter, aber wenn ich seelische Probleme hab, rede ich da nicht darüber. (B4, 265–269)*

*B4: [...] Und wie gesagt, über seelische Probleme rede ich mit ihm nicht. Ich habe das Gefühl, dass das ihm nichts angeht. Dass das mein Problem ist und das bleibt mein Problem. Entweder ich kann es lösen oder ich kann es nicht lösen. Das ist, dann, äh, äh werde ich das Problem halt verdrängen. Dann werde ich das ... bis es nicht mehr aktuell ist oder. (B4, 285–289)*

In dieser Gruppe und im geschlossenen Rahmen des Programms sei es ihm erstaunlicherweise leichter gefallen, über seine seelische Gesundheit zu sprechen. Er betonte, dass er in diesem Rahmen sogar gewisse Dinge über sich zum allerersten Mal preisgegeben habe.

*B4: [...] Ich hab da auch Sachen von mir preisgegeben, die ich noch nie einem Menschen erzählt hab. Also, und, da hab ich schon gemerkt, dass mir das einfacher fällt, also leichter fällt. (B4, 297–299)*

Aufgrund dieser sehr positiven Erfahrungen wünsche sich B4 ein Anschlussprogramm bzw. regelmäßige Gruppenangebote in der Einrichtung.

*B4: [...] weil es ein interessantes Gebiet ist und ich gerne mehr darüber wissen würde. [...] (B4, 426–427)*

Abschließend betrachtet, würde B4 auch anderen Bewohnern eine Teilnahme an *gesund.sein* sehr empfehlen.

*B4: [...] ich würde [...] sagen, dass es um seelische Gesundheit geht. Es geht, wie du deine Probleme erkennen kannst. Wie, was für Möglichkeiten als, zum, als Ansprechpartner hast. Und es geht darum, äh, alltägliche Situationen zu meistern und im Gleichgewicht zu bleiben. Den Stress nicht über dein seelisches Wohlbefinden zu steigern, also dass der Stress überwiegt. Und, wie gesagt, ich würde es ihm empfehlen. Ich würde es ihm wirklich wärmstens empfehlen. Mir, mir hat der Kurs gut getan [...]. (B4, 473–480)*

### **Interview V**

B5 war zum Zeitpunkt des Interviews 48 Jahre alt und lebte seit ca. zwei Jahren in Einrichtung C1. Das Interview (20.02.2015) wurde in ungestörter Atmosphäre in einem geeigneten Raum der Einrichtung geführt und dauerte 24:04 Minuten. B5 wirkte phasenweise sehr unruhig und agitiert, und hatte Probleme sich auf die Fragen zu fokussieren.

B5 gab an, bereits an einem Gruppenprogramm zum Thema „Alkohol“ außerhalb der derzeitigen Einrichtung teilgenommen zu haben.

Eine sinnvolle Beschäftigung zu haben, sei für ihn der wesentlichen Grund für die Teilnahme an dem Programm gewesen.

*B5: Also, erstens habe ich mir erhofft, also was zu machen. Weil, wenn man nichts macht [...]. Ich mach doch lieber was bevor ich in meinem Zimmer sitze und vor mich oder die Glotze einschalte oder so. [...] (B5, 36–39)*

Den Zustand seiner seelischen Gesundheit beschrieb er aktuell als sehr schlecht.

*B5: Äh, beschissen. Mir geht es gerade, also, ich könnte jetzt, aber das kann man nicht aufnehmen [...] (B5, 347–348)*

*B5: [...] Wenn ich nicht den Finger aus dem Arsch zieh und wieder normal werde, dann, na ja, dann will ich sterben. Ist einfach so. So geht es mir. Ich hatte mal alles, jetzt hab ich nichts mehr. [...] (B5, 354–356)*

*B5: [...] gerade seelisch, geht es mir gerade nicht so gut [...]. (B5, 400)*

B5 berichtete sehr sprunghaft aus verschiedenen Bereichen seines Lebens.

Als potenzielle Risikofaktoren benannte er seinen Alkoholkonsum und beschrieb das Leben in einem Wohnheim als sehr belastende und schwierige Situation.

*B5: Ja, klar. Aber das Problem ist hier, was ich ganz ehrlich sagen muss, ist der Alkohol. Im ganzen Haus. Da kommst du oben in dein Zimmer rein, ja, komm trink doch mal mit und so. Das hab ich früher nicht gemacht. [...] (B5, 370–372)*

Er äußerte, Hoffnung zu haben demnächst eine Arbeit zu finden und zuvor eine Rehabilitationsmaßnahme machen zu können. Seinen allgemeinen Ist-Zustand beschrieb B5 als sehr schlecht. Im Gespräch verlagerte er jedoch den Fokus sehr auf die Situation, Probleme und Wünsche anderer Bewohner, indem er deren Lebensumstände als viel

schlimmer, kränker und hoffnungsloser schilderte. Gerade in der ersten Hälfte des Interviews ging dies überwiegend mit einer Abwertung der anderen Mitbewohner einher.

*B5: [...] Weil sie einfach, die Leute was hier wohnen, wenn die sagen es ist Wochenende, heute ist schon wieder Wochenende, dann sag ich für euch ist doch jeden Tag Wochenende. Also, ich will nicht sagen, dass Samstag, Sonntag, die gehen nicht raus. Aber von Montag bis Freitag gehen die von hier zum Netto und kommen wieder zurück [...]. (B5, 11–15)*

*B5: [...] Weil, die kriegen, ich sag jetzt mal, die kriegen den Arsch nicht mehr aus der Hose. Die gehen wirklich jeden Tag von morgens, also Montag bis Sonn, bis Freitag morgens zum Netto, holen sich einen Sechserträger Bier, eine Flasche Wodka und weg. Und das war es dann. Mehr machen die nicht mehr. (B5, 64–69)*

*B5: [...] Und da ich halt ein bisschen cleverer bin wie alle anderen. Ich bin ja auch cleverer als alle anderen hier [...]. (B5, 379–380)*

Zum Ende des Interviews ging B5 jedoch sehr ehrlich auf seine eigenen Lebensumstände ein und benannte seinen eigenen Widerstand als Hindernis für mögliche Veränderungen.

*B5: [...] Weil ich weiß ja um was es geht und ich weiß wo ich gerade steh und wie schlecht es mir geht. Und ich weiß, dass ich eigentlich auch rauskommen könnte und was ich schon mal geleistet hab und wo ich jetzt bin. [...] (B5, 243–245)*

Das Programm direkt in den jeweiligen Einrichtungen vor Ort durchzuführen, bewertete B5 gut. Für ihn wären auch 2 Einheiten pro Wochen denkbar gewesen. Besonders wichtig empfinde er eine ruhige Arbeitsatmosphäre und eine geschlossene Gruppe, um sich wohlfühlen und konzentrieren zu können.

*B5: [...] nur eine feste Gruppe, sagen wir mal immer so sechs oder sieben Leute. Ja gut, wenn einer nicht kann, kann er nicht. Aber, es war einfach so, dass manchmal Leute reingeschneit sind und die Tür aufgemacht haben, oh, da ist ja eine Sitzung, oh, da gibt es ja was zu essen. Und dann ist es wieder komplett zusammengebrochen. (B5, 325–329)*

Das Programm erscheine ihm noch besser für höherschwellige Einrichtungen geeignet zu sein.

Die Auswahl der Inhalte empfand B5 als sehr zutreffend, ebenso bewertete er die PowerPoint-Präsentationen und die Arbeitsmappe als sehr gut.

Einige der Teilnehmer seien ihm bereits zuvor bekannt gewesen. Das Gruppenklima, die Diskussionen und der Austausch untereinander seien seiner Meinung nach sehr gut und respektvoll gewesen.

*B5: Respekt war, nö, Streitereien, gab keine Streitereien, überhaupt nicht. (B5, 268)*

*B5: [...] Es war eine gute Runde. Also, es war einfach rund, sagen wir mal so. (B5, 277)*

Auch die Gruppenleitungen bewertete er als sehr positiv.

Insgesamt schätzte B5 das Gruppenprogramm als gut und empfehlenswert ein, an dem er auch erneut teilnehmen würde.

## II. Empirischer Teil

*B5: [...] Und, es kann dir nur besser gehen, oder nicht schlechter, wenn du das Programm hast. Das hab ich ihm gesagt. Komm, setz dich einfach mit uns an Tisch und es wird nicht schlechter in deinem Leben. Sondern es kann nur besser werden, weil ich das Programm ja kenne. [...]* (B5, 491–495)

Zum Ende des Gesprächs benannte er das Programm als Chance zur Veränderung, die er für sich nicht ausreichend genutzt habe.

*B5: Hätte, hätte ich es ein bisschen mehr angenommen, hätte es geholfen.* (B5, 365)

Trotzdem habe ihm das Programm sehr Spaß gemacht und er äußerte versuchen zu wollen, an Inhalten des Programms anzuknüpfen.

*B5: Ich werde mir eins da mit rausnehmen, dass ich es mir regelmäßig durchlese. Und dann vielleicht guck, dass ich bisschen aus dem Schlamassel raus komm. Und das Programm ist gut zu wissen. Wie gesagt, ich hab es heute Morgen durchgelesen, nochmal, und ich find es gut. [...]* (B5, 461–464)

B5 beschrieb im Verlauf des Gesprächs einzelne Inhalte des Programms und persönliche Schutzfaktoren zur Unterstützung der eigenen seelischen Gesundheit. Zudem habe er sich mit einem anderen Teilnehmer an der Organisation der Gruppe beteiligt, indem sie gemeinsam für die Verpflegung an den Gruppentreffen sorgten. Diese aktive Mitwirkung nahm er sehr positiv für sich wahr.

*B5: Es war ja auch so [...] wir haben ja da auch zu essen gekocht. Wir standen vorab schon eine Stunde in der Küche und haben das Essen mit runtergebracht. Also, ich find das total klasse wie das war. Es war richtig gut, also, absolut.* (B5, 94–97)

Prinzipiell schilderte B5 offen zu sein, sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting über Themen seiner seelischen Gesundheit zu sprechen.

*B5: Ist eigentlich, bei mir ist es eigentlich egal, ob ich jetzt mit Ihnen sprech oder ob jetzt noch fünf rumsitzen. Ich red oder ich sag das was ich, was mich belastet, also ist einfach so.* (B5, 287–289)

Demnach wünsche er sich auch regelmäßige Einzelgespräche und Gruppenangebote im Wohnheim.

*B5: [...] Aber man müsste das einfach, ähm, nicht nur aus jetzt die sechs Mal machen, sondern das müsste regelmäßiger stattfinden [...].* (B5, 61–62)

## Interview VI

B6 war zum Zeitpunkt des Interviews 52 Jahre alt und lebte seit ca. sechs Monaten in Einrichtung C1. Das Interview (20.02.2015) wurde in ungestörter Atmosphäre in einem geeigneten Raum der Einrichtung geführt und dauerte 23:01 Minuten. B6 sprach gebrochen Deutsch, zeigte jedoch keine Verständnisprobleme bei den Fragen des Interviews.

B6 gab an, bislang noch nie an einem Gruppenprogramm teilgenommen zu haben. Zur Teilnahme an *gesund.sein* habe ihn sein Interesse an den Themen, wie auch die Möglichkeit, der sozialen Isolation im Wohnheim zu entkommen, motiviert. Er schilderte den Ist-Zustand

seiner seelischen Gesundheit als schlecht und würde diesen gerne verändern, indem er für sich herausfinde, was für seine seelische Gesundheit wichtig sei.

*B6: [...] dann habe ich teilgenommen, dass ich gerne was lerne und was für mich wichtig und was unwichtig für mich. Das ist die Hauptsache bei mir, dass ich nicht immer tiefer versink. Das möchte ich ein bisschen, wieder zurück wie früher mal damals war. [...] (B6, 16–20)*

*B6: [...] Deswegen hab ich dieses Seminar so teilgenommen, dass ich was rausfinden, was wichtig für mich. [...] (B6, 28–29)*

B6 sei zudem von seiner zuständigen Sozialarbeiterin auf das Programm aufmerksam gemacht worden.

B6 gab an, aufgrund einer Depression aktuell in Psychotherapie zu sein. Für die Verbesserung seiner seelischen Gesundheit erachte er mehr Privatsphäre als sehr wichtig, die im Wohnheim jedoch kaum gegeben sei.

Im Verlauf des Gesprächs berichtete er sehr offen über bedeutende Erlebnisse seiner Biografie.

B6 bewertete den wöchentlichen Rhythmus positiv, für ihn wären jedoch auch 2 Einheiten pro Woche denkbar gewesen. Zudem empfinde er zwei Stunden pro Treffen sinnvoller. Das Programm vor Ort durchzuführen, sei seiner Meinung nach gut gewesen, er hätte jedoch auch außerhalb der Einrichtung daran teilgenommen. Die Inhalte seien für ihn alle verständlich und interessant gewesen. Die PowerPoint-Präsentationen, den Gesundheitskoffer und die Materialien des Programms bewertete er sehr gut.

In der Gruppe habe sich B6 aufgrund des netten und respektvollen Umgangs unter den Teilnehmern sehr wohl gefühlt. Außerdem habe er gegenseitige Unterstützung erfahren. Besonders wichtig sei ihm gegenseitiges Zuhören innerhalb der Gruppe gewesen. Hierfür benannte er die Koordination der Diskussionen und die Schaffung eines vertraulichen Rahmens, als wesentliche Aufgaben der Gruppenleitungen. Er bezeichnete die Einheit 3 als erfolgreich und gelungen, da der Psychiater den Teilnehmern auf Augenhöhe begegnet sei.

*B6: Wo der Arzt, ja. Der hat richtig so, mit ihm richtig geredet und hat mich richtig gefreut, dass ich den Mann da als Mediziner oder als, also dieser Fach, der hat viel Fragen beantwortet und hat uns doch viele Sachen beigebracht. Was wir, was ich zum Beispiel persönlich kannte niemals so. Nicht mal mit meinen Psychologen oder Arzt oder so, die reden nicht so mit mir. Aber er hat mit uns geredet und hat, er Freude von Innen und Freude von uns oder von uns selber. [...] (B6, 118–124)*

Insgesamt sei das Programm für B6 sehr positiv gewesen. Es habe ihm Spaß gemacht und er würde jederzeit wieder teilnehmen und es auch anderen Bewohnern weiterempfehlen. Er beschrieb *gesund.sein* als eine einzigartige Erfahrung und würde sich daher wünschen, dass

das Programm noch umfangreicher gewesen wäre und er somit noch mehr Input hätte bekommen können.

*B6: Zu wenig, ja. Für meine Persönlichkeit zu wenig. Hätte gerne noch mehr. (B6, 58–59)*

*B6: [...] Noch mehr, noch mehr, das hab ich noch nie erlebt. Mit solch, so Gruppe, mit so nette Leuten zu sitzen oder zu reden. [...] (B6, 354–356)*

B6 gab wesentliche Inhalte des Programms wieder. Er schilderte, dass er bereits konkrete Inhalte für sich anwenden (persönliche Schutzfaktoren) und dabei eine Verbesserung seines seelischen Wohlbefindens feststellen könne.

*B6: Ja, ja. Wenn ich nicht, wenn ich keine Ruhe habe, dann schließ ich mein Zimmer und geh raus. Und geh da alleine oder mit meinem Freund. Geh ich raus, weiß ich nicht wie lange. Wenn ich alleine geh da so, lange spazieren. (B6, 345–348)*

Ebenso habe er durch die Gruppe neue Kontakte geknüpft und könne so seiner sozialen Isolation entgegenwirken.

*B6: [...] Für mich habe ich gelernt, das konnte ich nicht so. Das hab ich jetzt richtig alles eingebrennt, da guck ich jetzt, aha. Früher hab ich so gemacht, dann gehe ich, wie gesagt, zu Menschen. Nach diesen Verlust habe ich mich zurückgehalten, nur für mich alleine. [...] (B6, 135–139)*

*B6: Habe ich immer Kontakt mit der Gruppe. Aber zum Anfang, bevor dieses Seminar, habe ich immer, also, ich sitz nur alleine, nur selten jemand kommt klopfen oder kommt also auf Zimmer. Bisschen unterdrücken ist in Ordnung, bisschen unterhalten, dann lässt er mich wieder zurück alleine. Ja, und das ist, das macht mich, sagen wir mal, traurig, noch trauriger. Und nach diesem Seminar, da gibt es so ständig Kontakt mit Leute. (B6, 215–221)*

Insgesamt sei der Zustand seiner seelischen Gesundheit nach dem Programm deutlich besser als zuvor.

*B6: Hm, jetzt, geht mich, geht mir auch bisschen besser jetzt. Vor, bevor ich hier kam oder bevor dem Seminar war mir noch schlechter. (B6, 296–297)*

*B6: [...] Nach dem Seminar, es hat mir sehr Freude und dann bin ich richtig offen. Mein gesamte Seele und mein Herz hab ich offen gemacht. Ran, wenn du möchtest zu mir kommen, komm ich zu dir auch. Und jetzt fühl ich mich gut. (B6, 301–304)*

B6 berichtete, dass auch über das Programm hinaus, beispielweise auf den Etagenküchen, die Teilnehmer (auch mit anderen Bewohnern des Hauses) häufig über die Inhalte von *gesund.sein* sprechen würden.

*B6: [...] im Nachhinein, wenn das ist zu Ende diese, sagen wir Sitzung, dann sitzen wir uns oben in einem Zimmer von einem Freund und dann diskutieren wir noch weiter. Wie war heute? Unter uns, ohne Sozialarbeiter. Wie war uns? Du hast dich nicht benommen heute. Ah, du warst mal böse heute. Ah, du warst nett heute. So, machen wir das, das macht Spaß. [...] (B6, 356–361)*

B6 habe bereits vor dem Programmbeginn zwei Mitbewohner zur gemeinsamen Teilnahme motiviert und würde dies auch zukünftig wieder versuchen. Als wesentlichen Aspekt für den

Erfolg von *gesund.sein* benannte B6 die angenehme Atmosphäre des Programms, die dazu einladen würde, sich über die Themen auszutauschen.

Prinzipiell beschrieb B6 offen zu sein, sich im Einzel- wie auch Gruppensetting mit dem Thema „seelische Gesundheit“ auseinanderzusetzen, obwohl das Einzelsetting eine noch vertraulichere Atmosphäre schaffen könne. Zum Zeitpunkt des Interviews sei seine seelische Gesundheit in Einzelgesprächen leider kein Thema gewesen.

B6 gab an, sich im Wohnheim regelmäßig Gruppenangebote zu wünschen.

*B6: [...] Das muss so ständig solche Programm in solche Heim zu sein. Oder mit solche Leute wie ich zum Beispiel. Ich habe auch genossen und dann möchte auch gerne noch, das noch weiter. Das hat mir viel Spaß gemacht, dass ich kann, weiß ich nicht, hätte ich gerne so [...]. (B6, 420–424)*

*B6: [...] Und wie gesagt, hätte ich gerne noch länger, also, oder ... weil ich auch mit meiner, gesagt, Betreuerin hier, Frau K., hab ich auch mit sie gesprochen, dass ich möchte gerne nochmal ein Seminar so. Das muss nicht sein auf die, wie soll ich sagen, gesundheitlich oder, man kann auch andere Sachen. [...] Oder allgemein, Seminar, man kann auch über Leben, Liebe, Gesundheit, wie man sich so vorstellt vor Leute oder wie man da rangeht. [...] (B6, 315–321)*

## **Interview VII**

B7 war zum Zeitpunkt des Interviews 41 Jahre alt und lebte seit ca. einem Jahr in Einrichtung D1. Das Interview (26.03.2015) wurde in ungestörter Atmosphäre in einem geeigneten Raum der Einrichtung geführt und dauerte 13:14 Minuten.

B7 gab an, zum ersten Mal an einem Gruppenprogramm teilgenommen zu haben. Das Interesse am Thema habe ihn zur Teilnahme motiviert. Von *gesund.sein* habe er durch die Aushänge in der Einrichtung, wie auch durch seine zuständige Sozialarbeiterin erfahren. Ihm sei bereits zuvor bekannt gewesen, was Psychoedukation ist. Seine seelische Gesundheit schätze er derzeit stabil ein.

Das Programm direkt vor Ort durchzuführen, empfand B7 als sehr hilfreich. Insgesamt wäre für ihn ein umfangreicheres Programm auch gut denkbar gewesen: zum einen deutlich mehr Einheiten, zum anderen auch längere Einheiten oder 2 Einheiten pro Woche.

*B7: Also mindestens, mindestens zwölf Einheiten. Um gewisse Sachen vielleicht intensiver reinzugehen. (B7, 41–42)*

Er benannte dies jedoch auch als eine individuelle und persönliche Einschätzung und plädierte für ein gutes Mittelmaß, das möglichst vielen Bewohnern gerecht werden würde und somit keine potenzielle Überforderung darstelle.

*B7: Äh, sagen wir mal, für mich war es zu kurz. Aber andere kann es genau richtig gewesen sein. Ich kann jetzt nur von mir ausgehen. (B7, 46–47)*

## II. Empirischer Teil

*B7: [...] Wobei ich schulische Sachen eigentlich gewohnt bin. Also, das ist jetzt was anderes wie jetzt jemand, der wirklich mit derart psychischen Problemen in so eine Gruppe reingeht. Der sich nicht konzentrieren kann, für den ist es dann zu lang. (B7, 60–63)*

*B7: Man muss halt irgendwo ein Mittelmaß finden. [...] (B7, 67)*

Als ideale Gruppengröße benannte B7 acht Teilnehmer.

Die Inhalte des Programms seien ihm alle verständlich gewesen, er hätte sich hierbei noch eine Vertiefung gewünscht. Die didaktische Umsetzung anhand der PowerPoint-Präsentationen und der Arbeitsmappe bewertete er als durchweg gut. Den Gesundheitskoffer erachte er als sehr sinnvoll.

*B7: Das ist eine gute Sache. Für, wenn man sich wirklich persönliche Sachen noch notieren möchte oder so, ist das super. (B7, 122–123)*

Die anderen Teilnehmer des Programms seien B7 zuvor überwiegend unbekannt gewesen. Das Gruppenklima beschrieb er sehr positiv, ebenso den Austausch und die Diskussionen untereinander.

*B7: Auch gut. Es war eine ziemlich ruhige Gruppe, und äh, auch im Nach, so in den Pausen, in der Pause und so, hat man sich auch gut unterhalten können. (B7, 155–157)*

Insgesamt habe er sich in der Gruppe sehr wohl gefühlt. Seiner Meinung nach habe sich die positive Atmosphäre der Gruppe auch über das Programm hinaus bemerkbar gemacht.

Die Gruppenleitungen bewertete B7 ebenfalls gut.

Das Programm habe ihm sehr gut gefallen und Spaß gemacht. Seiner Meinung nach sei dieses sehr interessant gestaltet gewesen. Er würde daher jederzeit wieder daran teilnehmen und es auch anderen Bewohnern weiterempfehlen, da die Teilnahme an dem Programm nur einen Vorteil darstellen könne.

B7 gab im Gespräch die wesentlichen Inhalte des Programms sehr gut wieder. Zudem konstatierte er, durch das Programm gestärkt worden zu sein, da es ihm konkrete Handlungsoptionen eröffnet habe.

*B7: Ähm, die Stressfaktoren waren sehr interessant gewesen, also diese Kurven. Dann die Warnsignale, die Medikamenten, sowieso. Schutzfaktoren fand ich interessant. Und dann am Schluss das Netz. Das Hilfenetz, dass man da wirklich mal jemanden erklärt, wer da einem wirklich auch helfen kann draußen. Nicht in der, hier in, nicht wie hier [...] Wenn man mal nach draußen kommt, dass man da auch Hilfe hat. (B7, 84–91)*

*B7: Ja, es hat mich auch nochmal in mich, mich selber auch nochmal bisschen gestärkt. Das ist klar. Aber ich hab auch sehr viel mitgenommen, was, wenn im Grunde genommen was sein sollte, ich dann auch gebrauchen kann. Sprich, das Hilfenetzwerk zum Beispiel. (B7, 255–258)*

B7 äußerte sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting offen zu sein, über seine seelische Gesundheit zu sprechen. Aktuell habe er jedoch nur sehr selten regelmäßige Einzelgespräche.

Wenn der Rahmen passend gestaltet sei, empfände er themenzentrierte Gruppenangebote als sehr gut.

Zum Interviewzeitpunkt seien bereits regelmäßige, fortlaufende Treffen mit der Gruppe auch nach dem Programmende in Planung.

*B7: [...] Weil wir hatten ja sowieso nochmal abgemacht, dass wir uns einmal im Monat treffen. Das ist schon nächste Woche. [...] (B7, 215–217)*

### **Interview VIII**

B8 war zum Zeitpunkt des Interviews 55 Jahre alt und lebte seit über zwei Jahren in Einrichtung D1. Das Interview (26.03.2015) wurde in ungestörter Atmosphäre in einem geeigneten Raum der Einrichtung geführt und dauerte 18:47 Minuten. B8 litt unter den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas, welches auch seine Sprachfähigkeiten einschränkte. Dies deutete sich teilweise in der Wortwahl oder der Satzstruktur seiner Antworten an. Im Gesprächsverlauf waren keinerlei Verständnisprobleme erkennbar.

B8 gab an, bereits an Gruppenangeboten teilgenommen (jedoch nicht zum Thema „seelische Gesundheit“) und diese als sehr positiv wahrgenommen zu haben.

Die Hoffnung auf einen persönlichen positiven Nutzen habe B8 zur Teilnahme motiviert. Zudem hätten ihn Mitarbeiter\_innen der Einrichtung auf das Programm aufmerksam gemacht. Den Zustand seiner seelischen Gesundheit beschrieb B8 sehr wechselhaft, er versuche sich jedoch seine positive Grundhaltung stets zu bewahren.

*B8: Also, ich versuch mich eigentlich so gut wie möglich zusammenzureißen, sagen wir so. Weil, man versucht immer bisschen mitzuhelfen an anderen, dass ich denen Kumpels auch helfe und so. Und das hilft ein bisschen mehr. Das gibt, das gibt mir mehr Kraft, finde ich. (B8, 182–185)*

Im Gespräch beschrieb B8 einige Ereignisse seiner Biografie, insbesondere einen schweren Autounfall, der starke physische und psychische Auswirkungen für ihn zur Folge gehabt habe. Dies werde, seinen Aussagen nach, bei ihm immer noch in einem verminderten Selbstwertgefühl sehr deutlich.

6 Einheiten zu je 90 Minuten im wöchentlichen Rhythmus bewertete B8 als sehr gut, ebenso eine Gruppengröße von ca. acht Teilnehmern. Prinzipiell wäre für ihn auch noch eine Verlängerung des Programms denkbar gewesen.

Zur regelmäßigen Teilnahme an der Gruppe seien ihm eine angenehme Atmosphäre und ein geschützter Rahmen sehr wichtig gewesen.

Die Inhalte von *gesund.sein* seien ihm gut verständlich gewesen. Die Materialien, die PowerPoint-Präsentationen und die Arbeitsmappe bewertete B8 sehr positiv, da sie ihm auch außerhalb des Programms die Inhalte wieder ins Gedächtnis rufen würden.

*B8: Ja, das war das Beste. Das war das Gute daran, finde ich. Wenn es bloß besprochen wird und dann das, die ganze Woche daran du denken musst, ach was war da los, da denkt nicht jeder daran, wie war das, wie war das. Weil ich weiß von mir selber, es geht ruck zuck, vergisst man so schnell, wo ist denkst du, ist bloß ein kleiner Punkt. Zwei, drei Worte, das setzt sich hier in dir drin, setzt sich fest. [...] (B8, 130–135)*

*B8: Und das ist das Gute, dass wir die paar Blätter mit nach Hause nehmen konnten und dann konnte ich das nachsehen. Ach ja, und so, wie die das vorgelegt haben. Dann kann man das auch so machen. Und das hat auch geholfen. So muss ich sagen. (B8, 167–170)*

Die anderen Teilnehmer des Programms seien ihm zuvor überwiegend unbekannt gewesen. Die Gruppe sei für ihn durch einen offenen Umgang geprägt gewesen und er habe sich sehr wohl gefühlt. Besonders wichtig sei für B8 der gemeinsame Erfahrungsaustausch in einer vertrauensvollen Atmosphäre gewesen.

*B8: Also, mir hat es Spaß gemacht. [...] Ja, mir hat es Spaß gemacht, weil, es war in einem kleinen Bereich und da, man konnte sich öffnen. Und das hat viel ausgemacht. (B8, 211–213)*

Insgesamt habe B8 das Programm viel Spaß gemacht und er würde es jederzeit weiterempfehlen. Das Programm habe ihm sehr geholfen, weshalb er sich eine zeitliche Verlängerung wünsche.

B8 gab an, dass ihm das Programm verdeutlicht habe, dass es wichtig sei, über seine Probleme zu sprechen und diese nicht allein für sich auszumachen.

*B8: Ja, dass man solche, dass man wenn man Probleme hat und so, dass man sie gleich, wenn man jemand sieht und sieht der hat mehr Erfahrung davon, dass man ihm etwa gleich Probleme vorlegt und vielleicht hat der vielleicht Lösungen dafür. Oder dann auch einen anderen, der was davon versteht, vorlegt und nachfragt. Und aber auch wenn jemand kommt und er fragt dich was, dann kannst du, du musst halt solche, so was vorbringen dem was helfen wird. Aber nicht nur, mach das so, mach das so. Das sind für mich dann nur Befehle und das darf ich nicht vorlegen. Du darfst ihm Vor... wie sagt man da [...] Vorschläge machen, wie er es machen könnte. Ob er es machen wird, dass ist seine Entscheidung [...]. (B8, 220–229)*

*B8: [...] Dass, dass man sich entfalten kann, das ist ganz gut. Weil immer bloß alles einpacken, das hat keinen Wert. Du musst dich auch mal auspacken können. Und das ist, das wäre halt gut, wenn man sich da bei einem Treffen und dann sich wieder entfalten, ausbrechen können die Sachen, meine Probleme und so. (B8, 258–262)*

Zudem äußerte er, dass er konkrete Handlungsoptionen hinzugewonnen habe, die seine seelische Gesundheit verbessern und unterstützen könnten.

*B8: Weil es bringt mir für mich was. Jeder bringt seine eigene, äh, Sachen vor. Legt seine, wie sagt man da, seine Klagen und seine Erfolge legt man vor. Und dann hat man Erfahrungen, kann man, und das kann man dann versuchen weiterzuarbeiten an sich selber. Und das bringt mir was. Das hab ich auch gemerkt. Und deswegen hat es mir auch das hier geholfen. Muss ich schon sagen auch. (B8, 33–38)*

B8 berichtete, dass er durch das Programm beispielsweise seine Kommunikationsfähigkeiten habe trainieren können, was er bereits bei der Kontaktaufnahme zu anderen Personen in den letzten Wochen für sich habe erkennen können. Diese positiven Erfahrungen und Rückmeldungen hätten, seinen Aussagen nach, zur Förderung seiner seelische Gesundheit und seines Selbstwertgefühls beigetragen.

*B8: [...] Das hat mir auch dabei geholfen, wenn ich zum Beispiel fortgehe, da kommt man auch in so Gespräche rein und so und da kann man so was vorbringen, ja. Und man lacht über so was, da kommt man in so ein Café und so und da ist ein Gespräch dabei, da kann man so, versucht man mal so ein Gespräch reinzubringen. Das erreicht man daraus dabei. Das, da hab ich so gesehen, da bin ich mir manchmal so komisch vorgekommen. Aber da bin ich sogar paar Mal schon gelobt worden über so was. Das ich solche Argumente vorgelegt habe schon. (B8, 191–199)*

*B8: [...] Und das hat mich gewundert, wieso ich jetzt gelobt worden bin. Ich bin doch nicht so lobenswert und so. Aber scheinbar ... (B8, 203–204)*

Aufgrund der angenehmen Atmosphäre innerhalb der Gruppe, habe B8 das Programm für sich so positiv erleben können. Zudem sei von wesentlicher Bedeutung gewesen, dass innerhalb des Programms die Themen zum einen auf einer allgemeinen Ebene präsentiert würden, zum anderen aber auch gleichzeitig für jeden einzelnen Teilnehmer auf einer individuellen Ebene zugänglich gewesen seien.

*B8: [...] denn nur durch du so ein kleines Problem vorbringst, ja, das ist, das ist jetzt auf dich bezogen. Aber, das ist nur deine Sache besprochen. Aber es geht um das Bereich, den Bereich, die ganzen Leute die hier sitzen. Und deswegen ist lieber Probleme die extrem sind. Und deswegen sind Probleme, die extrem sind viel besser. Natürlich kann deine, dass dein Problem kann sich da unter Umständen da bisschen kombinieren damit. (B8, 108–114)*

*B8: [...] da musst du dich bisschen kombinieren. Und das bringt dir auch was. [...] (B8, 120–121)*

Insgesamt bewertete B8 das Gruppensetting zur Auseinandersetzung mit dem Thema „seelische Gesundheit“ aufgrund des gemeinsamen Austausches als sehr geeignet und würde das Programm auch anderen Bewohnern weiterempfehlen.

*B8: Ich würde ihm empfehlen, du hast deine bestimmten Probleme und so, du kannst die da, deine Probleme entfalten, in der Gruppe. Weil die Gruppe ist nicht groß und da kannst du dich entfalten. Und das tut dir sehr gut. [...] (B8, 280–282)*

### **Fallübergreifende Auswertung der Ergebnisse der Interviews (Querschnitt)**

Nach den fallspezifischen Ergebnissen der Interviews werden in den folgenden Darstellungen die Ergebnisse der einzelnen Interviews miteinander in Beziehung gesetzt. Dies geschieht in Bezugnahme auf die einzelnen Kategorien, die sich im Rahmen der inhaltsanalytischen Auswertung herausgebildet haben.

### **Zielgruppenbeschreibung (OK 1)<sup>17</sup>**

Innerhalb dieser Kategorie werden Merkmale der Teilnehmer erfasst, die zu einer differenzierten Zielgruppenbeschreibung (und einer möglichen Indikation) beitragen sollen. Dabei wird auf die bisherigen Erfahrungen mit themenzentrierten Gruppenprogrammen, die Motivationsfaktoren zur Teilnahme an *gesund.sein*, den aktuellen Zustand der eigenen seelischen Gesundheit und zusätzliche persönliche Merkmale eingegangen.

#### Gruppenerfahrung (UK 1.1)

Für diese Kategorie wurden bewusst nur Angaben zu bisherigen Erfahrungen mit themenzentrierten Gruppenprogrammen aufgenommen, nicht jedoch mit freizeitorientierten Angeboten. Insgesamt gaben vier der acht Interviewten an, bereits an einem themenzentrierten Gruppenprogramm teilgenommen zu haben, die jedoch alle außerhalb ihrer derzeitigen Einrichtung stattfanden (B1, B4, B5, B8). Laut eigener Aussage, haben B4 und B5 Gruppenprogramme zum Thema „Alkohol“ absolviert, B8 habe bereits Erfahrungen mit Gruppenprogrammen im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme gemacht. Nur B1 habe in der Vergangenheit an einem psychoedukativen Gruppenprogramm im psychiatrischen Setting teilgenommen. Ein Teilnehmer (B4) gab an, aktuell an einer Selbsthilfegruppe zum Thema „Alkohol“ teilzunehmen. B1 und B8 gaben zusätzlich an, dass sie die Teilnahme an diesen Gruppenprogrammen positiv bewerten würden. Die Hälfte der interviewten Teilnehmer gab an, bislang noch kein themenzentriertes Gruppenprogramm besucht zu haben (B2, B3, B6, B7).

#### Motivation (UK 1.2)

Abgesehen von B7, der nur sehr wenig konkrete Aussagen bezüglich seiner Motivation zur Programmteilnahme benannte, beschrieben alle Interviewten personenbezogene als auch umweltbezogene Motivationsfaktoren. Als häufigster umweltbezogener Faktor kann bei fünf Personen (B1, B2, B6, B7, B8) die persönliche Ansprache zur Programmteilnahme durch die Sozialarbeiter\_innen der Einrichtung identifiziert werden. B7 erwähnte zusätzlich die Aushänge in der Einrichtung, durch die er von dem Programm erfahren habe. B3 und B4 benannten, neben der persönlichen Ansprache durch den Sozialdienst, die Prämie für die Evaluationsstudie und die Möglichkeit, das Programm anstatt einer arbeitstherapeutischen Maßnahme besuchen zu können, als Anreize für die Teilnahme. Beide betonten, dass diese jedoch lediglich Anreize gewesen seien, die eine kurzfristige Motivation ausgemacht, keinesfalls aber für die durchgängige Teilnahme an dem Programm ausgereicht hätten. Eine

---

<sup>17</sup> OK = Oberkategorie, UK = Unterkategorie (vgl. Kategoriensystem der inhaltsanalytischen Auswertung der Teilnehmerinterviews im Anhang B3.2)

kontinuierliche Teilnahme scheint laut Aussagen von B2 und B4 maßgeblich durch einen überzeugenden Beginn des Programms beeinflusst worden zu sein:

*B2: [...] Weil es mich einfach interessiert hat, wie das Ganze ist und gleich nach dem ersten Mal, dass es mir einfach gefallen hat. [...] (B2, 56–57)*

*B4: [...] Ich habe nach der ersten Einheit schon, bin ich da schon ins Grübeln gekommen, hab schon darüber nachgedacht. Und das hat mich auch neugierig auf die nächsten Einheiten gemacht [...] (B4, 364–366)*

Neben diesen umweltbezogenen Motivationsfaktoren wurden von allen interviewten Teilnehmern auch eine Reihe an personenbezogenen Faktoren benannt: Interesse an dem Thema (B1, B2, B3, B4, B6, B7), schlechter Zustand der seelischen Gesundheit bzw. ein persönlicher Leidensdruck (B2, B6), eine sinnvolle Beschäftigung zu haben (B2, B5), der sozialen Isolation im Wohnheim entgegenzuwirken (B2, B6) sowie einen persönlichen Nutzen aus dem Programm zu ziehen (B3, B8). B1 habe zudem an dem Programm teilgenommen, um sein Wissen aus früheren Psychoedukationsprogrammen auffrischen und somit präventiv tätig sein zu können.

### Seelische Gesundheit (UK 1.3)

Die interviewten Teilnehmer beschrieben, unabhängig von den Auswirkungen des Programms, den allgemeinen Zustand ihrer seelischen Gesundheit sehr unterschiedlich. Drei Personen nahmen ihre seelische Gesundheit als stabil, gut bzw. sehr gut wahr (B1, B3, B7). B8 beschrieb Unterschiede und Schwankungen seines psychischen Wohlbefindens. B6 gab an, sich aufgrund einer Depression derzeit in psychotherapeutischer Behandlung zu befinden. Die Interviewten B2 und B5 bezeichneten ihre seelische Gesundheit als schlecht bzw. sehr schlecht, wobei B2 dies anhand sehr konkreter Symptome, die er bei sich wahrnehme, erläuterte.

*B2: [...] weil bei mir ist es hauptsächlich, das sieht man mir auch an, dass ich stark Untergewicht habe und bei mir schlägt sich alles auf den Magen. Also, Appetitlosigkeit. Und manchmal lieg ich bloß tagelang oder so in meinem Bett und starr die Decke an. Aber das kann doch mein restliches Leben nicht sein. [...] (B2, 42–46)*

*B5: Äh, beschissen. Mir geht es gerade, also, ich könnte jetzt, aber das kann man nicht aufnehmen [...] (B5, 347–348)*

*B5: [...] gerade seelisch, geht es mir gerade nicht so gut [...]. (B5, 400)*

B4 hätte seine seelische Gesundheit vor dem Programm immer als überwiegend gut eingeschätzt, sehe dies jedoch nach dem Programm deutlich differenzierter. Er äußerte die Vermutung, dass er sich bislang keine bewussten Gedanken bezüglich seiner seelischen Gesundheit gemacht und diese Thematik verdrängt habe, wobei ihm Alkohol als Selbstmedikation geholfen habe. Nach dem Programm erkenne er Risikofaktoren für seine seelische Gesundheit und wünsche sich ein anhaltendes seelisches Gleichgewicht.

## II. Empirischer Teil

*B4: [...] Und ich muss auch ehrlich sagen, ich habe mir da nie Gedanken darüber gemacht. Ich habe mir da keinerlei Gedanken darüber gemacht, warum trinke ich jetzt wieder mehr. Aber ich weiß es jetzt anhand von dem Kurs da, von dem, dass, wenn ich mehr trinke, dann stimmt irgendwas nicht. Und das muss seelisch sein, weil körperlich geht es mir sowieso schlecht. [...] Das ist nicht der Grund, dass ich trink. Das muss dann schon seelisch sein, und das hab ich da erst mitbekommen, dass das so ist. Anhand von diesem Kurs. (B4, 137–142; 144–146)*

### Persönliche Merkmale (UK 1.4)

Die einzelnen Teilnehmer lassen sich anhand persönlicher Merkmale genauer charakterisieren, wobei in der fallübergreifenden Auswertung folgende Merkmale von besonderer Bedeutung erscheinen. Die Interviewten B2, B4, B5 und B6 berichteten ausführlich von kritischen Life-Events, wie einen besonders einprägsamen Psychiatrieaufenthalt (B2), eine Zwangseinweisung (B4) oder einen schweren Autounfall (B8). Zudem wurde das Leben in einem Wohnheim als seelisch äußerst belastende Situation beschrieben, die von Einsamkeit und sozialer Isolation (B2, B6), von unzureichender Privatsphäre (B2, B6), von täglichem, internen Alkoholkonsum (B5) oder von fehlender Tagesstruktur bzw. fehlenden Möglichkeiten einer sinnvollen Beschäftigung (B2, B5) geprägt sei.

*B2: [...] Also, man lebt, ich lebe jetzt seitdem nicht mehr ganz so isoliert wie vorher [...] (B2, 97–98)*

*B5: [...] ich brauch irgendwas, wo ich, dass ich nicht den ganzen Tag rumsitze [...] (B5, 401–402)*

*B5: Ja, klar. Aber das Problem ist hier, was ich ganz ehrlich sagen muss, ist der Alkohol. Im ganzen Haus. Da kommst du oben in dein Zimmer rein, ja, komm trink doch mal mit und so. Das hab ich früher nicht gemacht. [...] (B5, 370–372)*

*B6: [...] bevor dieses Seminar, habe ich immer, also, ich sitz nur alleine, nur selten jemand kommt klopfen oder kommt also auf Zimmer. Bisschen unterdrücken ist in Ordnung, bisschen unterhalten, dann lässt er mich wieder zurück alleine. Ja, und das ist, das macht mich, sagen wir mal, traurig, noch trauriger [...] (B6, 215–220)*

### **Programmoptimierung (OK 2)**

Innerhalb dieser Kategorie werden Aspekte und Rückmeldungen erfasst, die sich auf die Optimierung und Weiterentwicklung des Programms beziehen. Dabei sind Rahmenbedingungen, Inhalte und Didaktik von wesentlicher Bedeutung. Ebenso wird auf Rückmeldungen bezüglich der Gruppe und der Gruppenleitungen eingegangen, sowie auf allgemeine, abschließende Beurteilungen des Programms durch die Teilnehmer.

#### Rahmenbedingungen (UK 2.1)

Sieben der acht Interviewten (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7) trafen Aussagen über die Durchführung des Programms vor Ort. Alle bewerteten dies als sehr gute, wichtige und ideale Voraussetzung zur Teilnahme. Lediglich B6 fügte hinzu, dass er sich vorstellen könne, das

Programm auch außerhalb der Einrichtung regelmäßig zu besuchen. Hingegen wäre dies für B2 und B3 nur schwer vorstellbar, da sie Zweifel an einer regelmäßigen Teilnahme hätten, wenn das Programm nur ein paar Straßen entfernt bzw. außerhalb der Einrichtung stattgefunden hätte.

*B2: Im Haus finde ich ... äh, im Haus ist einfach bequemer, als wenn ich noch in den Bus einsteigen müsste, irgendwo hinfahren müsste dafür, dann wüsste ich nicht mal, ob ich mich so aufraffen könnte dafür, als wenn ich bloß die Treppe runtergehen muss. [...] (B2, 329–332)*

*B3: [...] das war wahrscheinlich eher sogar entscheidend, dass es vor Ort ist, dass man nicht lange für diese eineinhalb Stunden noch so einen langen Weg in Kauf nehmen muss bei Wind und Wetter sozusagen. Das war schon ganz, eigentlich auch ausschlaggebend. Wäre es zum Beispiel in der XY-Straße gewesen, also hier gleich nebenan quasi, ich weiß gar nicht, ob ich es dann gemacht hätte, wenn ich ehrlich bin. (B3, 230–235)*

Den zeitlichen Rahmen des Programms (6 Einheiten, je 90 Minuten, wöchentlicher Rhythmus) bewerteten sieben der acht Interviewten (alle außer B2) als gut und passend. Vier der befragten Teilnehmer (B1, B5, B6, B7) gaben an, dass sie sich auch ein umfangreicheres Programm, d. h. demnach längere und/oder mehr Einheiten bzw. auch 2 Einheiten pro Woche, vorstellen könnten. Dies schien zum großen Teil eng mit dem Wunsch einer Vertiefung der Inhalte bzw. einer Verlängerung des Programms (oder dem Angebot eines Anschlusskurses) verbunden zu sein. Es ergaben sich keine Aussagen, die auf eine Überforderung oder ein zu umfangreiches Programm für die befragten Teilnehmer hindeuteten. B4 und B7 äußerten den Hinweis, dass ein umfangreicheres Programm möglicherweise eine Überforderung bewirken könnte.

*B4: Es wären auch zwei angesagt gewesen, aber mehr sollten es in der Woche nicht sein. Weil, man muss das auch bisschen auch verarbeiten und in der Mappe mal wieder nachschauen, wie war jetzt das beim letzten, bei der letzten Einheit. Also, es hätte eine zweite sein dürfen, aber mehr nicht. (B4, 68–72)*

*B7: Äh, sagen wir mal, für mich war es zu kurz. Aber andere kann es genau richtig gewesen sein. Ich kann jetzt nur von mir ausgehen. (B7, 46–47)*

*B7: [...] Wobei ich schulische Sachen eigentlich gewohnt bin. Also, das ist jetzt was anderes wie jetzt jemand, der wirklich mit derart psychischen Problemen in so eine Gruppe reingeht. Der sich nicht konzentrieren kann, für den ist es dann zu lang. (B7, 60–63)*

*B7: Man muss halt irgendwo ein Mittelmaß finden. [...] (B7, 67)*

Die Gruppengröße wurde von allen acht Befragten als sehr gut bewertet. Vergleicht man alle Angaben, lässt sich eine optimale Gruppengröße von 5–8 Teilnehmern benennen. Hinsichtlich der Rahmenbedingungen des Programms sind zwei Rückmeldungen wiederholt zu verzeichnen. Zum einen scheint eine geschlossene Gruppe von großer Bedeutung zu sein, da dies einen geschützten Rahmen ermögliche (vgl. B2, B5, B8). Zum anderen wurde eine

angenehm gestaltete Atmosphäre (Essen und Trinken, einladender Gruppenraum) als positiver Aspekt, um sich wohlfühlen, hervorgehoben (vgl. B5, B8).

*B8: Eigentlich ziemlich wohl. Man war sehr gut versorgt und ... (grinst) man lacht jetzt drüber, man hat Kaffee da, man hat Kuchen da und, also, da hat sich keiner beklagen können. (B8, 140–142)*

### Inhalte (UK 2.2)

Die Inhalte wurden von den Befragten einstimmig als verständlich beschrieben.

*B1: [...] das war ja einfach aufgebaut, einfach und verständlich [...] (B1, 148)*

*B4: [...] Es war gut erklärt. Es war, es waren klare Aussagen und, also, ich denke, dass das auch jeder verstanden hatte. (B4, 177–178)*

Zudem erkannten die Teilnehmer die Möglichkeit, bei Verständnisproblemen nachfragen zu können.

*B8: Ja, was ich nicht verstanden hab, da hab nachgefragt. [...] (B8, 77)*

*B6: Ne, ist nicht kompliziert. Wenn ich eine Frage, ich verstehe nicht, dann frage ich. Ein-, zwei-, dreimal, bis ich das so versteh. [...] (B6, 147–148)*

Die Inhalte wurden als sehr wichtig (B1), sehr zutreffend (B5) und sehr interessant (B6) bewertet. Ebenso sei das Programm inhaltlich zusammenhängend (B4) und ein direkter Bezug zur eigenen Person könne hergestellt werden (B3). B3 betonte die Wichtigkeit, auch bei der Einheit 3 (Einheit mit Psychiater\_in) auf einen „roten Faden“ zu achten. Drei der acht Interviewten äußerten den Wunsch nach einer Vertiefung der Inhalte (B1, B3, B7).

### Didaktik (UK 2.3)

Die didaktische Aufbereitung des Programms wurde durchgehend positiv bewertet. Die Materialien (ausgedruckte Präsentationen, Arbeitsblätter, Informationsblätter), die Arbeitsmappe, der Gesundheitskoffer sowie die PowerPoint-Präsentationen wurden insgesamt sehr gut beurteilt. Zudem wurde die didaktische Vielfalt (Kombination aus Vortrag und Austausch/Einsatz diverser Medien wie Flipchart oder Karteikarten) befürwortet.

*B1: Ja, die Mischung war ganz gut eigentlich. Wir haben ja von allen was gehabt. Wir haben ja so einen Vortrag gehabt, wie so einen Teil Präsentation. Und dann Diskussion und dann auch teilweise selber bisschen was, irgendwas geschrieben und so. Das finde ich ganz gut. [...] sie fangen so an die Präsentation zu halten und irgendwann ruck zuck kommen die ersten Zwischenfragen und dann Diskussion. [...] (B1, 277–280; 286–287)*

Ein Teilnehmer (B1) äußerte den Wunsch, das Programm bzw. die Materialien ebenfalls online/digital zugänglich zu machen.

### Gruppe (UK 2.4)

Alle acht interviewten Teilnehmer gaben eine Vielzahl an Rückmeldungen bezüglich der Gruppe. Diese beinhalteten Einschätzungen hinsichtlich der Gruppensituation, der Gruppendynamik oder der Interaktionen innerhalb der Gruppe. Dabei wurde deutlich, dass diese Rückmeldungen sehr positiv ausfielen. Die Teilnehmer gaben an, sich in der Gruppe

sehr wohlgefühlt zu haben und schätzten das Gruppenklima als sehr gut ein. Der gemeinsame Umgang wurde als sehr respektvoll, ehrlich und offen beschrieben.

*B2: [...] ich bin angehört worden, ich bin ernst genommen worden, äh, und schon wenn man reingekommen ist, hab ich von einem oder anderen, dass man sich die Hand gibt. Man hat sich begrüßt, man ist höflich umgegangen miteinander, also, ich hab insofern eigentlich nur Positives gesehen, von der Gruppe so. [...] (B2, 657–661)*

*B3: Das war klasse. Wie gesagt, jeder hat so mit einem anfänglichen Zögern, dann doch ist aus sich rausgekommen, hat was erzählt, wie es bei ihm gewesen ist. Der eine mehr der andere weniger, aber wir sind freundlich miteinander umgegangen, wir hatten Spaß gehabt, wir haben gelacht und haben uns ernst genommen. Und das ist eigentlich das Wichtigste von allem. (B3, 109–114)*

*B4: Also die war hervorragend. Muss ich ehrlich sagen. Äh, hier drinnen geht es zu wie, äh, zwischen Hund und Katze, also, es gibt selten einen Tag, wo nicht irgendwelche Streitereien da sind und so, und. Aber es hat jeder in die Gruppe gepasst. Es wurde höflich miteinander geredet. Und miteinander umgegangen, möchtest du einen Kaffee oder ... ja, das bin ich hier drinnen normalerweise nicht gewöhnt. Aber, da, also die Gruppe war wirklich klasse. Ich habe mich wohlgefühlt in der Gruppe. (...) Und wie gesagt, sollte ich nochmal so ein, dann wünsche ich mir so eine Gruppe wieder. (B4, 239–247)*

Der gemeinsame Austausch untereinander wurde sehr positiv und als sehr wichtig wahrgenommen. Dieser könne Gemeinsamkeiten aufzeigen und gegenseitige Empathie fördern (B2, B3), wie folgende Zitate verdeutlichen:

*B2: [...] aber man denkt sich, hätte sich vorher gar nicht gedacht, welche Prob... mit was Menschen so konfrontiert oder belastet sind. [...] dass andere genauso in einem Loch mal drinsitzen [...]. (B2, 116–117; 120)*

*B3: [...] ich nehme mit raus, dass völlig unterschiedliche Menschen setzen sich zusammen, jeder hat eine andere Leidensgeschichte. Aber alle fühlen sich doch irgendwie gleich. Keiner sagt, ah ja, meine Leidensgeschichte ist schlechter, deine ist besser. Oder, haha, meine ist mal viel schlimmer, ich bin kranker als du. Oder, ach, du bist ja ein Chaot, du bist doch psychisch kaputt. Gar nichts, sondern alle, wir waren gleich, [...] Und, dass ich eben halt auch so mitbekommen habe, wie ticken die anderen um mich herum zu diesen und jenen Gesichtspunkten. Das war für mich eigentlich persönlich, was ich hier mit rausgenommen habe. [...]. (B3, 263–275)*

Bis auf zwei Interviewte (B5, B7) beschrieben die Befragten den Großteil der anderen Teilnehmer in ihrer Gruppe als ihnen unbekannt, nicht näher bzw. nur vom Sehen und Grüßen bekannt. Innerhalb der Gruppe wurden die Verschwiegenheit besprochener Inhalte (B2), ein gewisses Vertrauen, um sich öffnen zu können (B8), sowie gegenseitiges Zuhören (B6) als wichtige Komponenten angeführt. Das gemeinsame und gegenseitig positive Erleben innerhalb der Gruppe zeigte sich zum Teil auch nach der Gruppenphase im Umgang unter den jeweiligen Teilnehmern in den Einrichtungen.

*B3: [...] wir werden in Zukunft ja immer ein bisschen anders miteinander umgehen als vorher. Das ist ja natürlich auch schon wieder was Positives. [...] (B3, 138–140)*

### Gruppenleitung (UK 2.5)

Die jeweiligen Gruppenleitungen des Programms wurden sehr gut und positiv von den Teilnehmern bewertet. In den Interviews wurden von den Teilnehmern folgende Aspekte benannt, die hinsichtlich der Gruppenleitungen als wichtig erachtet wurden:

- Die Gruppenleitungen sollten einen Rahmen schaffen, um vertrauliche Themen besprechen zu können (B6)

*B6: Wenn es privat ist dann ist besser, also so. Obwohl, ich hab auch, jeder von uns hat also sein privates Leben, private Vergangenheit erzählt. Ich schäme mich nicht dafür, ich bin zufrieden mit so erzählen. Ich hab zu viele Leute Vertrauen. So lange die Sozialarbeiter sitzen dort, wir sind alle vertrauliche Menschen. Keiner will wen anderes bedrohen oder betrügen. (B6, 273–277)*

- Die Gruppenleitungen sollten die Diskussionen koordinieren (B4, B6)

*B4: [...] wie gesagt, auch mal vom Thema abgeschweift, aber dafür hatten wir ja unsere Gruppenleiter [...] und die haben uns dann schon wieder auf die richtige Bahn gelenkt. [...] (B4, 252–255)*

- Die Gruppenleitungen sollten immer zu zweit sein (B3)

*B3: [...] Also, hier unser Kollege. Die Frau, wie heißt sie, [...], die war alleine hier, da ist so doch ein bisschen sehr, sehr ins Haspeln gekommen [...] da hat sie sich manchmal bisschen schwer getan. (B3, 160–162; 166–167)*

- Die Gruppenleitungen sollten den Teilnehmern auf Augenhöhe begegnen (B3)

*B3: [...] Aber so, gut gemanaged haben sie das und die haben nicht zu lange vor sich hingeredet, haben nicht erklärt wie, wie ein Schulmeister [...]. (B3, 167–168)*

Neben den Gruppenleitungen wurden auch die Psychiater\_innen der Einheit 3 sehr positiv bewertet, wobei auch hier die Begegnung auf Augenhöhe von zentraler Bedeutung sei.

*B6: Wo der Arzt, ja. Der hat richtig so, mit ihm richtig geredet und hat mich richtig gefreut, dass ich den Mann da als Mediziner oder als, also dieser Fach, der hat viel Fragen beantwortet und hat uns doch viele Sachen beigebracht. Was wir, was ich zum Beispiel persönlich kannte niemals so. Nicht mal mit meinen Psychologen oder Arzt oder so, die reden nicht so mit mir. Aber er hat mit uns geredet und hat, er Freude von Innen und Freude von uns oder von uns selber. Und Teilnehmer haben das auch so gesehen. [...] (B6, 118–124)*

### Allgemeines Fazit (UK 2.6)

Alle befragten Teilnehmer beschrieben, dass ihnen die Teilnahme am Programm Spaß gemacht habe. Das Programm wurde retrospektiv sehr positiv (B2, B6), interessant (B3, B7), informativ (B4) und zufriedenstellend (B1) beschrieben. Ebenso wurde das Programm als empfehlenswert bezeichnet (B1, B2, B4, B5, B6, B7, B8), was häufig mit der Aussage einherging, erneut an einem ähnlichen Programm teilnehmen zu wollen (B5, B6, B7). Folgende Zitate verdeutlichen exemplarisch die abschließende Betrachtung des Programms durch die Teilnehmer:

*B4: [...] Also, ich find den gut, wie gesagt, er war kurzweilig, er war informativ und ... es hat, wir haben sich alle verstanden und es hat Spaß gemacht. Es hat wirklich Spaß gemacht. (B4, 147–149)*

## II. Empirischer Teil

B4: [...] Ich würde ihm sagen, ich habe das Programm selber mitgemacht. Ich hab (...) wertvolle Erkenntnisse für mich aus dem Programm gezogen, die mir sehr wichtig sind. Ich kann dir das mit gutem Gewissen empfehlen. Und wenn du die Möglichkeit hast da mitzumachen, dann nimm die Möglichkeit wahr. [...] Und, wie gesagt, ich würde es ihm empfehlen. Ich würde es ihm wirklich wärmstens empfehlen. Mir, mir hat der Kurs gut getan und wie gesagt, ich würde einen Aufbaukurs oder einen Fortsetzungskurs sofort wieder mitmachen. (B4, 466–470; 478–481)

B6: [...] War das erste Mal hier dieses Seminar. Hab ich auch teilgenommen und dann bin auch richtig zufrieden davon, hab ich viel gelernt. (B6, 8–10)

B7: [...] Das ganze Konzept fand ich insgesamt ziemlich gut. [...] (B7, 97)

B8: [...] Ja, also mir hat das wirklich Spaß gemacht. [...] (B8, 266)

Zudem zeigte sich diese sehr positive Bewertung auch in einer stetigen Vorfreude auf die kommende Einheit (B3) oder im Vermissen der regelmäßigen Gruppentreffen nach der Programmphase (B2).

B3: Sehr wohl. Also, ich fühlte mich richtig saugut. Also, ich hab mich jedes Mal auch schon immer gefreut hier wieder runter zukommen [...]. (B3, 118–119)

B2: [...] und gleich nach dem ersten Mal, dass es mir einfach gefallen hat. Und jetzt, äh (...) wird es weiter, also, plötzlich sind die Mittwochnachmittage ... ich vermiss es irgendwie jetzt. [...] (B2, 57–59)

Das Programm wurde als einzigartige Erfahrung (B6) und eine positive Abwechslung zum Alltag in einem Wohnheim empfunden (B3).

B3: [...] aber es war einfach nur für mich interessant, eine Abwechslung [...]. (B3, 288–289)

B6: [...] Deswegen wollt ich noch mehr haben. (I und B6 lachen) Noch mehr, noch mehr, das hab ich noch nie erlebt. Mit solch, so Gruppe, mit so nette Leuten zu sitzen oder zu reden. [...] (B6, 353–356)

Wie sich bereits bei der Kategorie „Inhalte (UK 2.2)“ andeutete, wurde auch an dieser Stelle der Wunsch nach einer weiteren Vertiefung, mehr Input oder einer Verlängerung des Programms bzw. nach einem regelmäßigen Angebot geäußert (B2, B4, B6, B7, B8).

B6: Ja klar, es gibt die, helfe so gerne auch. Das muss so ständig solche Programm in solche Heim zu sein. Oder mit solche Leute wie ich zum Beispiel. Ich habe auch genossen und dann möchte auch gerne noch, das noch weiter. Das hat mir viel Spaß gemacht [...]. (B6, 420–423)

B8: Hm, nein, das war schon, war schon recht so. Das (...), man hätte es ein bisschen verlängern können. Weil es bringt was [...]. (B8, 56–57)

In diesem Zusammenhang gab B7 jedoch zu bedenken, dass eine grundsätzliche Vertiefung auch zu einer Überforderung anderer Teilnehmer führen könne.

B7: Ja, klar. Wobei ich schulische Sachen eigentlich gewohnt bin. Also, das ist jetzt was anderes wie jetzt jemand, der wirklich mit derart psychischen Problemen in so eine Gruppe reingeht. Der sich nicht konzentrieren kann, für den ist es dann zu lang. (B7, 60–63)

### **Wirkungen und Wirkfaktoren (OK 3)**

Innerhalb dieser Kategorie werden Aussagen erfasst, die auf Wirkungen des Programms hinweisen. Hierbei werden sowohl intendierte Wirkungen, sprich jene, die sich unmittelbar an den festgelegten Zielvorstellungen von *gesund.sein* orientieren, als auch nicht-intendierte Wirkungen miteinbezogen. Ebenso werden innerhalb dieser Kategorie mögliche Wirkfaktoren, also begünstigende Faktoren zur Erzielung positiver Wirkungen, identifiziert.

#### Wirkungen (UK 3.1)

Bei allen acht befragten Teilnehmern sind Aussagen hinsichtlich potenzieller Wirkungen des Programms hervorzuheben. Betrachtet man zunächst die Ebene der intendierten Wirkungen, die sich unmittelbar auf die vier festgelegten Zieldimensionen von *gesund.sein* beziehen, lassen sich folgende Ergebnisse konstatieren.

Der *Informationszugewinn (1. Zieldimension)* wird durch Aussagen, Wiederholungen und Zusammenfassungen konkreter Inhalte besprochener Themengebiete des Programms herausgestellt. Dies zeigte sich bei sechs von acht Interviews (B1, B3, B4, B5, B6, B7).

*B1: Na ja, die erste (...) von der ersten Einheit, so die allgemeinen Sachen, was gesund und was ist krank und so. Dann die ganzen Frühwarnsymptome kamen als nächstes, das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, und (...) was so Sachen sind, eigene, eigene Vorsorgemaßnahmen, wie man Stress vermeiden kann und wie man Stress erkennen kann und Belastung, vor allen Dingen was für verschiedene Belastungen es gibt. Dann die ganzen Medikamente, was ich schon alles erzählt hatte, Neuroleptika, Psychopharmaka, und Antidepressiva, das ganze Zeugs. Wie die alle wirken, für was die eingesetzt werden, für welche Erkrankungen und (...) und wie ging es denn dann weiter (...) ach, Kommunikation, war ja auch noch mit dabei (lacht)... ganz abstrakt jetzt reingeworfen (lacht), von der Erkrankung ganz, ja, das man sich mitteilt im Grunde genommen und so soziale Kompetenzen entwickelt, das man sich nicht zurückzieht. [...] Ja, und dann hatten wir ja noch am Ende (...), ja, was für Fachleute einem helfen könnten oder so. Ärzte und Freunde, Bekannte, äh, ja, (...), was war da gleich, Krisendienste, sozialpsychiatrische in der Stadt die Hilfeangebote, von den sozialen Netzen der ganzen Stadt, von den Kliniken, Institutsambulanzen und das ganze Zeugs. Ja, ja. (B1, 122–142)*

*B3: Eigentlich ist mir relativ viel im Gedächtnis geblieben, ob es nun sich hier um die Schutzfaktoren und Risikofaktoren handelt. Und das Kommunikationstraining [...]. (B3, 65–67)*

*B6: Viele, ja, viele. Das ist zum Beispiel diese, Aneignung mit dem Fass. Also, Fass gibt es so drei Zeichen, auf was man so richtig voll oder richtig viele Probleme hat, dann geht das so etwas mittelmäßig gefüllt. Geht es zum grünen, ne, geht es um die gelbe, es geht so. Aber bis zum roten muss nicht da sein. Rot ist ausgefüllt, dann ist Feierabend. Dann explodiert die Bombe, wenn nicht mehr geht. Das hatte ich immer im Kopf, oder diese Anzeichen Depression. (B6, 108–114)*

*B6: Viele Sachen, ja. [...] Krise, genau. Mit den Krise und noch davor kommen so zwei auch. (I: Schutz- und Risikofaktoren?) Genau, das finde ich wunderbar. Also, mit der Krise danach, also vorher Schutzfaktor und Risikofaktor, das finde ich auch schön. Für mich habe ich gelernt, das konnte ich nicht so. Das hab ich jetzt richtig alles eingebrennt, da guck ich jetzt, aha. [...] (B6, 130–137)*

B7: *Ähm, die Stressfaktoren waren sehr interessant gewesen, also diese Kurven. Dann die Warnsignale, die Medikamenten, sowieso. Schutzfaktoren fand ich interessant. Und dann am Schluss das Netz. Das Hilfenetz, dass man da wirklich mal jemanden erklärt, wer da einem wirklich auch helfen kann draußen. (B7, 84–88)*

B2 und B8 erwähnten im Gesprächsverlauf keine oder kaum konkrete Inhalte bzw. wurde die Frage nach noch erinnerten Inhalten umgangen bzw. sehr unspezifisch beantwortet.

Zwei der Befragten (B6, B8) ließen eine mögliche *Stärkung der Kommunikationsfähigkeiten (2. Zieldimension)* erkennen.

B8: *Das hat mir da geholfen, finde ich. Das hat mir auch dabei geholfen, wenn ich zum Beispiel fortgehe, da kommt man auch in so Gespräche rein und so und da kann man so was vorbringen, ja. Und man lacht über so was, da kommt man in so ein Café und so und da ist ein Gespräch dabei, da kann man so, versucht man mal so ein Gespräch reinzubringen. [...] Aber da bin ich sogar paar Mal schon gelobt worden über so was. Das ich solche Argumente vorgelegt habe schon. (B8, 191–199)*

Die *Förderung der Selbsthilfepotenziale (3. Zieldimension)* wird durch das Benennen konkreter Handlungsoptionen zur Förderung der eigenen seelischen Gesundheit oder eigener Schutzfaktoren herausgestellt. Dies war für alle acht Befragten in unterschiedlichem Ausmaß, vom reinen Erwähnen bzw. Andeuten eines potenziellen Schutzfaktors (z. B. B5) bis hin zu bereits umgesetzten Handlungsschritten (z. B. B1, B4), erkennbar.

B1: *[...] Hab mich schon nochmal informiert im Internet und so und die sagen, auch bei gesunden Leuten ist es eben auch genau dasselbe vom Prinzip her. Man hat eben nur einen gewissen Spielraum und wenn man immer an die Grenze geht, ist das immer bisschen kritisch, auch bei gesunden Leuten. [...] (B1, 443–447)*

B2: *[...] ich habe ja irgendwo glaube ich mal aufgeschrieben, mit was ich mir selber am besten helfen kann. Das ist mit positiven Gedanken. Die manchmal, sind die überhaupt, das können manchmal so Kleinigkeiten sein, wo ich mir zurückrufe, dass ich mich selber eigentlich aus manchen Sachen oder Dings, selber am besten noch raushelfen kann. Weil, jeder ist sich seines Glückes selber Schmied, sagt man ja. Und zu 50 %, ob das jetzt körperlich oder seelisch ist, 50 % der Patient sein eigener Doktor ist, oder? [...] (B2, 447–454)*

B4: *[...] Und für mich ist jetzt wichtig, dass ich das erkenn und dann kann ich auch was machen dagegen. Dann kann ich mit meiner Freundin darüber reden. Wie gesagt, mit dem Sozialdienst ungern, weil ich gebe nicht viel preis von mir, also über mein Innenleben, über mein seelisches Leben. Und das möchte ich auch weiterhin so halten, aber es gibt schon Personen und, wie zum Beispiel mein Hausarzt, das ist ein persönlicher Freund von mir. Und mit dem rede ich auch über Tod und Teufel, wie es mir geht, auch seelisch [...]. (B4, 379–386)*

B6: *Ja, ja. Wenn ich nicht, wenn ich keine Ruhe habe, dann schließ ich mein Zimmer und geh raus. Und geh da alleine oder mit meinem Freund. Geh ich raus, weiß ich nicht wie lange. Wenn ich alleine geh da so, lange spazieren. (B6, 345–348)*

B7: *Ja, es hat mich auch nochmal in mich, mich selber auch nochmal bisschen gestärkt. Das ist klar. Aber ich hab auch sehr viel mitgenommen, was, wenn im Grunde genommen was sein sollte, ich dann auch gebrauchen kann. Sprich, das Hilfenetzwerk zum Beispiel. (B7, 255–258)*

Eng verbunden mit der 3. Zieldimension ist die *Förderung der Sensibilität bzw. die Motivationssteigerung, sich mit der eigenen seelischen Gesundheit auseinanderzusetzen (4.*

*Zieldimension*). Hierbei steht das konkrete Wahrnehmen der eigenen seelischen Gesundheit im Vordergrund, was sich etwa durch das Benennen eigener Risikofaktoren und Frühwarnzeichen, oder durch Ambivalenzen hinsichtlich des eigenen Ist-Soll-Zustandes, ausdrücken kann. Im Sinne des Transtheoretischen Veränderungsmodells nach Prochaska u. a. (1994) sind an dieser Stelle sowohl Aussagen einer Absichtsbildung wie auch bereits einer Vorbereitung oder Umsetzung konkreter Handlungsschritte hervorzuheben. Hinsichtlich dieser Zieldimension zeigten sich bei fünf der acht Interviewten (B1, B2, B4, B6, B8) Wirkungen, wie folgende Aussagen verdeutlichen:

*B1: [...] und in Zukunft werde ich immer bisschen aufpassen, dass ich mich nicht so vollfrachte da mit Stress oder mit Belastung. Das wird mir nicht nochmal passieren, dann. Ist ja eh das Vernünftigste, nicht? Wenn man den Stress niedriger hält, am niedrigsten, dann ist die, die Spanne zur Erkrankungsstufe dann höher auf jeden Fall. Man hat noch Spielraum. [...] (B1, 438–443)*

*B2: [...] weil bei mir ist es hauptsächlich, das sieht man mir auch an, dass ich stark Untergewicht habe und bei mir schlägt sich alles auf den Magen. Also, Appetitlosigkeit. Und manchmal lieg ich bloß tagelang oder so in meinem Bett und starr die Decke an. Aber das kann doch mein restliches Leben nicht sein. [...] (B2, 42–46)*

*B4: [...] Wenn ich jetzt das, so ein Vorzeichen hab, dass ich lustlos bin, dass ich mich zu nichts mehr aufraffen kann, dass ich vermehrt trink, dass ich (...) dann weiß ich, es stimmt irgendwas nicht und wo kann ich mich dann hinwenden, um Hilfe zu bekommen. Hat mir sehr geholfen, zurzeit auch zum Thema Alkohol. Ich trinke jetzt ein Bier zum Mittag, eins zum Abendessen. Und ich weiß, wenn es jetzt wieder mehr wird, dann stimmt irgendwas nicht. Dann stimmt irgendwas nicht und, dann muss ich halt nachforschen was es sein könnte. [...] (B4, 117–124)*

*B4: [...] Und ich muss auch ehrlich sagen, ich habe mir da nie Gedanken darüber gemacht. Ich habe mir da keinerlei Gedanken darüber gemacht, warum trinke ich jetzt wieder mehr. Aber ich weiß es jetzt anhand von dem Kurs da, von dem, dass, wenn ich mehr trinke, dann stimmt irgendwas nicht. Und das muss seelisch sein, weil körperlich geht es mir sowieso schlecht. [...] (B4, 137–142)*

*B4: [...] Dem einen macht das gar nichts aus und der andere ist halt sehr empfänglich dafür. Also, und (...), ich denke, dass ich so in der Mitte lieg. Dass ich so (...) und sehen Sie, über so etwas hab ich mir noch nie Gedanken gemacht. Aber das war jetzt ein Anstoß und ich werde da auch weiter darüber nachdenken. (B4, 168–172)*

*B4: Dass ich meine, dass ich meine seelischen Probleme nicht einfach im Alkohol ertrinke, sondern jetzt Obacht gebe, wenn Vorzeichen, also Warnzeichen da sind. Dass ich Obacht gebe und dann auch frühzeitig, bevor ich zum Saufen anfang, was unternimm dagegen. Das hat mir die Gruppe gebracht. Ich habe nach der ersten Einheit schon, bin ich da schon ins Grübeln gekommen, hab schon darüber nachgedacht. [...] (B4, 360–365)*

*B4: [...] Und (...) vor allen Dingen, war es mir auch wichtig, dass ich den Anstoß bekommen hab, dass ich meine Probleme selber erkenn. Dass ich meine Probleme selber erkenn. Wenn es mir seelisch nicht gut gegangen ist, wie gesagt, dann ging halt das Trinken wieder los. Aber, woran das liegt, hab ich mir nie Gedanken gemacht. Jetzt mach ich mir welche. Jetzt mach ich mir welche. (B4, 449–454)*

*B6: [...] dass ich gerne was lerne und was für mich wichtig und was unwichtig für mich. Das ist die Hauptsache bei mir, dass ich nicht immer tiefer versink. [...] (B6, 17–19)*

## II. Empirischer Teil

B8: [...] Dass, dass man sich entfalten kann, das ist ganz gut. Weil immer bloß alles einpacken, das hat keinen Wert. Du musst dich auch mal auspacken können. [...] (B8, 258–260)

Neben den intendierten Wirkungen konnten auch nicht-intendierte Wirkungen identifiziert werden, die teilweise in engem Zusammenhang zueinander stehen. Fünf der acht Befragten (B2, B3, B4, B6, B8) bestätigten, dass durch das Programm *soziale Beziehungen gefördert wurden bzw. vermehrt soziale Kontakte* zu beobachten seien, die einer sozialen Isolation und Einsamkeit entgegenwirken würden.

B2: [...] gebracht hat das Ganze, dass man die Leute, mit denen wir zusammengesessen sind ... wir begegnen uns ganz anders im Haus. Also, man lebt, ich lebe jetzt seitdem nicht mehr ganz so isoliert wie vorher ... weil, da ist jetzt nicht jeder auf der gleichen Etage, aber man trifft sich im Treppenhaus, man bleibt bei einem Gespräch stehen, man geht nicht mehr so grußlos oder nur mit einem kurzen Hallo aneinander vorbei, sondern, mal schauen, ob sich da irgendwie [...]. (B2, 96–102)

B2: Ja, ja. Das habe ich auch gemeint, dass man sich jetzt plötzlich im Treppenaus oder Dings sieht. Sich auch mal, dass der eine oder andere, also gerade der Herr S. (Anmerkung von I: anderer Teilnehmer des Programms), dass wir schon inzwischen schon paarmal, weil das auch ein ganz angenehmer Mensch ist, der Herr S., der wo dort gesessen ist, mal bei mir im Zimmer sitzen auf eine Kaffee oder so, ratschen miteinander, wir waren auch schon mal da, wo wir durch die Fußgängerzone gebummelt sind. Und das hat sich alles so durch das Dings hier erst entwickelt. Weil, vorher ist man wirklich nur so grußlos aneinander vorbeigegangen und .... nicht grußlos, man hat sich begrüßt, aber keiner hat ... also insofern hat das Programm das auf jeden Fall, was gebracht. (B2, 140–150)

B4: Ja, mit, mit dem Kollegen, der Sie, der sich vorhin mit Ihnen unterhalten. Mit dem tausch ich inzwischen Computerprogramme aus [...] und unterhalten uns auch beim Abendessen. Das was vorher nicht der Fall war. Ja, also, wir sind uns in der Gruppe schon näher gekommen. Muss ich ehrlich sagen. (B4, 325–331)

B6: Habe ich immer Kontakt mit der Gruppe. Aber zum Anfang, bevor dieses Seminar, habe ich immer, also, ich sitz nur alleine, nur selten jemand kommt klopfen oder kommt also auf Zimmer. Bisschen unterdrücken ist in Ordnung, bisschen unterhalten, dann lässt er mich wieder zurück alleine. Ja, und das ist, das macht mich, sagen wir mal, traurig, noch trauriger. Und nach diesem Seminar, da gibt es so ständig Kontakt mit Leute. (B6, 215–221)

Fünf der acht Befragten (B2, B4, B6, B7, B8) äußerten eine *Verbesserung des seelischen Wohlbefindens* während bzw. nach Abschluss des Gruppenprogramms wahrgenommen zu haben.

B2: [...] Ich weiß nur, dass wenn ich die Gruppe verlassen habe, dass es mir anschließend besser gegangen ist. [...] (B2, 444–445)

B2: Für den restlichen Abend auf jeden Fall oder allgemein, weil ich hab ... weil vor allem, aber da waren alle Beteiligten, also, alle Beteiligten, mit den Rudelführer (lacht), also mit den Gruppenführer (lacht) (I: lacht), äh, dermaßen respektvoll und alles miteinander umgegangen sind und man sich sagt, seh her, das ist ein netter Haufen und ich habe mich auch immer wieder gefreut herzukommen. [...] (B2, 465–470)

B2: [...] ich nur Positives darüber sagen, weil es mir persönlich gut getan hat. [...] (B2, 693)

## II. Empirischer Teil

B4: *Doch, doch, das kann ich schon behaupten. Das kann ich schon behaupten. Ich bin etwas ausgeglichener geworden, ich bin ruhiger. [...]* (B4, 414–415)

B6: *Hm, jetzt, geht mich, geht mir auch bisschen besser jetzt. Vor, bevor ich hier kam oder bevor dem Seminar war mir noch schlechter.* (B6, 296–297)

B7: *Ja, es hat mich auch nochmal in mich, mich selber auch nochmal bisschen gestärkt. [...]* (B7, 255–256)

Zwei Befragte (B2, B8) trafen Aussagen bezüglich einer *Steigerung des Selbstwertgefühls*.

B2: *[...] Also, ich bin auf jeden Fall, insofern hat mir das Ganze schon was gebracht, weil (...) mir ist einfach, jemand hat mir zugehört, es ist wahrscheinlich auch hauptsächlich um das gegangen. Ich hab meine Meinung sagen können, mir ist zugehört worden, und ich habe auch nicht das Gefühl, also ich bin auch Dings ... also, bei dem was ich gesagt habe auch ernst genommen wurde, also, das nicht irgendeiner „pff“, des oder sonst irgend so was. [...] wenn man sich selber nutzlos vorkommt, also, praktisch keine Beachtung mehr hat oder das man praktisch, wenn der Gedanke kommt, für was ist man eigentlich noch gut auf dieser Welt. Und das ist mir in dieser Gruppe genommen worden, dieses Gefühl.* (B2, 470–486)

B2: *[...] Das ich zumindest in der Gruppe noch das Gefühl gehabt habe, das Gefühl wieder gefunden habe, dass ich nicht nutzlos und wertlos bin. [...]* (B2, 496–498)

B8: *Ja. Und das hat mich gewundert, wieso ich jetzt gelobt worden bin. Ich bin doch nicht so lobenswert und so. Aber scheinbar ...* (B8, 203–204)

Ein Befragter (B3) äußerte darüber hinaus Aspekte hinsichtlich der *Förderung sozialer Kompetenzen*, insbesondere einer vermehrten Empathiefähigkeit und Solidarität bezüglich anderer Teilnehmer/Bewohner.

B3: *[...] ich nehme mit raus, dass völlig unterschiedliche Menschen setzen sich zusammen, jeder hat eine andere Leidensgeschichte. Aber alle fühlen sich doch irgendwie gleich. Keiner sagt, ah ja, meine Leidensgeschichte ist schlechter, deine ist besser. [...] Und, dass ich eben halt auch so mitbekommen habe, wie ticken die anderen um mich herum zu diesen und jenen Gesichtspunkten. Das war für mich eigentlich persönlich, was ich hier mit rausgenommen habe.* (B3, 263–275)

B3: *[...] Also, was will ich mehr? Und ich hab alle, wie gesagt, für mich war das Lehrreichste, am besten, dass wirklich hier ... selbst die stillsten Typen, die wir hier im Haus ja auch haben, die Zurückgezogensten, aus sich herausgekommen sind und was erzählt haben. Und das hat mir eigentlich am meisten imponiert, gefreut und, ja, beeindruckt. Das hab ich gelernt. Dass es auch solche Menschen gibt, die in einer gewissen Atmosphäre unter Gleichgesinnten dann doch auf einmal zeigen, die können ja auch ganz anders, als sie sich immer so geben.* (B3, 305–312)

Als eine wesentliche und sehr *konkrete Verhaltensänderung* soll an dieser Stelle die *Alkoholreduktion* von B4 hervorgehoben werden, der diese unmittelbar auf das Gruppenprogramm *gesund.sein* zurückführte, wie folgende Aussagen von ihm, und die Beobachtung von B3, verdeutlichen:

B3: *[...] Und ich habe erfahren hier, dass einige, von einem weiß ich [...] der hat wirklich hier was rausgezogen. Seitdem trinkt er weniger und so weiter. Und das finde ich allerdings schon mal klasse.* (B3, 275–278)

## II. Empirischer Teil

B4: [...] Hat mir sehr geholfen, zurzeit auch zum Thema Alkohol. Ich trinke jetzt ein Bier zum Mittag, eins zum Abendessen. Und ich weiß, wenn es jetzt wieder mehr wird, dann stimmt irgendwas nicht. Dann stimmt irgendwas nicht und, dann muss ich halt nachforschen was es sein könnte. [...] (B4, 120–124)

B4: [...] Richtig, die Möglichkeit hatte ich vorher nicht. Und ich muss auch ehrlich sagen, ich habe mir da nie Gedanken darüber gemacht. Ich habe mir da keinerlei Gedanken darüber gemacht, warum trinke ich jetzt wieder mehr. Aber ich weiß es jetzt anhand von dem Kurs da, von dem, dass, wenn ich mehr trinke, dann stimmt irgendwas nicht. Und das muss seelisch sein, weil körperlich geht es mir sowieso schlecht. [...] (B4, 136–142)

Zudem zeigten sich auch *einrichtungsbezogene Wirkungen*, die über den Einzelfall eines Teilnehmers hinaus zu beobachten sind und für den gesamten Kontext einer Einrichtung relevant erscheinen. Anhand der Aussagen von B4 wurde deutlich, dass ein *verändertes Klima unter den Teilnehmern/Bewohnern* erkennbar sei, welches auch für den weiteren Kontakt untereinander prägend sein könne.

B6 erläuterte, dass *Inhalte von gesund.sein auch über die Gruppentreffen hinaus thematisiert* wurden.

B6: [...] Ein Thema, einer fragt, im Nachhinein, wenn das ist zu Ende diese, sagen wir Sitzung, dann sitzen wir uns oben in einem Zimmer von einem Freund und dann diskutieren wir noch weiter. Wie war heute? Unter uns, ohne Sozialarbeiter. Wie war uns? Du hast dich nicht benommen heute. Ah, du warst mal böse heute. Ah, du warst nett heute. So, machen wir das, das macht Spaß. Aber muss man die, sagen wir dies, wie soll ich sagen, die Leute, die Interesse haben. [...] (B6, 356–362)

Zudem können alle *Teilnehmer als Multiplikatoren* verstanden werden, die andere Bewohner zu einer Teilnahme weiterer Programmdurchläufe motivieren können, wie sich anhand der Aussagen von B6 feststellen lässt.

B6: [...] Er kann entweder ja, ich kann teilnehmen oder er sagt, ich überlege. Aber ich lass ihm keine Chance das zu überlegen (I und B6 lachen), ich muss ihm überreden, dass er mitmacht. Ich hab auch zwei, zum Anfang die wollen nicht [...] Die zwei Kollegen oben, die wollen nicht mitmachen, dann hab ich die beiden in mein Zimmer eingeladen, ein Bierchen getrunken. Und dann, wann, wann, wann? Ich sage so, Dienstag, nächste Woche fangen wir an, 14 Uhr, äh 12:30 Uhr gehen wir da rein. Ja, wir machen das. Wir haben die beide im Büro gemeldet. [...] (B6, 402–414)

### Wirkfaktoren (UK 3.2)

In sechs der acht Interviews lassen sich potenzielle Wirkfaktoren des Gruppenprogramms identifizieren, die auf drei Ebenen angesiedelt zu sein scheinen.

Auf der ersten Ebene stehen die *Haltung bzw. die Beziehungsgestaltung der Gruppenleitungen* bezüglich der Teilnehmer im Mittelpunkt. Hierbei zeigte sich ein positiver Einfluss durch einen *partnerschaftlichen Stil im Sinne der Motivierenden Gesprächsführung* (B3, B4), der durch *Wertschätzung und positive Verstärkung* (B2) zum Ausdruck kam.

B2: [...] aber da waren alle Beteiligten, also alle Beteiligten, mit den Rudelführer (lacht), also mit den Gruppenführer (lacht) (I: lacht), äh, dermaßen respektvoll und alles miteinander umgegangen sind und man sich

## II. Empirischer Teil

*sagt, seh her, das ist ein netter Haufen und ich habe mich auch immer wieder gefreut herzukommen. Also, ich bin auf jeden Fall, insofern hat mir das Ganze schon was gebracht, weil (...) mir ist einfach, jemand hat mir zugehört, es ist wahrscheinlich auch hauptsächlich um das gegangen. Ich hab meine Meinung sagen können, mir ist zugehört worden [...] (B2, 466–473)*

*B3: [...] Aber so, gut gemanaged haben sie das und die haben nicht zu lange vor sich hingeredet, haben nicht erklärt wie, wie ein Schulmeister, sondern haben einfach gesagt, so Freunde, das ist das Thema, das ist das und das, haben auch ihre eigene persönliche Meinung dazugesagt [...]. (B3, 167–170)*

*B4: (...) Die waren hervorragend, muss ich ehrlich sagen. Die waren nicht bestimmend, also, es muss jetzt darüber und darüber und darüber geredet werden. Die haben das Gespräch schon laufen lassen. [...] (B4, 335–337)*

Auf der zweiten Ebene lassen sich Wirkfaktoren bei der *Umsetzung der Programminhalte* ausfindig machen. Dabei wurde deutlich, dass die *Themen von den Teilnehmern als persönlich relevant wahrgenommen* werden müssen (B4).

*B4: [...] Weil das Thema interessant ist und [...] Weil es war jeder interessiert daran, dass hat man sofort gemerkt schon beim ersten, bei der ersten Einheit, hat man schon gemerkt es hat jeder Interesse daran. Weil jeder hat sich beteiligt daran. Es hat ein jeder geredet [...]. (B4, 56–60)*

Die *Kombination*, über die Themen sowohl auf einer *allgemeinen Ebene* zu informieren als auch diese auf einer *persönlichen Ebene* zu diskutieren und Inhalte zu konkretisieren, zeigte sich als ein wesentlicher Wirkfaktor (B8).

*B8: Ja, weil, ich finde es ist auch besser, am besten, dass man extreme Probleme hat. Denn das (...) denn nur durch du so ein kleines Problem vorbringst, ja, das ist, das ist jetzt auf dich bezogen. Aber, das ist nur deine Sache besprochen. Aber es geht um das Bereich, den Bereich, die ganzen Leute, die hier sitzen. Und deswegen ist lieber Probleme, die extrem sind. Und deswegen sind Probleme, die extrem sind, viel besser. Natürlich kann meines, dass dein Problem kann sich da unter Umständen da bisschen kombinieren damit. (B8, 107–114)*

Zudem wird ein *erfahrbares Wissen* von einzelnen Teilnehmern als bedeutsam beschrieben (B4).

*B4: [...] Und das ist, das, das Wissen zu haben, ist hervorragend. Das ist beruhigend und das Wissen spielt vielleicht auch eine Rolle, dass ich ausgeglichener bin jetzt. Weil ich weiß, ich bin nicht alleine [...]. (B4, 443–445)*

Auf der dritten Ebene sind Wirkfaktoren hinsichtlich einer *bewussten Gestaltung eines partizipatorischen Rahmens* des Programms zu nennen. So ist, wie bereits in den Kategorien UK 2.1 und UK 2.5 deutlich wurde, prinzipiell eine *geschlossene Gruppe* als geschützter Rahmen für einen vertrauensvollen Austausch zu wählen. Die *angenehme Gestaltung und Atmosphäre des Gruppenraums* spielte sowohl für die Programmteilnahme als auch für die Beteiligung an und die Auseinandersetzung mit den Programminhalten eine wichtige Rolle (B6, B8).

## II. Empirischer Teil

*B6: Ja, also von A bis Z, also. Auch Essen, Kaffee, alles. Man hat teilgenommen zusammen, wir haben uns geholfen und jede Hand wäscht die andere. (B6, 189–191)*

*B8: Eigentlich ziemlich wohl. Man war sehr gut versorgt und ... (grinst) man lacht jetzt drüber, man hat Kaffee da, man hat Kuchen da und, also, da hat sich keiner beklagen können. (B8, 140–142)*

Das direkte Einbeziehen der Teilnehmer in die Organisation der Gruppentreffen schien begünstigende Auswirkungen auf die Beteiligung und Akzeptanz des Programms zu haben (B5).

*B5: Es war ja auch so, dass der, wo jetzt noch kommt, wir haben ja da auch zu Essen gekocht. Wir standen vorab schon eine Stunde in der Küche und haben das Essen mit runtergebracht. Also, ich find das total klasse wie das war. Es war richtig gut, also absolut. (B5, 94–97)*

### **Arbeitsfeld/Organisation (OK 4)**

Innerhalb dieser Kategorie werden Aspekte des Programms erfasst, die Anschlussmöglichkeiten für arbeitsfeldbezogene bzw. organisationale Fragstellungen bieten. Hierbei werden Aussagen bezüglich der Auseinandersetzung mit dem Thema „seelische Gesundheit“ im Rahmen des Einzel- als auch des Gruppensettings aufgegriffen. Zudem werden Rückmeldungen der Interviewten identifiziert, die einrichtungsbezogene Anknüpfungspunkte offenlegen.

#### Setting (Gruppe/Einzel) (UK 4.1)

Von den acht Interviewten äußerte sich die Hälfte dazu, inwieweit ihre seelische Gesundheit in Einzelgesprächen (die in sehr unterschiedlicher Intensität und Regelmäßigkeit in allen Einrichtungen stattzufinden scheinen) thematisiert werde. Nur eine Person bejahte dies eindeutig (B1), während drei Personen dies verneinten (B2, B4, B6). B4 führte an dieser Stelle zudem eine Begründung an, warum er im Einzelsetting bewusst nicht über seine seelische Gesundheit sprechen wolle.

*B4: [...] Mit dem Sozialarbeiter rede ich nicht über seelische Probleme. Nur über Alltagsprobleme und solche Sachen halt. AOK oder wenn irgendwas mit dem Gerichtsvollzieher, dann rede ich mit dem Sozialarbeiter, aber wenn ich seelische Probleme hab, rede ich da nicht darüber. (B4, 265–269)*

*B4: [...] Mein Sozialarbeiter. Und wie gesagt, über seelische Probleme rede ich mit ihm nicht. Ich habe das Gefühl, dass das ihm nichts angeht. Dass das mein Problem ist und das bleibt mein Problem. Entweder ich kann es lösen oder ich kann es nicht lösen. Das ist, dann, äh, äh, werde ich das Problem halt verdrängen. Dann werde ich das ... bis es nicht mehr aktuell ist oder. (B4, 284–289)*

Weiter deuteten sich auch strukturelle Defizite an, wie die unzureichende Möglichkeit regelmäßig Einzelgespräche in Anspruch nehmen zu können.

*B6: Ne, Einzelgespräch, es gibt nicht. [...] (B6, 233)*

*B7: Ich hab schon lange keine Einzelgespräche mehr gehabt. (B7, 198)*

Vier der befragten Teilnehmer (B1, B5, B6, B7) gaben explizit an, sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting offen für das Thema „seelische Gesundheit“ zu sein. Betrachtet man Vorteile zur Auseinandersetzung mit der eigenen seelischen Gesundheit im Einzelsetting, führte lediglich B6 einen noch vertraulicheren Rahmen zwischen zwei Personen an, wie er ihn in seiner derzeitigen Psychotherapie wahrnehme. Vier der Interviewten (B1, B2, B7, B8) nannten hingegen Vorteile, wenn das Thema innerhalb einer Gruppe besprochen werde, wie beispielsweise der vermehrte Input durch die anderen Teilnehmer (B1), der gegenseitige Austausch über das Thema (B2) oder das gemeinsame Erkennen und Besprechen von Problemen (B8).

*B1: [...] Aber in der Gruppe haben wir schon den Vorteil, es waren halt zwei Leiter da und dann auch andere Leute, dass doch noch jemand einen anderen Gedanken hat und so. [...] (B1, 354–357)*

*B2: [...] Aber dadurch, dass ich anderen mit dabei zuhöre und bei dem, was der andere sagt, gibt er mir ein Stichwort, was mir gerade jetzt wieder einfällt, was ich auch gerade zu Worte bringen möchte. [...] (B2, 209–211)*

*B2: [...] Es ergibt sich mehr. Es ergibt sich unterschiedlich mehr, wenn man in einer Gruppe diskutiert und Gespräche führt, finde ich. (B2, 219–221)*

Anhand der Aussagen von B4 verdeutlichte sich das große Potenzial eines Gruppenprogramms zum Thema „seelische Gesundheit“ für Bewohner in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Wie bereits oben aufgezeigt, konnte B4 seine seelische Gesundheit weder für sich selbst adäquat kommunizieren, noch in Einzelgesprächen mit seinem Sozialarbeiter. In dem Gruppenprogramm ist ihm dies erstmalig (vereinfacht) gelungen.

*B4: [...] Ich hab da auch Sachen von mir preisgegeben, die ich noch nie einem Menschen erzählt hab. Also, und, da hab ich schon gemerkt, dass mir das einfacher fällt, also leichter fällt. (B4, 297–299)*

#### Einrichtung (UK 4.2)

Aussagen der Interviewten zeigten Chancen und Anknüpfungspunkte für die jeweiligen Einrichtungen über das Programm hinaus. Dies verdeutlichte sich anhand der Aussagen von B4 und B7 bezüglich der Auswirkungen des Programms auf das Zusammenleben und Klima der Bewohner des gesamten Hauses.

*B4: Also, die war hervorragend. Muss ich ehrlich sagen. Äh, hier drinnen geht es zu wie, äh, zwischen Hund und Katze, also, es gibt selten einen Tag, wo nicht irgendwelche Streitereien da sind und so, und. Aber es hat jeder in die Gruppe gepasst. Es wurde höflich miteinander geredet. Und miteinander umgegangen, möchtest du einen Kaffee oder ... ja, das bin ich hier drinnen normalerweise nicht gewöhnt. [...] (B4, 239–244)*

Zwei der befragten Teilnehmer äußerten bereits Pläne für zukünftige Gruppentreffen. B7 konkretisierte dies mit der Planung monatlicher Treffen der Teilnehmer unter erneuter Beteiligung der Gruppenleitungen von *gesund.sein*.

*B7: [...] die kommen dann aber glaub ich beim nächsten, bei unserem internen Gruppentreffen nochmal auch mit dazu. Weil, wir hatten ja sowieso nochmal abgemacht, dass wir uns einmal im Monat treffen. Das ist schon nächste Woche. [...] (B7, 214–217)*

B2 beschrieb das Potenzial der Selbstorganisation der Teilnehmer in Form einer Selbsthilfegruppe innerhalb des Wohnheims.

*B2: [...] wir können ja unter uns Selbsthilfegruppen bilden oder so irgendwie. So was gibt es ja im privaten Bereich auch oder wo Männer zusammenkommen. Heute ist Herrenabend, dass man sich zum Kartenspielen oder Dings irgendwas treffen. Das sind vielleicht auch indirekte Selbsthilfegruppen dann, weil da Gesprächsthemen oder irgendwas dazukommen. [...] (B2, 307–312)*

Abschließend lässt sich der Wunsch der Teilnehmer an vermehrten sozialarbeiterischen Hilfeangeboten konstatieren. So wünschten sich B2 und B4 einen direkten Anschlusskurs an *gesund.sein*. Vier der befragten Teilnehmer (B2, B3, B5, B6) äußerten konkret den Wunsch, dass *gesund.sein* oder ähnliche Gruppenprogramme regelmäßig und als fester Bestandteil in der Einrichtung angeboten werden.

*B2: [...] vielleicht wenn sich so was bewährt, dass das Programm wieder fortsetzt oder dass man so etwas nochmal ins Leben rufen. (B2, 275–277)*

*B4: [...] Ich finde aber, es sollte da noch Anschlusskurse oder zumindest einen Anschlusskurs geben. Weil das Thema interessant ist und (...), wie gesagt, also sehr kurzweilig ist. Weil, es war jeder interessiert daran, dass hat man sofort gemerkt schon beim ersten, bei der ersten Einheit, hat man schon gemerkt, es hat jeder Interesse daran. [...] (B4, 55–59)*

*B6: [...] ich möchte gerne nochmal ein Seminar so. Das muss nicht sein auf die, wie soll ich sagen, gesundheitlich oder, man kann auch andere Sachen. [...] Oder allgemein, Seminar, man kann auch über Leben, Liebe, Gesundheit, wie man sich so vorstellt vor Leute oder wie man da rangeht. [...] (B6, 317–321)*

*B6: [...] Das muss so ständig solche Programm in solche Heim zu sein. Oder mit solche Leute wie ich zum Beispiel. Ich habe auch genossen und dann möchte auch gerne noch, das noch weiter. Das hat mir viel Spaß gemacht, das ich kann, weiß ich nicht, hätte ich gerne so [...]. (B6, 420–424)*

### 8.2.2 Ergebnisse der Fokusgruppen mit den Gruppenleitungen

Die folgenden Ausführungen zeigen die wesentlichen Ergebnisse der vier Fokusgruppen (eine Fokusgruppe pro Träger bzw. Standort). Die Fokusgruppen fanden etwa zwei bis vier Wochen nach Programmende in den Einrichtungen der jeweiligen Standorte statt und wurden vom Verfasser durchgeführt. Die Zusammensetzung der einzelnen Fokusgruppen ist der Tabelle 2 in Kapitel 7.2.2 zu entnehmen. Eine Beschreibung der Rahmenbedingungen der Fokusgruppen erfolgte bereits in Kapitel 7.4.3. Die Ergebnisse der vier Gruppen wurden sowohl durch die entsprechenden Dokumentations- und Reflexionsbögen ergänzt als auch im letzten Schritt des inhaltsanalytischen Vorgehens – der *Strukturierung* – bereits miteinander in Beziehung gesetzt. Daraus ergab sich abschließend eine übergreifende Strukturierung der

wesentlichen Ergebnisse aller vier Fokusgruppen in Bezugnahme auf das erarbeitete Kategoriensystem, das sich unmittelbar auf die entsprechenden Forschungsfragestellungen bezieht (vgl. Auswertungen der Fokusgruppen in Anhang B4). Diese übergreifenden Ergebnisse werden in den folgenden Darstellungen ausgeführt.

### **Struktur/Rahmenbedingungen (OK 1)<sup>18</sup>**

Die Mehrheit der Gruppenleitungen erachtete insgesamt 6 Einheiten für das Programm als adäquat bemessen. Diese Bewertung wurde durch die Beobachtung verstärkt, dass die meisten Teilnehmer nach 6 Einheiten das Programm motiviert und zuversichtlich verließen und daher weder stark unter- oder überfordert erschienen (*→ 6 Einheiten beibehalten*). Auch die Dauer von 90 Minuten pro Einheit wurde überwiegend als sehr angemessen eingestuft. In einzelnen Fällen seien Einheiten auf 120 Minuten ausgedehnt worden (z. B. aufgrund von Gruppenkonstellation, inhaltlichem Umfang und besonderem Interesse der Teilnehmer). Aus Sicht der Gruppenleitungen scheint es jedoch nicht sinnvoll, die Länge der Einheiten grundsätzlich zu erhöhen, sondern vielmehr im Manual anzumerken, dass bei Bedarf und in Rücksprache mit den Teilnehmern die Möglichkeit bestehe, die Dauer einer Einheit auf 120 Minuten zu erhöhen (*→ 90 Minuten pro Einheit beibehalten; Anmerkung im Manual: Bei Bedarf und in Rücksprache mit den Teilnehmer ggf. auf max. 120 Minuten erhöhen*). Die Gruppenleitungen bewerteten den wöchentlichen Rhythmus ebenfalls als sehr angemessen. 2 Einheiten pro Woche würden in vielen Einrichtungen auch für die Fachkräfte eine zu hohe Arbeitsbelastung darstellen (*→ Wöchentlichen Rhythmus beibehalten*). Die Programmdurchführung direkt in den jeweiligen Einrichtungen *vor Ort* wurde als entscheidende Voraussetzung zur Teilnahme der Zielgruppe wahrgenommen, wobei die Notwendigkeit im Manual nochmals verdeutlicht werden soll (*→ Durchführung vor Ort beibehalten; Notwendigkeit und Bedeutung im Manual hervorheben*). Die Gruppenleitungen wiesen darauf hin, dass eine feste und einheitliche Struktur bei der Programmdurchführung von großer Bedeutung sei. Hierfür sei es ratsam, einen verbindlichen Wochentag und eine verbindliche Uhrzeit für alle Einheiten über den gesamten Programmverlauf festzulegen. Um möglichst viele Teilnehmer zu gewinnen, sei bewusst auf das Zeitfenster der Programmdurchführung zu achten. Hierbei könne zum Beispiel die Jahreszeit (im Sommer sind viele Bewohner nur selten in der Einrichtung anzutreffen) oder das Überschneiden mit anderen Veranstaltungen (Weihnachtsfeier, Sommerfest) bzw. Hilfeangeboten (nicht zwei

---

<sup>18</sup> OK = Oberkategorie (vgl. Auswertung der Fokusgruppen mit den Gruppenleitungen im Anhang B4)

Gruppenprogramme parallel) eine Rolle spielen. Die Informationsveranstaltung sollte gemäß den Rückmeldungen aus den Fokusgruppen etwa eine Woche vor dem Programmbeginn stattfinden, die Werbung (Plakate, Handzettel) für das Programm innerhalb der Einrichtung etwa zwei bis vier Wochen vor der Programmdurchführung platziert werden. Insgesamt wurde eine angenehme und einladende Atmosphäre für die Gruppentreffen als sehr wichtig erachtet. Hierfür sei eine gemütliche Gestaltung des Gruppenraums, die Möglichkeit zum Rauchen in den Pausen, wie auch das Bereitstellen von Essen und Trinken von Bedeutung (→ *Bewusste Gestaltung des äußeren Rahmens*).

### **Konzeptioneller Rahmen (OK 2)**

Den konzeptionellen Rahmen und den theoretischen Hintergrund bewerteten die Gruppenleitungen als verständlich und passend für das Feld der Wohnungslosenhilfe und die entsprechende Zielgruppe. Die Umsetzung des konzeptionellen Rahmens erfordert eine spezielle Grundhaltung (Wertschätzung, *auf Augenhöhe* begegnen, Perspektive der Salutogenese), die nach Aussagen der Gruppenleitungen wesentlich durch die Workshops vermittelt worden sei. Demnach solle im Manual ein Hinweis erfolgen, der den Stellenwert von Schulungen betone, um das Programm im Sinne des Konzeptes umzusetzen und entsprechend des Manuals zu handeln (→ *Hinweis: Bedeutung Schulung für Manualtreue*).

### **Setting: Gruppe (OK 3)**

Innerhalb der vier Fokusgruppen zeigte sich, dass in nahezu allen Einrichtungen keine themenzentrierten Gruppenprogramme in der Angebotsstruktur etabliert sind. Nur sehr vereinzelt wurden Programme angeboten, jedoch nicht regelmäßig und meist abhängig von einzelnen Fachkräften. Das Gruppensetting werde jedoch von den Gruppenleitungen als wichtige Säule neben der Einzelfallhilfe angesehen, da hierbei ein anderer Zugang zur Zielgruppe ermöglicht werden könne. Dieser Zugang erscheine weniger konfrontativ und eröffne anhand eines gruppenspezifischen Prozesses eine vielschichtige Arbeit mit den Klienten. Gruppenprogramme würden, im Gegensatz zur Einzelfallhilfe, die häufig durch alltägliche Aufgabenstellungen, Zwischenfälle und Krisensituationen geprägt sei, die Möglichkeit einer systematischen Fokussierung auf ein konkretes Thema bieten. Gemäß den Rückmeldungen der Gruppenleitungen bringe *gesund.sein* auch viele Anknüpfungspunkte für das Einzelsetting hervor, wodurch der Einstieg in das Thema „seelische Gesundheit“ gefördert und erleichtert werde. Als Gruppengröße für das Programm wurden fünf bis acht Teilnehmer empfohlen, wobei in kleinen Einrichtungen auch eine Mindestteilnehmerzahl von

drei Personen denkbar sei. Zehn Teilnehmer wurden als maximale Größe einer Gruppe betitelt, da sonst den einzelnen Personen nicht genügend Beteiligung gewährt werden könne. Das Klima der Gruppe wurde von den Gruppenleitungen sehr positiv, wertschätzend, tolerant und unterstützend beschrieben. Im Laufe des Programms sei die Gruppe immer weiter zusammengewachsen. Der Umgang und Austausch unter den Teilnehmern wurde sehr positiv wahrgenommen, da es auch introvertierten und zurückhaltenden Teilnehmern sehr gut möglich gewesen sei, partizipieren zu können. Zudem sei eine Erleichterung der Teilnehmer durch das Erkennen ähnlicher Problemlagen und Lebensgeschichten zu beobachten gewesen. Im Manual solle eine Erläuterung eingefügt werden, die auf die Herausforderung gruppenspezifischer Prozesse hinweist und demnach die Notwendigkeit von *zwei* durchgehend anwesenden Gruppenleitungen betont.

### **Zielgruppe (OK 4)**

#### Programmakzeptanz

Das Gruppenprogramm sei von der heterogenen Zielgruppe der Wohnungslosenhilfe sehr gut angenommen worden. Dies werde insbesondere anhand der Programmreichweite wie auch der sehr geringen Anzahl an Drop-outs deutlich.

#### Programmreichweite

Die Daten der quantitativen Erhebungen wurden im Rahmen der Fokusgruppen nochmals bestätigt. Demnach nahmen zu Beginn des Programms insgesamt 60 Personen in acht Einrichtungen teil. Wie Tabelle 10 verdeutlicht, wurde die kleinste Gruppe mit 3 Teilnehmern durchgeführt (bei gesamtlicher Bewohnerzahl von ca. 20 Personen), die größte Gruppe startete mit 10 Teilnehmern, von denen 8 Personen das Programm vollständig durchliefen. Es waren insgesamt lediglich 3 Drop-outs zu verzeichnen, die jeweils nach Einheit 1 oder Einheit 2 dokumentiert wurden. Somit durchliefen insgesamt 57 Teilnehmer das gesamte Gruppenprogramm. Die Teilnehmerquote gemessen an der Anzahl der jeweiligen Bewohner, die potenzielle der Zielgruppe von *gesund.sein* entsprachen, liegt für die acht Einrichtungen bei einem Mittelwert von fast 11 % und wurde von den Gruppenleitungen im Vergleich zu anderen Angeboten als sehr hoch eingestuft, insbesondere für ein themenzentriertes Gruppenprogramm, das eine Teilnahme über einen Zeitraum von 6 Wochen erfordert.

Tabelle 10: *Programmreichweite*

Einrichtung	Anzahl der Bewohner, die potenziell der Zielgruppe von <i>gesund.sein</i> entsprachen	Anzahl der Teilnehmer von <i>gesund.sein</i> zu Beginn des Programms	Anzahl der Drop-outs von <i>gesund.sein</i>	Anzahl der Teilnehmer von <i>gesund.sein</i> , die am gesamten Programm teilnahmen (mind. an 4 von 6 Einheiten)	Teilnehmerquote pro Einrichtung (in %)
A1	70	8	0	8	11,43
A2	50	6	0	6	12,00
A3	50	8	0	8	16,00
A4	80	9	0	9	11,25
B1	80	8	1	7	8,75
C1	55	8	0	8	14,54
C2	30	3	0	3	10,00
D1	200	10	2	8	4,00
Insgesamt	615	60	3	57	10,99*

*Anmerkungen:* \*Dieser Wert beschreibt nicht die Teilnehmerquote hinsichtlich aller Bewohner, die potenziell der Zielgruppe von *gesund.sein* entsprachen (n=615), sondern dieser Wert ist das arithmetische Mittel der acht einrichtungsspezifischen Teilnehmerquoten.

### Teilzielgruppen/Indikation

Die Gruppenleitungen schätzten die Teilnehmer des Programms in ihrer Heterogenität als repräsentativ für die gesamte Zielgruppe der Wohnungslosenhilfe ein. Diese Heterogenität der Programmteilnehmer wurde sehr positiv bewertet und stelle sich strukturell-organisatorisch wie auch inhaltlich-gruppenspezifisch als notwendig bzw. gewünscht dar. Hierbei wurde von den Gruppenleitungen auch *Niedrigschwelligkeit* als wesentliches Merkmal der Wohnungslosenhilfe angeführt, die einer weiteren Eingrenzung der Zielgruppe von *gesund.sein* entgegenstünde. Eine spezifische Eingrenzung der Zielgruppe gestalte sich für die Einrichtungen organisatorisch sehr schwierig, da interessierten Bewohnern, die nicht der (eingegrenzten) Zielgruppe entsprächen, eine Teilnahme versagt werden müsse. Außerdem sei die Vielfalt an Lebensgeschichten und Erfahrungen einer heterogenen Gruppe für alle Teilnehmenden sehr bereichernd und entspreche auch dem tatsächlichen und täglichen Lebensumfeld der Bewohner in der Einrichtung. Trotz allem war laut Angaben der Gruppenleitungen bei den Teilnehmern ein unterschiedliches Vorwissen zum Thema „seelische Gesundheit“ zu erkennen. Für Teilnehmer mit mehrmaliger Psychiatrieerfahrung würden die Inhalte häufig eine Wiederholung bzw. Auffrischung darstellen, sodass eine

vertiefte, inhaltliche Auseinandersetzung, zumindest in einigen Fällen, durchaus denkbar sei. Demgegenüber sei das Programm für Teilnehmer ohne bzw. mit geringer Psychiatrieerfahrung, bei denen der Fokus eher auf einer Alkoholabhängigkeit liege, hilfreich, um einen Einstieg in die Thematik zu ermöglichen und eine Sensibilisierung zur erstmaligen, gezielten Auseinandersetzung zu fördern. Es wurde die Hypothese formuliert, dass das Programm für ältere Teilnehmer (tendenziell älter als 50 Jahre), deren Hauptproblemlage eine Alkoholabhängigkeit darstelle und die bisher keine bzw. kaum Psychiatrieerfahrung aufweisen, die stärksten Effekte erzielen könne. Auch wenn vereinzelt Teilnehmer schwere kognitive Einschränkungen oder sehr geringe Deutschkenntnisse aufwiesen, seien sie von der Gruppe unterstützt worden, sodass es ihnen ebenfalls sehr gut möglich gewesen sei, sich einzubringen. Die Gruppenleitungen konstatierten ein großes Interesse der Träger hinsichtlich eines vergleichbaren Programms für wohnungslose Frauen und erkundigten sich wiederholt, ob *gesund.sein* auch für diese Zielgruppe anwendbar sei. Daraus lässt sich als zukünftige Forschungsthematik ableiten, wie eine Konzeption bzw. Modifikation des Gruppenprogramms für wohnungslose Frauen gestaltet sein müsste.

### Drop-outs

Wie bereits oben in Tabelle 10 dargestellt, nahmen zu Beginn des Programms in den acht Einrichtungen insgesamt 60 Personen teil, wobei drei Drop-outs zu verzeichnen waren. Ein Drop-out erfolgte in einer Gruppe mit acht Teilnehmern nach Einheit 2, da eine stärkere Vertiefung der Themen von dem Teilnehmer gewünscht wurde. Zwei Drop-outs erfolgten in einer Gruppe mit zehn Teilnehmern. Hierbei wurde ein Drop-out nach Einheit 1 dokumentiert, da das Gruppensetting für den entsprechenden Teilnehmer eine Überforderung darstellte. Der zweite Drop-out war nach Einheit 2 zu verzeichnen, dessen Grund nicht eruiert werden konnte.

## **Manual (OK 5)**

### Bewertungen

Der Aufbau und die Verständlichkeit des Manuals wurden von den Gruppenleitungen sehr gut bewertet. Das Manual und speziell die Materialien für die Gruppenleitungen wurden als sehr guter Rahmen für die methodische Umsetzung wahrgenommen. Der Umfang sei sehr überschaubar, sodass eine einfache Umsetzung gewährleistet sei, wobei angenommen werde, dass sich dies bei wiederholter Durchführung des Programms noch verstärke. Nach Einschätzung der Gruppenleitungen nahmen die Teilnehmer die ausgehändigten Materialien

sehr positiv an, erlebten diese als hilfreich und wünschten sich partiell noch vertiefende Unterlagen.

### Verbesserungsvorschläge/Ergänzungen

Für eine einheitlichere Übersicht sollen nach Aussagen der Gruppenleitungen in den „Anleitungen der Gruppenleitungen“ die Folien der PowerPoint-Präsentationen im Kleinformat in den Fließtext miteinbezogen werden. Außerdem seien die einzelnen Folien der Präsentationen zu nummerieren. Einheit 3 solle umbenannt werden, da der Titel „*Diagnosen und Medikamente*“ nicht unmittelbar den inhaltlichen Schwerpunkt darstellen würde und somit irreführend und für die Zielgruppe eher abschreckend sei. Als mögliche Alternative wurde „*Psychiatrische Fragestunde*“ vorgeschlagen. In der Einheit 6 solle die Strukturierung des Hilfenetzes noch verdeutlicht dargestellt bzw. angeleitet werden. Innerhalb des Manuals wurde seitens der Gruppenleitungen eine kurze Erläuterung gewünscht, ob Einheiten auch in variabler Reihenfolge anwendbar seien bzw. ob dies zu empfehlen wäre.

### Manualtreue

Die Workshops erachteten die Gruppenleitungen als wichtig, um das Programm manualgetreu umsetzen zu können. Alle Rückmeldungen der Gruppenleitungen innerhalb der Fokusgruppen verdeutlichten, dass die Manualtreue stets beachtet worden sei. Ausnahmen oder Abweichungen (z. B. vereinzelt sprachliche, didaktische oder inhaltliche Spezifizierungen) seien stets protokolliert worden.

### Manualisierung

Bei den Gruppenleitungen zeigte sich darin Übereinstimmung, dass ein methodisch strukturierter Rahmen (= Manualisierung) sehr positiv und wichtig für ein themenzentriertes Gruppenprogramm wie *gesund.sein* sei. Dieser Rahmen ließe gleichzeitig genügend Spielraum, um die eigene fachliche Expertise einbringen zu können. Sollte es Aufbaumodule oder ein Anschlussprogramm geben, sei erneut eine manualisierte Ausarbeitung erwünscht.

## **Inhalte/Einheiten (OK 6)**

### Bewertungen

Insgesamt wurde der inhaltliche *Umfang* der einzelnen Einheiten von den Gruppenleitungen positiv bewertet. Die Einheiten wurden zum Teil unterschiedlich umfangreich bezüglich der Inhalte wahrgenommen. So sei Einheit 1 als deutlich umfangreicher empfunden worden als Einheit 2. Diese Einschätzungen variierten jedoch und seien durchaus von der jeweiligen Gruppe und der aktiven Beteiligung der Teilnehmer in den einzelnen Einheiten abhängig. Bei der sehr heterogenen Zielgruppe sei es eine große Herausforderung, einen *Grad an*

*inhaltlicher Komplexität* zu wählen, der möglichst allen Teilnehmern gerecht werde. Insgesamt wurde die *Verständlichkeit* des Programms sehr positiv bewertet und als *eher einfach verständlich* anstatt *eher unverständlich* erachtet. Zu den einzelnen Einheiten formulierten die Gruppenleitungen noch folgende Bewertungen:

- Einheit 1: Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell erscheine sehr gut und sehr wichtig für die Teilnehmer (und bewirke häufig subjektive Erleichterung).
- Einheit 2 und 4 seien sehr gut verlaufen.
- Einheit 3 sei sehr wichtig für die Teilnehmer.
- Einheit 5 sei sehr gut verlaufen, „Kommunikation“ werde als sehr wichtiges Thema, auch über das Programm hinaus, bewertet.
- Einheit 6: Die Teilnahmezertifikate zum Abschluss des Programms seien von den Teilnehmern sehr positiv aufgenommen worden.

#### Anordnungen

Von den Gruppenleitungen wurden Vorschläge bezüglich unterschiedlicher Anordnungen der einzelnen Einheiten diskutiert, insbesondere der Tausch von Einheit 3 und Einheit 4. Ebenso war die Anregung zu verzeichnen, ob es sinnvoll sei, die Einheit 5 eher an den Anfang des Programms zu platzieren. Diesen Vorschlägen wurde jedoch in den Fokusgruppen auch gleichzeitig kritisch mit Gegenargumenten begegnet. Da an dieser Stelle kein einheitlicher Konsens gefunden werden konnte, scheint es insgesamt empfehlenswert, die Einheiten in ihrer Anordnung beizubehalten.

#### Ergänzungen/Verbesserungsvorschläge

Bezüglich der einzelnen Einheiten wurden folgende Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge durch die Gruppenleitungen herausgestellt:

- Einheit 1:
  - Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell solle anhand des Fassmodells (nach: Bäuml & Lambert, 2009, S. 16, 36; vgl. auch: Bäuml, Behrendt, & Kohler, 2016, S. 125, 126) vereinfacht und somit für die Teilnehmer besser verständlich dargestellt werden.
  - Da vereinzelt die inhaltliche Fülle dieser Einheit angesprochen wurde, solle im Manual erwähnt werden, dass das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (am Ende der Einheit 1) bei Bedarf zu Beginn der Einheit 2 wiederholt werden könne (Einheit 2 wurde mitunter als weniger inhaltlich gefüllt wahrgenommen, daher bei Bedarf entsprechende Kapazität).

– Einheit 2:

- Im Manual solle erwähnt werden, dass bei Bedarf zu Beginn dieser Einheit das Vulnerabilitäts-Stress-Modell aus Einheit 1 wiederholt werden könne.
- Der Punkt „Humor“ solle inhaltlich offen bleiben. Im Manual seien Möglichkeiten anzugeben, z. B. Cartoons ansehen oder Witze erzählen. Das Zeigen von Kurzfilmen bzw. Sketches wurde eher abgelehnt, da dies von den Teilnehmern nicht sehr positiv aufgenommen worden und darüber hinaus in einigen Einrichtungen technisch schwierig zu organisieren sei.
- Die Grundidee des Gesundheitskoffers sei von den Teilnehmern überwiegend verstanden worden. Als eine praktikable didaktische Lösung habe sich erwiesen, nicht zwei gesonderte Mappen anzulegen, sondern innerhalb der allgemeinen Teilnehmermappe, den Gesundheitskoffer als separates Fach am Ende der Mappe zu integrieren.

– Einheit 3 (Psychiater\_in):

- Diese Einheit sei nach Einschätzung der Gruppenleitungen überwiegend positiv verlaufen und wurde in allen Fokusgruppen als sehr wichtig bewertet.
- Es wurde darauf hingewiesen, dass die *Akquise* der Psychiaterin/des Psychiaters frühzeitig, mindestens drei bis vier Monate vor Programmstart, beginnen müsse. Auf eine *gezielte und differenzierte Auswahl der Psychiaterin/des Psychiaters* sei besonders zu achten, um diese Einheit zielgruppenorientiert und erfolgreich zu gestalten. Die Person solle sich auf die Zielgruppe wohnungsloser Menschen einlassen können, indem ihr auf Augenhöhe begegnet werde. Dies sei weniger durch einen klassisch medizinisch-psychiatrischen, sondern vielmehr durch einen niedrighwelligen und alltagsnahen Zugang möglich, wie Rückmeldungen der Gruppenleitungen hinsichtlich gelungener Durchführungen der Einheit 3 verdeutlichten.
- Folgende *Merkmale für eine erfolgreiche Umsetzung* können konstatiert werden:
  - Kein Einsatz von PowerPoint-Präsentationen, sondern eine offene Frage- bzw. Gesprächsrunde, in der flexibel auf Themen und Fragen der Teilnehmer eingegangen wird. Die Psychiaterin/der Psychiater soll dabei im besten Falle zwischen den Teilnehmern sitzen, um einem Machtgefälle möglichst entgegenzuwirken.

- Fremdwörter und komplizierte Fachbegriffe sind zu vermeiden, um durch eine einfache Sprache einen niedrigschwelligen und anschaulichen Zugang zu den Inhalten zu eröffnen.
  - Die Einheit darf nicht überfordernd sein. Durch einen unverbindlichen und nahbaren Zugang zu psychiatrischen/psychosozialen Themen sollen mögliche Ängste und Hemmungen bezüglich des Hilfesystems der Psychiatrie anhand der konkret erlebbaren Person der Psychiaterin/des Psychiaters abgebaut werden.
  - Einheit 3 solle von „Medikamente und Diagnosen“ zu „Psychiatrische Fragestunde“ umbenannt werden.
  - Die zeitliche Präsenz der Psychiaterin/des Psychiaters sei auf ca. 60 Minuten zu reduzieren, sodass anschließend noch ca. 30 Minuten Raum für eine Reflexion der Gruppenleitungen mit den Teilnehmern gegeben sei. Zudem erscheine es einfacher, eine Psychiaterin/einen Psychiater für 60 anstatt 90 Minuten zu akquirieren.
  - Im Manual sei eine kurze Anleitung bzw. ein kurzer Leitfaden für die Psychiaterin/den Psychiater aufzunehmen. Dieser Leitfaden solle lediglich einen Rahmen darstellen, der einen kurzen Überblick der Themen und Grundinformationen von *gesund.sein* wiedergebe, und bereits bei der Kontaktaufnahme und Akquise als Unterstützung und Klärung des Auftrags diene.
- Einheit 4:
- Diese Einheit wurde sehr positiv bewertet und es waren keine konkreten Verbesserungsvorschläge/Ergänzungen anhand der Fokusgruppen ausfindig zu machen.
- Einheit 5:
- Der Zusammenhang zwischen dem Thema „Kommunikation“ und „seelischer Gesundheit“ sei deutlicher hervorzuheben, zumindest in den Anleitungen für die Gruppenleitungen.
  - Einige Gruppenleitungen erachteten es als günstig, wenn die Situationen der Rollenspiele einen direkten Bezug zur Gesundheitsthematik aufweisen würden. Gleichzeitig wurde von anderen Gruppenleitungen positiv wahrgenommen, dass gerade kein direkter Bezug zur seelischen Gesundheit gewählt wurde, sondern alltägliche Situationen, durch die sich hilfreiche

Anknüpfungspunkte für weitere Diskussionen ergeben könnten. (*→ Eine differenzierte Auswahl der Rollenspiele ist daher, auch anhand der zusätzlichen Evaluationsergebnisse, zu treffen und zu begründen*).

- Sollte es sich als schwierig erweisen, Teilnehmer für die Rollenspiele zu gewinnen, könne eine „Aufwärmübung“ als Einstimmung dienen. Hierfür wurde beispielsweise eine Pantomime-Übung vorgeschlagen, die als Anregung und Option im Manual mit aufzunehmen sei.
- Einheit 6:
  - Da Einheit 6 nicht zu viele neue Inhalte bereitstelle, sei ein kurzes Zeitfenster festzulegen und einzufügen, in dem inhaltliche Rückfragen bezüglich des gesamten Programms, unabhängig der abschließenden Feedbackrunde, gestellt werden können.
  - Das Erläuterungsblatt für das Hilfenetz sei zur besseren Verständlichkeit und einfacheren Handhabung noch zu konkretisieren.

### **Didaktik (OK 7)**

Insgesamt befürworteten die Gruppenleitungen eine Auswahl an didaktischen Mitteln, um diese unter Berücksichtigung der jeweiligen Gruppensituation flexibel einsetzen zu können. Über das gesamte Programm hinweg wie auch innerhalb der einzelnen Einheiten sei es sehr wichtig, Inhalte zu wiederholen, zusammenzufassen und somit den „roten Faden“ des Programms hervorzuheben.

Für die didaktische Umsetzung des Programms habe sich laut der Gruppenleitungen der Einsatz folgender Mittel als sehr positiv erwiesen:

- Fragen und Diskussionen im gesamten Plenum
- Input anhand der PowerPoint-Präsentationen
- Flipchart
- Karteikarten
- Einzelarbeit, jedoch nur bei den Inhalten und Aufgabenstellungen für den persönlichen Gesundheitskoffer
- Rollenspiele (Einheit 5)

Hingegen wurden folgende didaktische Mittel als schwierig umsetzbar eingeschätzt:

- Kleine Hausaufgaben zwischen den einzelnen Einheiten seien nur selten umgesetzt worden. Es erscheine daher sinnvoll, am Ende der Einheiten „Hinweise“ oder „Übungen zur Selbstbeobachtung“ bis zur kommenden Einheit aufzuzeigen, die dann optional besprochen werden können.
- Einzelarbeit erscheine nur sinnvoll, wenn sie direkt zur Bearbeitung und Auseinandersetzung mit Aspekten des persönlichen Gesundheitskoffers eingesetzt werde.

### **Einschätzung der Teilnehmer (OK 8)**

#### Verständnis

Trotz der sehr heterogenen Teilnehmerstruktur, und der damit einhergehend sehr unterschiedlichen kognitiven Fähigkeiten und differierenden Vorwissen hinsichtlich des Themas „seelische Gesundheit“, wurde das Verständnis der Teilnehmer für die Inhalte des Programms sehr positiv bewertet. Das Gruppenprogramm habe den richtigen *Grad an inhaltlicher Komplexität* getroffen, da es für die Zielgruppe grundsätzlich weder unter- noch überfordernd konzipiert sei.

#### Motivation

Die Gruppenleitungen benannten drei *Motivationsfaktoren*, die ihrer Meinung nach für die Teilnahme der Bewohner an dem Programm von Bedeutung waren. Zum einen *das Interesse an dem Thema bzw. die Relevanz des Themas* für die Teilnehmer. Außerdem scheinen sich *Bewohner gegenseitig zur gemeinsamen Teilnahme an dem Programm motiviert* zu haben. Als dritter Aspekt wurde die *angenehme Atmosphäre* genannt (*Grundhaltung*, die mit dem Programm einhergeht; Essen und Trinken), die bei der Informationsveranstaltung zur Teilnahme motiviere, und im Verlauf des Programms die Motivation zur kontinuierlichen Teilnahme aufrechterhalte. Eine Prämie (für die Evaluationsstudie und/oder für die Programmteilnahme) bzw. die Möglichkeit zur Freistellung von arbeitstherapeutischen Maßnahmen im Zeitraum der Programmtreffen seien laut den Gruppenleitungen eher als Anreize zu verstehen, jedoch nicht als entscheidende Motivationsfaktoren.

#### Austausch

Die Gruppenleitungen bewerteten den Erfahrungsaustausch der Teilnehmer als sehr wichtig. Der Austausch der Teilnehmer sei von großer Toleranz, Geduld und gegenseitiger Wertschätzung gekennzeichnet gewesen, was als sehr herausragend und beeindruckend beschrieben wurde. Zudem falle es den Teilnehmern häufig leichter, Ratschläge oder

Anregungen von anderen Teilnehmern anzunehmen, als direkt von Fachkräften der Einrichtungen. In allen Gruppen seien sehr persönliche Erfahrungen der Teilnehmer in das Programm eingebracht worden. Dies spreche für eine sehr ehrliche und offene Auseinandersetzung mit dem Thema, die von den Gruppenleitungen in diesem Maße nicht erwartet wurde und im Einzelsetting nicht als üblich anzusehen sei. Um diesen wichtigen Austausch der Teilnehmer zu gewährleisten und zu fördern, müsse von den Gruppenleitungen ein Rahmen geschaffen werden, der allen Teilnehmern die Möglichkeit zur Partizipation eröffne. Die Diskussionen und Gespräche seien entsprechend zu moderieren, die Bezüge zum Thema stets herzustellen und ggf. sei an die Gruppenregeln zu erinnern.

### Wirkungen

Aus den Rückmeldungen innerhalb der Fokusgruppen ließen sich zwei Teilnehmer herausstellen, bei denen *konkrete Verhaltensänderungen bzw. Verhaltensweisen* beobachtet werden konnten, die im Zusammenhang mit *gesund.sein* aufgetreten seien. So habe ein Teilnehmer direkt im Anschluss an das Gruppenprogramm einen *Psychiater aufgesucht*, da er zu diesem Schritt durch die Inhalte des Programms und die Einheit 3 motiviert worden sei. Ein weiterer Teilnehmer habe während der Programmphase seinen *Alkoholkonsum erheblich reduziert und eine selbstkontrollierte Trinkmenge pro Tag festgelegt*. Vor dem Programm habe dieser Teilnehmer seinen Alkoholkonsum kaum als Problem wahrgenommen. Diese Selbsteinschätzung habe sich anhand des Programms stark verändert und die aktuelle Alkoholreduktion bewirkt.

In den Fokusgruppen beurteilten die Gruppenleitungen die Wirkungen des Programms bezüglich der zuvor festgelegten Zieldimensionen von *gesund.sein*. Hierbei wurde der *Informationszugewinn* für den überwiegenden Teil der Teilnehmer als *erfüllt* eingeschätzt. Eine *Stärkung der Kommunikationsfähigkeiten* sei für die meisten Teilnehmer zu verzeichnen, insbesondere aufgrund des regen Austausches der Teilnehmer untereinander. Eine *Stärkung der Selbsthilfepotenziale* wurde lediglich für einen geringeren Teil der Teilnehmer als erfüllt eingeschätzt, da dies nur bei wenigen unmittelbar zu erkennen sei (siehe oben: zwei konkrete Beispiele von Verhaltensänderung). Gleichzeitig wurde angemerkt, dass diese Wirkungsebene längerfristig betrachtet werden müsse und für viele Teilnehmer das Programm als „Start“ für die gezielte Auseinandersetzung mit der Thematik bewertet werden könne. Die vierte Wirkungsdimension des Programms – *die Motivationssteigerung bzw. Sensibilisierung zur Auseinandersetzung mit der eigenen seelischen Gesundheit* – schätzten die Gruppenleitungen für alle Teilnehmer als *sehr zutreffend* ein.

Auch über die vier Zieldimensionen hinaus waren Aussagen bezüglich Wirkungen und Effekte des Programms den Fokusgruppen zu entnehmen. So wurde das *Durchhalten des gesamten Programms* der Teilnehmer über einen Zeitraum von sechs Wochen bereits als großer Erfolg bewertet. Das *Interesse der Teilnehmer* an diesem sensiblen Thema zu wecken, stelle ebenfalls einen großen Erfolg dar. Auch nicht-intendierte bzw. zuvor nicht festgelegte Wirkungen und positive „Nebeneffekte“ wurden anhand der Aussagen der Gruppenleitungen deutlich. So fördere das Programm nicht nur die Kommunikationsfähigkeiten der Teilnehmer, sondern auch wesentliche *soziale Kompetenzen*, wie Empathie oder Wertschätzung. Dadurch sei sowohl innerhalb als auch außerhalb der Gruppe *die Aufnahme sozialer Kontakte* begünstigt worden, die der *sozialen Isolation vieler Teilnehmer entgegenwirke*. Bei vielen Teilnehmern sei zudem von einer *Steigerung des seelischen Wohlbefindens und des Selbstwertgefühls* auszugehen, welche durch das positive Erleben des Gruppenprogramms und damit einhergehend der eigenen Person als Teil dieses Prozesses, begünstigt worden sei. Für psychiatrieerfahrene Teilnehmer stelle das Programm weniger einen ersten Schritt zur Auseinandersetzung mit der Thematik dar, sondern vielmehr eine Wiederholung, die sehr positiv und hilfreich von den Gruppenleitungen bewertet wurde.

Auch einrichtungsbezogen seien Effekte zu beobachten. So wurde in den Fokusgruppen von einem *positiveren Klima unter den Teilnehmern bzw. Bewohnern* berichtet. Ebenso werde das Thema „seelische Gesundheit“ sowohl für die Bewohner als auch für die Mitarbeiter\_innen innerhalb der Einrichtung durch das Gruppenprogramm präsent.

### Wirkfaktoren

Die Gruppenleitungen betonten zwei potenzielle Wirkfaktoren. Zum einen die *salutogenetische Aufbereitung* der Inhalte, die die Auseinandersetzung mit der Thematik sehr vereinfache. Zum anderen könne das *Vermitteln von Informationen* (edukative Ebene des Programms) ein Gefühl der Erleichterung bei den Teilnehmern hervorrufen.

### Anknüpfung an Einzelgespräche

Das Gruppenprogramm liefere viele Anknüpfungspunkte für das Einzelsetting und erleichtere den Einstieg in das Thema „seelische Gesundheit“, das von den Gruppenleitungen (gerade im Rahmen von Einzelgesprächen) als schwer zugänglich beschrieben wurde. So seien bereits während als auch nach der Programmphase konkrete Situationen im Einzelsetting wahrgenommen worden, in denen beispielsweise das Vulnerabilitäts-Stress-Modell oder der Gesundheitskoffer mit Teilnehmern erneut aufgegriffen werden konnte. Ein Teilnehmer habe bereits im Rahmen eines Einzelgesprächs mit seinem Sozialarbeiter ein verbindliches

Erstgespräch mit einem Psychiater vereinbart, da ihn das Programm zu diesem Schritt motiviert und bestärkt habe.

### Sonstige Rückmeldungen bezüglich der Teilnehmer

Die Gruppenleitungen bilanzierten, dass sich die Teilnehmer ausnahmslos sehr positiv über das Programm geäußert haben und sich mit großem Engagement beteiligten. Allen Teilnehmern sei es möglich gewesen, sich das Programm auf ihre persönliche Art und Weise nutzbar zu machen und sich in der Thematik wiederzufinden. Der bewusst aufgebrauchten Zeit durch die Gruppenleitungen sei von den Teilnehmern mit großer Wertschätzung begegnet worden. Über das gesamte Programm hinweg wurden die Teilnehmer als sehr offen, ehrlich, tolerant, konzentriert, interessiert und zuverlässig (z. B. Pünktlichkeit) wahrgenommen. Nur vereinzelt seien Teilnehmer (auffallend) alkoholisiert zum Programm erschienen, jedoch sei es auch in diesen Fällen möglich gewesen, das Programm gemeinsam mit den entsprechenden Personen planmäßig durchzuführen. Gemäß den Rückmeldungen der Fokusgruppen habe das Mitwirken an der begleitenden wissenschaftlichen Untersuchung die Teilnehmer sehr stolz gemacht und sei von diesen als sehr positiv aufgenommen worden. Diese breite Akzeptanz spiegelte sich auch in der großen Bereitschaft zur Teilnahme an den Befragungen wider, insbesondere bei den Interviews, für die sich deutlich mehr Teilnehmer zur Verfügung gestellt haben, als im Rahmen der Evaluationsstudie durchgeführt und einbezogen werden konnten.

### **Zukunft/Visionen (OK 9)**

Alle Gruppenleitungen betonten den Wunsch und die Bereitschaft, das Programm nochmals durchzuführen. Teilweise waren bereits zum Zeitpunkt der Datenerhebung und -auswertung der Evaluationsstudie erneute Programmdurchläufe in Planung. Die überaus positive Resonanz der Teilnehmer sei ebenfalls bestärkend, das Programm in regelmäßigen Abständen anzubieten. Optional sei auch eine wiederholte Teilnahme von Bewohnern an dem Programm gut denkbar. Nach Aussagen der Gruppenleitungen hätten sich bereits viele Teilnehmer des Programms nach einem direktem Anschlusskurs oder möglichen Aufbaumodulen erkundigt und entsprechend Interesse bekundet. In allen Fokusgruppen ist als abschließender Konsens bezüglich der Zukunftsvision von *gesund.sein* zu benennen, dass es wünschenswert sei, das Programm als regelmäßiges Angebot in den Einrichtungen zu etablieren und ein Mal pro Jahr durchzuführen.

### **Persönliches Fazit (OK 10)**

Das persönliche Fazit der Gruppenleitungen fiel durchweg sehr positiv aus. So habe die Durchführung des Programms großen Spaß gemacht, sei sehr spannend und rundum gelungen gewesen. Viele Gruppenleitungen haben Teilnehmer des Programms von einer anderen Seite als im gewöhnlichen Alltag der Einrichtung oder im Einzelsetting erleben können, was als sehr bereichernd empfunden wurde. Zudem zeigte sich eine fachliche Begeisterung bezüglich der Euphorie und dem großen Interesse der Teilnehmer an dem, sonst eher als schwer zugänglich bewerteten, Thema. Anhand der Programmdurchführung und der Beteiligung an der Evaluationsstudie bewerteten die Gruppenleitungen themenzentrierte Gruppenprogramme (wie *gesund.sein*) als sehr wertvoll, die im Feld der Wohnungslosenhilfe dringend benötigt würden.

### **8.3 Ergebnisse der forschungsgenerierten Dokumentationen**

Die Ergebnisse der *Feedbackbögen der Teilnehmer* (Kapitel 8.3.1) und der *Dokumentations- und Reflexionsbögen der Gruppenleitungen* (Kapitel 8.3.2) dienen als ergänzende und vergleichende Quellen, die zum Teil bereits im Verlauf der Datenauswertungen mit Ergebnissen der quantitativen und qualitativen Erhebungen in Beziehung gesetzt wurden.

#### *8.3.1 Ergebnisse der Feedbackbögen der Teilnehmer*

Für die 6 Einheiten, wie auch für das gesamte Programm, zeigten sich anhand der Feedbackbögen der Teilnehmer, die unmittelbar am Ende jeder Einheit bzw. am Ende des Programms ausgefüllt wurden, sehr positive Rückmeldungen. Die Einheiten konnten mit drei unterschiedlichen Smileys bewertet werden, die mit *1 = gut*, *2 = mittel* und *3 = schlecht* codiert wurden. Einrichtungübergreifend zeigten sich für alle Einheiten Mittelwerte von 1.08–1.34. Am besten wurde Einheit 5 mit 1.08, am schwächsten Einheit 6 mit 1.34 bewertet. Das gesamte Programm wurde mit dem Gesamtmittelwert von 1.16 bewertet. Die einrichtungübergreifende Betrachtung der Ergebnisse der Feedbackbögen verdeutlicht, dass keine spezielle Einheit besonders positiv oder negativ hervorzuheben ist. Auch einrichtungsspezifisch sind keine besonderen Ausreißer einzelner Einheiten auffindig zu machen. Das gesamte Programm wurde einrichtungsspezifisch von 1.00 (Einrichtung C2)–1.41 (Einrichtung A1) bewertet.

#### *8.3.2 Ergebnisse der Dokumentations- und Reflexionsbögen der Gruppenleitungen*

Die Ergebnisse der Dokumentations- und Reflexionsbögen der Gruppenleitungen wurden im Rahmen der inhaltsanalytischen Auswertungen unmittelbar vergleichend, ergänzend und korrigierend mit den Daten der entsprechenden Fokusgruppen in Beziehung gesetzt (siehe Anhang B4.1). Einrichtungsübergreifend lassen sich anhand der Dokumentations- und Reflexionsbögen die einfache Handhabung des Manuals bzw. die einfache Durchführung des Programms, sowie ein prinzipiell positiver Verlauf der einzelnen Einheiten konstatieren. Insbesondere verdeutlichen die Dokumentationen der Gruppenleitungen die hohe manualgetreue Programmdurchführung. Darüber hinaus wurde im Rahmen der Dokumentations- und Reflexionsbögen auch die aktive Beteiligung sowie der Austausch der Teilnehmer sehr positiv bewertet.

### **III. Diskussion und Folgerungen**

Im folgenden Teil dieser Arbeit werden die Untersuchungsergebnisse eingehend diskutiert (Kapitel 9) und entsprechende Schlussfolgerungen (Kapitel 10) herausgearbeitet. Hierfür ist als wesentlicher Referenzpunkt nochmals die übergeordnete Fragestellung der Evaluationsstudie anzuführen:

*„Welche verwertbaren Diskussions- und Entscheidungshilfen zur Optimierung und Weiterentwicklung des Programms für eine möglichst zielgruppenorientierte Ausrichtung lassen sich identifizieren?“*

Zu Beginn der Untersuchung wurden hinsichtlich dieser übergeordneten Fragestellung bereits zwei Kategorien („Programmumsetzung“ und „Zielgruppenorientierung“) mit diversen Unterfragen erarbeitet, die es im Rahmen der Evaluation gezielt zu betrachten galt (siehe Kapitel 7.1). Darüber hinaus konnten im Studienverlauf Erkenntnisse generiert werden, die auf einer organisationsbezogenen Ebene anzusiedeln sind. Diese werden ebenfalls in den nachfolgenden Ausführungen thematisiert.

In Kapitel 9 werden die einzelnen Untersuchungsergebnisse aus Kapitel 8 nun miteinander in Beziehung gesetzt und unter Berücksichtigung theoretischer und wissenschaftlicher Erkenntnisse hinsichtlich der Forschungsfragestellungen systematisiert, diskutiert und interpretiert. Dabei wird zwischen der Diskussion zielgruppenbezogener (Kapitel 9.1), programmbezogener (Kapitel 9.2) sowie organisationsbezogener (Kapitel 9.3) Ergebnisse unterschieden. Daran anschließend wird eine kritische Würdigung der methodischen Grenzen

der vorliegenden Untersuchung vorgenommen (Kapitel 9.4). In Kapitel 10 werden Folgerungen anhand der Diskussion und Interpretation der Untersuchungsergebnisse herausgestellt. Hierbei werden die identifizierten Optimierungspotenziale und Verbesserungsvorschläge für die konzeptionelle Weiterentwicklung des Gruppenprogramms zusammenfassend präsentiert (Kapitel 10.1), zukünftige Forschungsfragen aufgeworfen (Kapitel 10.2) sowie die Anschlussfähigkeit der vorliegenden Arbeit an sozialarbeitswissenschaftliche und professionstheoretische Diskurse, Paradigmen und Dilemmata (Kapitel 10.3) dargestellt.

Um den theoretischen Bezugsrahmen der nachfolgenden Diskussion und Interpretation der Untersuchungsergebnisse nochmals zu verdeutlichen, soll an dieser Stelle ein kurzer Exkurs behilflich sein: Soziale Arbeit mit Gruppen kann auf eine lange Tradition zurückblicken. In Anlehnung an *social group work* aus den USA entstand in Deutschland die *Soziale Gruppenarbeit*, die sich neben der Einzelfallhilfe und Gemeinwesenarbeit als eine der drei klassischen Methoden etablieren konnte. Die *klassische Methodentrias* sah sich jedoch zu Beginn der 1970er-Jahre zunehmender Kritik ausgesetzt, die sich zunächst auf die fehlende theoretische Fundierung bezog. Darüber hinaus wurde den klassischen Methoden eine Pathologisierung der Klient\_innen vorgeworfen, die zu einer Individualisierung sozialer Probleme führe und somit die Gesellschaft von strukturellen Problemlösungen entlaste. Gleichwohl ist neben dieser Kritik festzuhalten, dass die drei klassischen Methoden entscheidend dazu beitrugen, dass sich Soziale Arbeit im Berufssystem etablieren konnte und dadurch ein weiterführender Professionalisierungsprozess angestoßen wurde (vgl. Galuske, 2013, S. 115 ff.; Müller, 2013, S. 236 ff.). Dieser Prozess wurde fortan von zwei wesentlichen Richtungen geprägt: Zum einen von einer, in erster Linie akademischen *Professionalisierungsdebatte*, die Soziale Arbeit als (mögliche) Profession reflektierte, indem ihr Status an klassischen Professionsmerkmalen gemessen wurde. Zum anderen aber auch von einer Debatte, in der die Handlungskompetenz der Sozialen Arbeit verstärkt in den Fokus rückte. Auch wenn sich durch die *Handlungskompetenzdebatte* ein gewisser Perspektivwechsel – von einem Vergleich der Sozialen Arbeit mit klassischen Professionen hin zu einer Diskussion über eigene Handlungsbedingungen und -möglichkeiten – vollzog, erörterten beide Richtungen wichtige Aspekte eines übergeordneten Professionalisierungsprozesses (vgl. Galuske, 2013, S. 123 ff.).

Insbesondere im Rahmen der Handlungskompetenzdebatte war eine zunehmende *Therapeutisierung* der Methoden Sozialer Arbeit zu erkennen. Diese therapeutischen

Einflüsse betrafen auch die Soziale Gruppenarbeit, wie, bis heute, in vielen Konzeptionen von Gruppenprogrammen festzustellen ist (vgl. Galuske, 2013, S. 92 ff. und S. 135 ff.; Schmidt-Grunert, 2009, S. 20 ff. und S. 205 ff.). Eine umfangreiche Darstellung des Verhältnisses von *Sozialer Arbeit und Psychotherapie* kann an dieser Stelle nicht erfolgen (vgl. hierfür u. a. Ohling, 2015). Es ist jedoch hervorzuheben, dass es Gemeinsamkeiten wie auch Unterschiede gibt, die entsprechend zu reflektieren sind. Sowohl Psychotherapie als auch Soziale Arbeit weisen jeweils eigene Stärken und Spezifika auf, die es in einem gemeinsamen System psychosozialer Hilfe erfolgreich zu bündeln gilt. Es kann daher im Einzelfall durchaus angezeigt sein, dass sich sozialarbeiterische Methoden bestimmter Elemente therapeutischer Ansätze bedienen, wenn dies in Anbetracht der jeweiligen Zielgruppe, ihrer Problemlagen und der situativen Rahmenbedingungen sinnvoll begründet werden kann (vgl. Galuske, 2013, S. 145; oder auch Ohling, 2015, S. 76 f.). Insbesondere für den Bereich der Gesundheitsförderung werden vielfache Schnittmengen Sozialer Arbeit und (psycho-)therapeutischer Hilfen sichtbar (vgl. Mühlum, 2008; Ohling, 2015, S. 78–80). Eine konstruktive Nutzung therapeutischen und psychologischen Wissens – ohne sich dabei einer fachlichen Fremdbestimmung zu unterziehen – ist im Rahmen der *Klinischen Sozialarbeit* festzustellen. Diese hat sich erfolgreich zu einer eigenständigen *Fachsozialarbeit* mit empirischem Wissen sowie spezifischen Konzepten und Methoden entwickelt (vgl. u. a. Hahn & Pauls, 2008; Mühlum & Gahleitner, 2008).

Das Gruppenprogramm *gesund.sein* lässt sich entsprechend seiner theoretischen Annahmen und methodischen Gestaltung ebenfalls einem psychosozialen Grundverständnis zuordnen, wie es im Kontext der Klinischen Sozialarbeit anzutreffen ist (vgl. auch die Anschlussfähigkeit von *gesund.sein* an die Klinische Sozialarbeit in Kapitel 10.3). Aus diesem Grund werden in den folgenden Diskussionspunkten auch weniger pädagogische und sozialpädagogische Referenzen aufgegriffen, sondern vermehrt Bezüge zu psychosozialen Wissensbeständen hergestellt.

## **9. Diskussion der Ergebnisse**

In dem folgenden Kapitel werden die Studienergebnisse miteinander in Beziehungen gesetzt, indem diese hinsichtlich der Forschungsfragestellungen zielgruppenbezogen (Kapitel 9.1), programmbezogen (Kapitel 9.2) sowie organisationsbezogen (Kapitel 9.3) diskutiert und interpretiert werden. Es ist dabei anzumerken, dass nachfolgende Erkenntnisse zum Teil nicht ausschließlich auf einer der drei Ebenen relevant erscheinen, sodass in diesen Fällen

entsprechende Verweise zu finden sind. Des Weiteren werden in der folgenden Diskussion nur diejenigen Ergebnisse berücksichtigt, die von zentraler Bedeutung für die Forschungsfragestellungen und die zukünftigen Entwicklungsschritte von *gesund.sein* sind. Das Kapitel schließt mit einer kritischen Würdigung der Untersuchung, wobei auch die methodischen Grenzen der Evaluationsstudie beleuchtet werden (Kapitel 9.4).

#### **9.1 Zielgruppenbezogene Erkenntnisse**

Im Rahmen der zielgruppenbezogenen Erkenntnisse werden zunächst übergreifende Merkmale (Kapitel 9.1.1) und motivationale Aspekte (Kapitel 9.1.2) der Programmteilnehmer herausgearbeitet, um Anknüpfungspunkte für eine mögliche Indikationsstellung bzw. eine mögliche Typenbildung von Teilzielgruppen des Programms (Kapitel 9.1.3) diskutieren zu können. Die Erreichbarkeit bzw. Partizipation der Zielgruppe an dem Gruppenprogramm als auch an dem Forschungsprozess der begleitenden Evaluationsstudie wird in Kapitel 9.1.4 beleuchtet.

##### *9.1.1 Beschreibung der Teilnehmer*

Für eine zielgruppenorientierte Gestaltung von *gesund.sein* war es ein wesentliches Erkenntnisinteresse der Evaluationsstudie, eine möglichst konkrete Beschreibung der Personen zu generieren, die an dem Gruppenprogramm teilgenommen haben. Die Teilnehmer des Programms können, insbesondere anhand der *soziodemografischen und psychosozialen Daten* der quantitativen Teilnehmerbefragung, zunächst wie folgt beschrieben werden:

- Altersstruktur: Mittelwert: 48,7 Jahre; Median: 50 Jahre; Modus: 54 Jahre (Spannweite: 24–74 Jahre)
- Nationalität: 90 % deutsche Staatsbürgerschaft
- Arbeitssituation: kaum reguläre Arbeitsverhältnisse auf dem ersten Arbeitsmarkt; derzeit überwiegend Tätigkeiten in der Einrichtung, arbeitstherapeutische Maßnahmen oder arbeitssuchend/erwerbsunfähig/erwerbsgemindert
- Aufenthaltsdauer in der derzeitigen Einrichtung: sehr heterogen; mehr als zwei Drittel lebten bereits länger als ein Jahr in der derzeitigen Einrichtung
- Psychosoziale Angaben:
  - 43,1 % berichteten von regelmäßigem Alkoholkonsum.
  - 39,2 % berichteten von einer psychiatrischen Diagnose und benannten dabei überwiegend Suchterkrankungen, affektive Störungen und schizophrene Erkrankungen.

- Mehr als die Hälfte der Teilnehmer bewertete sowohl ihr körperliches, seelisches als auch allgemeines Wohlbefinden vor dem Programm als nicht gut. In den Interviews wurden, anhand tiefgreifender Life-Events (z. B. Zwangseinweisung, schwerer Verkehrsunfall) und der schwierigen Lebenssituation in einem Wohnheim (z. B. eingeschränkte Privatsphäre, Einsamkeit und soziale Isolation, stetiger Alkoholkonsum), die körperlichen und seelischen Belastungen verdeutlicht.
- Psychosoziale Unterstützung:
  - Es ist hervorzuheben, dass bei der Vorbefragung 21,6 % der Teilnehmer angaben, im Falle von seelischen bzw. psychischen Problemen *niemanden* um Hilfe zu bitten. In den Interviews zeigte sich ebenfalls, dass seelische Probleme meist keiner anderen Person mitgeteilt zu werden scheinen.
  - Sowohl vor als auch nach dem Programm wurde die zuständige Sozialarbeiterin bzw. der zuständige Sozialarbeiter am häufigsten als potenzielle Unterstützung bei seelischen Problemen von den Teilnehmern benannt.
  - Die Teilnehmer bewerteten bei seelischen Problemen Sozialarbeiter\_innen als potenzielle Hilfe ähnlich zuversichtlich wie Psychiater\_innen oder Psychotherapie. Demnach wird der Sozialen Arbeit – die überwiegend für die psychosoziale Unterstützung im Feld der Wohnungslosenhilfe zuständig ist – seitens der Zielgruppe große Hoffnung bezüglich erfolgversprechender Handlungskompetenzen zur Förderung der seelischen Gesundheit entgegengebracht.

Diese soziodemografischen und psychosozialen Merkmale der Programmteilnehmer von *gesund.sein* zeigen Analogien zu den Beschreibungen wohnungsloser Menschen der dargestellten Wohnungslosenstatistiken bzw. Studien aus den Kapiteln 1.2 und 1.4. Zum Zeitpunkt der Verschriftlichung der vorliegenden Arbeit war die vollständige Veröffentlichung der sogenannten SEEWOLF-Studie noch in Bearbeitung. Erste Ergebnisse (siehe Kapitel 1.4.2) wurden bis dato nur auszugsweise publiziert (vgl. Bäuml, 2016; Bröner u. a., 2013; Reifferscheid, 2016, S. 442–444) oder auf Fachtagungen vorgestellt (vgl. u. a. Jahn & Bröner, 2014). Bei der Studie handelt es sich um eine der bislang umfangreichsten empirischen Untersuchungen zum Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen hierzulande. Anspruch der SEEWOLF-Studie war es, eine repräsentative Stichprobe der Grundgesamtheit der alleinstehenden Menschen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe der freien Träger im

Großraum München zu untersuchen. Betrachtet man die Beschreibungen der Stichprobe der SEEWOLF-Studie, lassen sich viele Übereinstimmungen bezüglich der soziodemografischen und psychosozialen Merkmale der Programmteilnehmer von *gesund.sein* erkennen. Die Teilnehmer des Gruppenprogramms scheinen demnach einen ähnlichen Personenkreis wohnungsloser Menschen abzubilden, wie er auch in der repräsentativen Stichprobe der SEEWOLF-Studie für die Wohnungslosenhilfe des Großraum Münchens zu verzeichnen war. Demzufolge können die Ergebnisse der Evaluationsstudie als anschlussfähig an andere Untersuchungen und Diskurse der Wohnungslosenhilfe verstanden werden.

Neben den soziodemografischen und psychosozialen Angaben lassen sich auch spezifische Aussagen zur *Gruppenerfahrung* der Teilnehmer treffen. Anhand der quantitativen Befragung wurde deutlich, dass über die Hälfte der Teilnehmer (60,8 %) bereits zuvor an einem themenzentrierten Gruppenprogramm teilgenommen hat. Bei diesem durchaus hohen Wert an Gruppenerfahrung ist jedoch festzustellen, dass fast die Hälfte (42,0 %) dieser Personen ihre bisherigen Gruppenerfahrungen als nicht gut bewertete. Die Teilnehmerinterviews zeigten, dass diese Gruppenprogramme meist nicht in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, sondern in Institutionen der Psychiatrie oder Suchthilfe durchgeführt wurden. Diese Angebote sind, wie bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit dargelegt (siehe Kapitel 4), häufig nicht ausreichend auf die Bedürfnisse wohnungsloser Menschen ausgerichtet und somit für diesen Personenkreis tendenziell als hard-to-reach zu bewerten (vgl. Niebauer, 2015). Diese mangelnde Zielgruppenorientierung könnte für die negativen Erfahrungswerte der Teilnehmer mit vergangenen Gruppenangeboten ausschlaggebend sein. Wurde bislang noch kein Gruppenprogramm besucht, sei dies bei mehr als einem Drittel der entsprechenden Personen darauf zurückzuführen, dass bisher kein Programm in den jeweiligen Einrichtungen angeboten wurde. Es ist demnach anzunehmen, dass es grundsätzlich an dem Angebot von regelmäßigen Gruppenprogrammen in der Wohnungslosenhilfe erheblich mangelt und die Potenziale des Gruppensettings nicht ausreichend ausgeschöpft werden. Mit dem Gruppenprogramm *gesund.sein* soll ein entsprechend innovativer Beitrag geleistet werden, um das sozialarbeiterische Methodenrepertoire im Kontext der Wohnungslosenhilfe zu erweitern.

#### 9.1.2 Motivationale Aspekte

Durch persönliche Ansprachen der Sozialarbeiter\_innen der Einrichtungen sowie dem Aushängen und Verteilen von Werbematerialien (Plakate, Flyer) konnte bei den Teilnehmern zunächst eine *grundsätzliche Kenntnisnahme* des Gruppenprogramms erreicht werden, wie

anhand der Rückmeldungen der Teilnehmer als auch der Gruppenleitungen deutlich wurde. Die Gruppenleitungen haben zudem der Informationsveranstaltung eine wichtige Rolle zur Bekanntmachung des Programms beigemessen.

Anhand der Evaluationsergebnisse ließen sich für die Teilnehmer *personenbezogene und umweltbezogene Motivationsfaktoren zur Programmteilnahme* herausarbeiten (siehe Übersicht unten: Tabelle 11), die sowohl eine intrinsische als auch eine extrinsische Motivation zur Teilnahme an *gesund.sein* hervorrufen können. Unter intrinsischer Motivation wird üblicherweise der Wunsch oder die Absicht verstanden, eine bestimmte Handlung durchzuführen, weil diese selbst als interessant, spannend oder zufriedenstellend erachtet wird (vgl. Schiefele & Streblow, 2005). Als extrinsische Motivation kann entsprechend bezeichnet werden, „wenn der Beweggrund für ein Verhalten außerhalb der eigentlichen Handlung liegt, oder weiter gefasst: „wenn die Person von außen gesteuert erscheint“ (Rheinberg & Vollmeyer, 2012, S. 149).

Nahezu alle Datenquellen der Evaluationsstudie konnten zwei Hauptfaktoren für die Motivation zur Programmteilnahme offenlegen: Als personenbezogener Motivationsfaktor kann das *grundlegende Interesse der Teilnehmer am Thema* des Programms angeführt werden, als umweltbezogener Motivationsfaktor die *direkten und persönlichen Ansprachen der Sozialarbeiter\_innen* der Einrichtungen. Darüber hinaus sind als personenbezogene Faktoren zu benennen: dem *schlechten Zustand* der eigenen seelischen Gesundheit entgegenzuwirken (*Leidensdruck*), die Hoffnung sowohl auf einen *persönlichen Nutzen* durch das Programm als auch die Möglichkeit einer *sinnvollen Beschäftigung* nachzugehen oder der *sozialen Isolation im Wohnheim entgegenzuwirken*. Als weitere umweltbezogene Faktoren zeigten sich: das *gegenseitige Motivieren der Bewohner* und die angenehme und einladende *Atmosphäre bzw. Gestaltung des Programms* (u. a. Essen und Getränke). Letzterer Aspekt könnte bereits im Rahmen der Informationsveranstaltung motivierend für die Entscheidung einer grundsätzlichen Programmteilnahme wirken. Im Verlauf der einzelnen Einheiten scheint die Atmosphäre bzw. Gestaltung des Programms für die Zielgruppe motivierend zu sein, um auch fortlaufend und kontinuierlich am Gruppenprogramm teilzunehmen. Der Prämie (Auszahlung von Bargeld, Gutscheine, Teilnahme an der Gruppe anstatt Arbeitstherapie etc.) wurde seitens der Gruppenleitungen in der schriftlichen Vorbefragung zunächst eine hohe Bedeutung für die Motivation zur Programmteilnahme beigemessen. Diese Einschätzung wurde jedoch von den Gruppenleitungen nach Programmende im Rahmen der Fokusgruppen relativiert. Die Bedeutung der Prämie ist maßgeblich anhand der Perspektiven der Teilnehmer zu erklären. Dabei offenbaren nicht nur die quantitativen Daten der Teilnehmer, sondern

insbesondere die Teilnehmerinterviews, eindrücklich und glaubwürdig den Stellenwert einer Prämie. Diese wurde von den Teilnehmern sehr positiv wahrgenommen, jedoch vielmehr als ein Anreiz anstatt als ausschlaggebender Motivationsfaktor beschrieben. Es erscheint nachvollziehbar, dass es – neben einer überschaubaren Prämie – zusätzliche Motivationsfaktoren benötigt, um ein Gruppenprogramm über sechs Wochen und eine Vor- und Nachbefragung (sowie in einigen Fällen ein Interview) im Rahmen einer Evaluationsstudie zu meistern. Anhand der Evaluationsergebnisse wird deutlich, dass die Teilnahme an *gesund.sein* maßgeblich durch personenbezogene Motivationsfaktoren der Teilnehmer begründet ist, wenngleich es auch umweltbezogene Motivationsfaktoren zu berücksichtigen und zu verstärken gilt.

Tabelle 11: *Motivationsfaktoren der Teilnehmer zur Programmteilnahme*

<b>Motivationsfaktoren</b>	<b>personenbezogen</b>	<b>umweltbezogen</b>
Hauptfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Interesse am Thema (bzw. Relevanz des Themas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Persönliche Ansprache durch Sozialarbeiter_innen der Einrichtungen</li> </ul>
Zusätzliche Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Schlechtem Zustand der eigenen seelischen Gesundheit entgegenwirken (persönlicher Leidensdruck)</li> <li>– Hoffnung auf persönlichen Nutzen durch das Programm</li> <li>– Sinnvolle Beschäftigung</li> <li>– Sozialer Isolation im Wohnheim entgegenwirken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bewohner/Zimmernachbarn motivieren sich gegenseitig zur Teilnahme</li> <li>– Angenehme und einladende Atmosphäre/Gestaltung des Programms (u. a. Essen und Getränke)</li> <li>– Prämie (eher als Anreiz, anstatt als ausschlaggebender Motivationsfaktor bewertet)</li> </ul>

Die identifizierten Motivationsfaktoren für die Programmteilnahme können nicht nur personenbezogene und umweltbezogene Faktoren mit intrinsischer und/oder extrinsischer Wirkweise unterschieden werden, sondern sie weisen auch Anteile von *Therapie- bzw. Behandlungsmotivation*, *Veränderungsmotivation* und *Beziehungsmotivation* auf (vgl. Veith, 1997). Hinsichtlich der Teilnehmer von *gesund.sein* werden alle drei Klassifikationen von Motivation erkennbar. Im Kontext sozialarbeiterischer Hilfeprozesse kann die Veränderungsmotivation als übergeordnete Kategorie betrachtet werden, die letztlich für die tatsächlichen Veränderungsprozesse einer Person von entscheidender Bedeutung ist.

Gleichwohl kann zunächst die Therapie- bzw. Behandlungsmotivation oder die Beziehungsmotivation für die Annahme eines Hilfeangebotes verantwortlich sein, in dessen Prozess sich die Veränderungsmotivation zunehmend entwickeln und steigern kann (vgl. Klug & Zobrist, 2016; Sachse, Langens, & Sachse, 2012). Das Gruppenprogramm *gesund.sein* zielt insbesondere darauf ab, möglichst „unverbindlich“ (zieloffen) mit den Teilnehmern ins Gespräch zu kommen und Sensibilität bezüglich der eigenen seelischen Gesundheit zu wecken. Hierfür ist es erstrebenswert, möglichst viele Bewohner der Einrichtungen zu erreichen. Diese werden demnach aufgrund unterschiedlicher Arten von Motivation das Programm besuchen, zu denen neben einer Veränderungsmotivation auch wesentlich die Therapie- oder Beziehungsmotivation gehören kann. Eine zentrale fachliche Kompetenz und Aufgabe der Gruppenleitungen stellt folglich eine differenzierte Einordnung der Motivationslage der Teilnehmer dar, um bei dem jeweiligen Einzelfall angemessene Motivationsarbeit leisten zu können (vgl. Keller u. a., 1999). Dadurch sollen im Verlauf von *gesund.sein* zunehmend intrinsische Motivation verstärkt werden, um die Bereitschaft der Teilnehmer für weitere Veränderungsprozesse auch über das Programm hinaus zu stärken.

#### 9.1.3 Indikation und Typenbildung

Wie bereits im vorherigen Kapitel dargestellt, sind die Beschreibungen der Programmteilnehmer (insbesondere die soziodemografischen und psychosozialen Merkmale) vergleichbar mit den Daten der Wohnungslosenstatistiken bzw. den Studien aus den Kapiteln 1.2 und 1.4. Zudem sind Gemeinsamkeiten in Hinblick auf repräsentative Stichproben der Wohnungslosenforschung (z. B. SEEWOLF-Studie) zu erkennen. Der heterogene Personenkreis wohnungsloser Menschen bildet sich offensichtlich auch für die Teilnehmer des Gruppenprogramms ab, weshalb nicht unmittelbar eine spezifische Teilzielgruppe der Wohnungslosenhilfe für das Gruppenprogramm *gesund.sein* erkennbar ist. Die Gruppenleitungen bewerteten die Heterogenität der Zielgruppe als positive und notwendige Voraussetzung für ein gelingendes Gruppenprogramm in der Wohnungslosenhilfe, wofür zwei Argumentationslinien angeführt wurden:

- *Professionstheoretische Gründe*: Eine Eingrenzung der Zielgruppe habe zur Folge, dass möglicherweise interessierten Personen, die nicht einer spezifischen Zielgruppenbeschreibung entsprächen, eine Teilnahme versagt werden müsse, was sich bei den derzeitig nur punktuellen Gruppenangeboten durchaus als kontraproduktiv erweisen könne. Ebenso scheint eine Eingrenzung der Zielgruppe im

Verständnis der Praxiseinrichtungen als hochschwelliges Merkmal eingeschätzt zu werden, was dem Anspruch von Niedrigschwelligkeit nicht gerecht werden würde.

- *Inhaltliche und gruppendynamische Gründe*: Die Vielfalt an Lebensgeschichten und Erfahrungen in einer heterogenen Gruppe sei für alle Teilnehmenden bereichernd und entspräche dem tatsächlichen und täglichen Lebensumfeld und Kontakten innerhalb der Einrichtung. Der gemeinsame Austausch werde somit gefördert und produktiver gestaltet.

Zusammenfassend ist eine Eingrenzung der Zielgruppe (Indikationsstellung) zum aktuellen Zeitpunkt weder evidenzbasiert zu begründen noch unter den derzeitigen Praxisbedingungen der Wohnungslosenhilfe konstruktiv realisierbar. Insbesondere die ethische Dimension einer möglichen Indikationsstellung sollte nicht außer Acht gelassen werden (vgl. Körkel, 2002; siehe oben als professionstheoretischer Grund aufgeführt). Eine spezifische Indikationsstellung und ein damit potenziell einhergehendes Versagen einer Programmteilnahme, sind gerade vor dem Hintergrund der hard-to-reach Thematik kritisch zu reflektieren. An dieser Stelle ist anzumerken, dass auch für psychotherapeutische Gruppen eine differenzielle Indikationsstellung eine komplexe Herausforderung darstellt und es diesbezüglich an Forschungsbefunden mangelt. Demnach sind Überlegungen zur Indikationsstellung für Gruppentherapien häufig erfahrungsbasiert zusammengetragen (vgl. Mattke & Strauß, 2012, S. 60) bzw. sind in der Praxis offensichtlich Kriterien für eine Kontraindikation einfacher und klarer zu benennen als Kriterien für eine Aufnahme in eine Gruppe (vgl. Eckert, 1996). Gleichwohl ist der möglichen Formulierung einer Indikationsstellung, respektive einer Kontraindikation, für *gesund.sein* in zukünftigen Untersuchungen im Sinne einer *Zuweisungsdiagnostik* (vgl. Heiner, 2013) nachzugehen. Dabei geht es um die gezielte und differenzierte Erhebung von Informationen, „um Entscheidungen vorzubereiten, die der Einleitung, Fortführung oder Beendigung von Hilfen dienen“ (Heiner, 2013, S. 23). Demzufolge können geeignete Hilfen und Programme umso passgenauer eingesetzt werden, je spezifischer eine potenzielle Zielgruppe beschrieben wird.

Da sich anhand der Daten der Evaluationsstudie keine eindeutigen Indikationskriterien abzeichnen ließen, kann die Verwendung *idealtypischer Konstruktionen* in Anlehnung an Max Weber (1904/1988, zit. nach Kelle & Kluge, 2010, S. 83), zu einer weiteren Differenzierung der Zielgruppenbeschreibung herangezogen werden. Der Idealtypus stellt dabei kein Abbild der empirischen Realität dar, „sondern eine Konstruktion des

Wissenschaftlers, ein Vorgang der Abstraktion und gedanklichen Steigerung einiger Elemente dessen, was man in der empirischen Realität vorfindet, sowie ein Vorgang der Herstellung von Kohärenz, die sich in der Wirklichkeit nicht in derselben Weise findet“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 376). Einem Typus werden spezifische Merkmale zugeteilt. Die Ausprägungen dieser Merkmale sollen innerhalb eines Typus möglichst ähnlich sein und sich in Bezug auf andere Typen möglichst stark unterscheiden (vgl. Kelle & Kluge, 2010, S. 85). Dabei wird keine statistische Repräsentativität der Typen hinsichtlich der gesamten Stichprobe angestrebt. Vielmehr soll die Heterogenität der Teilnehmer berücksichtigt werden und die gezielte Auswahl möglichst unterschiedlicher Fälle („extreme Fälle“) für das Forschungsinteresse Impulse liefern (vgl. Kelle & Kluge, 2010, S. 109). Im Rahmen dieser Arbeit ist die Bildung von Idealtypen lediglich in Anlehnung an dieses sehr komplexe Auswertungsverfahren möglich, da die erhobenen Daten eine umfassende und dezidierte Typenbildung nicht zulassen. Dennoch liefern insbesondere die Erkenntnisse der Fokusgruppen Anknüpfungspunkte, um potenzielle Teilnehmer-Typen herauszustellen, die für eine weitere Ausdifferenzierung der Zielgruppenbeschreibung als Anregung zu verstehen sind.

Diesbezüglich lassen die Evaluationsergebnisse *zwei Typen* erkennen, die durch ein unterschiedliches Vorwissen zum Thema „seelische Gesundheit“ geprägt sind. So stellen für *Teilnehmer mit mehrfacher Psychiatrieerfahrung (Typ 1)* die Inhalte häufig eine Wiederholung bzw. eine Auffrischung dar. Eine vertiefte, inhaltliche Auseinandersetzung im Rahmen eines Gruppenprogramms wäre, zumindest in einigen Fällen, durchaus denkbar (vgl. z. B. Interview I als „extremer Fall“). Jedoch scheint das Programm für *Teilnehmer ohne bzw. mit geringer Psychiatrieerfahrung*, bei denen tendenziell eine *Alkoholabhängigkeit im Vordergrund (Typ 2)* steht, einen Einstieg in die Thematik darzustellen. Hierbei steht die Sensibilisierung bzw. Motivationssteigerung zur erstmaligen, gezielten Auseinandersetzung mit der eigenen seelischen Gesundheit im Fokus (vgl. z. B. Interview IV als „extremer Fall“). So kann die Annahme formuliert werden, dass das Programm für Teilnehmer (tendenziell älter als 50 Jahre) mit einer vordergründigen Alkoholabhängigkeit und keiner bzw. kaum Psychiatrieerfahrung die stärksten Effekte erzielen kann. Diese Hypothese gilt es in zukünftigen Studien bezüglich des Gruppenprogramms zu berücksichtigen und gezielt zu untersuchen.

Vor dem Hintergrund der diskutierten Erkenntnisse und insbesondere der beiden dargestellten Typen, soll die bisherige Zielgruppenbeschreibung (siehe Kapitel 5.2.1) entsprechend unverändert fortbestehen. Es gibt zudem keine Anhaltspunkte für die

Notwendigkeit, die aufgeführten Ausschlusskriterien (siehe Kapitel 5.2.1) für eine Teilnahme an dem Gruppenprogramm zu verändern, sodass diese ebenfalls beizubehalten sind. Diese wurden bei der konzeptionellen Entwicklung von *gesund.sein* – in Anlehnung an allgemein bekannte Ausschlusskriterien für Gruppenprogramme – formuliert, wobei darauf geachtet wurde, diese auf ein Minimum zu begrenzen, um einen niedrigschwelligen Zugang zu gewährleisten. Als oberste Maxime geht mit allen Ausschlusskriterien einher, dass eine Gruppenteilnahme nicht angezeigt erscheint, wenn zu erwarten ist, dass diese für die entsprechende Person oder die restliche Gruppe eine Überforderung und Verunsicherung darstellen würde.

#### *9.1.4 Partizipation am Gruppenprogramm und Forschungsprozess*

Die Diskussion um Partizipation wohnungsloser Menschen ist nur vereinzelt fachlichen Diskursen zu entnehmen (vgl. u. a. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2015a; Szyuka, 2014). Dabei kann Partizipation grundsätzlich als „Beteiligung von Betroffenen bei Entscheidungen über die Ausgestaltung und Bereitstellung von Angebotsstrukturen, ihre Qualität und den Zugang hierzu“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2015a, S. 2) verstanden werden. Sie ist dabei auf unterschiedlichen Ebenen, wie z. B. der unmittelbaren Hilfeleistungen, der Institutionen wie auch der sozialpolitischen und gesamtgesellschaftlichen Selbstorganisation, differenziert zu reflektieren (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2015a). Im Rahmen dieser Evaluationsstudie soll die Partizipation der Zielgruppe sowohl im direkten Bezug auf das Gruppenprogramm als auch auf den begleitenden Forschungsprozess diskutiert werden.

Betrachtet man zunächst die Partizipation der Teilnehmer am Gruppenprogramm ausschließlich im Zusammenhang mit der tatsächlichen Programmteilnahme, lässt sich dies anhand der Programmereichweite aufzeigen (siehe Kapitel 8.2.2, Tabelle 10). So haben bei acht Programmdurchläufen insgesamt 57 Teilnehmer das gesamte Programm absolviert, was einer durchschnittlichen Teilnehmerzahl von 7,12 Personen entspricht. Daneben sind lediglich drei Drop-outs dokumentiert, die gleich zu Beginn des Programms (nach Einheit 1 oder Einheit 2) eintraten. In den jeweiligen Einrichtungen lässt sich abschließend eine durchschnittliche Teilnehmerquote von fast 11 % bezogen auf die Gesamtbewohnerschaft festhalten. Diese Teilnehmerzahlen sind für ein themenzentriertes Gruppenprogramm im Kontext der Wohnungslosenhilfe sehr positiv zu bewerten (vgl. Bewertungen der Gruppenleitungen in den Fokusgruppen sowie Teilnehmerzahlen im Rahmen zieloffener Suchtarbeit bei: Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 2007) und verdeutlichen die

guten Zugangsmöglichkeiten des Programms für die, sonst so häufig als „schwer-erreichbar“ betitelte, Zielgruppe.

Neben dieser überwiegend quantitativen Betrachtung ist auch eine qualitative Sichtweise erforderlich, um die Partizipation der Teilnehmer am Gruppenprogramm bzw. partizipatorische Elemente des Gruppenprogramms differenzierter abzubilden. Auf der Ebene eines konkreten Hilfeangebotes „muss es das Ziel sein, Entwicklungsprozesse zu initiieren und zu verankern, die auf die Befähigung der/des Einzelnen zur Partizipation ausgerichtet sind. Erst die Schaffung einer Atmosphäre der Beteiligung von Betroffenen und die sichtbare Wertschätzung der Fähigkeiten der NutzerInnen von Angeboten der Wohnungslosenhilfe ermöglicht eine erfolgreiche Partizipation und kann somit zugleich Ausgangspunkt für eine Selbstorganisation von Betroffenen sein“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2015a, S. 4). Die tatsächlichen Möglichkeiten der aktiven Beteiligung der Zielgruppe im Rahmen des Gruppenprogramms werden insbesondere in den Teilnehmerinterviews als auch den Fokusgruppen mit den Gruppenleitungen deutlich. Hierbei wurden der rege Austausch unter den Teilnehmern wie auch die gemeinsamen Diskussionen mit den Gruppenleitungen hervorgehoben. Die Teilnehmer nahmen demnach aktive Rollen bei den inhaltlichen Auseinandersetzungen ein: Sie interessierten sich für die Inhalte des Programms, beteiligten sich mit Gesprächsbeiträgen, tauschten sich untereinander aus und machten sich auf ihren Arbeitsblättern eigenständig Notizen. Mit anderen Worten: Es schien ihnen möglich gewesen zu sein, den Verlauf der Gruppeneinheiten aktiv mitzugestalten und sich als eigene Experten ihrer (gesundheitlichen) Situation wahrzunehmen (vgl. „Expertentum der Betroffenen“: Bäuml & Pitschel-Walz, 2016a, S. 47). Zudem ist das aktive Mitwirken der Teilnehmer bei der Gestaltung des organisatorischen Rahmens herauszustellen. Anhand der Teilnehmerinterviews und der Fokusgruppen wurde deutlich, dass sich die Teilnehmer sowohl vor als auch nach dem Programm sehr engagiert an der Vorbereitung des Gruppenraums beteiligten sowie die Organisation der Verpflegung selbstständig übernahmen. Besonders deutlich wurde diese aktive Mitgestaltung des Gruppensetting anhand des Interviews mit B5. In der Einrichtung C1 kaufte B5 mit einem weiteren Teilnehmer des Programms für jede Einheit selbstständig ein, und bereitete für die gesamte Gruppe die Verpflegung vor. Es ist zu konstatieren, dass es den Teilnehmern ein großes Anliegen war, das Programm selbstverantwortlich und aktiv mitzugestalten und somit als erstzunehmende Beteiligte für die Durchführung der Gruppentreffen wahrgenommen zu werden. Die Partizipation – im Sinne eines aktiven Mitwirkens – der Teilnehmer lässt sich somit als ein potenzieller Wirkfaktor für das Gruppenprogramm identifizieren (siehe Kapitel 8.2.1, UK

3.2), der in Kapitel 9.2.2 ebenfalls diskutiert wird. Diese aktivierenden und partizipatorischen Prozesse im Rahmen des Gruppenprogramms entsprechen dem Verständnis des *Empowerments* (vgl. Herriger, 2014), das als eines der *theoretischen Grundprinzipien* von *gesund.sein* konzeptionell verankert ist (siehe Kapitel 5.2.2).

Eine erfolgreiche Partizipation der Zielgruppe ist nicht nur für das Gruppenprogramm, sondern auch für den Forschungsprozess im Rahmen der Evaluationsstudie zu betonen. Bereits in Kapitel 7.4 wurden methodische Herausforderungen für die sozialwissenschaftliche Forschung mit wohnungslosen Menschen benannt (vgl. Gerull, 2009). Dass diesen Herausforderungen konstruktiv mit einem zielgruppenorientierten Forschungsdesign begegnet werden kann, macht die vorliegende Evaluationsstudie deutlich. Von 57 Programmteilnehmern konnten 51 Fragebogenpaare (also Vor- und Nachbefragung) in die Studie einbezogen werden, was einer sehr hohen Rücklaufquote (89,47 %) entspricht, insbesondere wenn man den nicht zu unterschätzenden Umfang der Fragebögen (insgesamt 217 Variablen) betrachtet. Die bereits erwähnten Prämien mögen für die Teilnahme an den quantitativen Befragungen unterstützend gewirkt haben. Sie waren jedoch nicht allein für die Partizipation am Forschungsprozess ausschlaggebend, wie für die Teilnahmebereitschaft an den qualitativen Befragungen erkennbar wird. Obwohl die Teilnahme an den Interviews ausschließlich auf dem Freiwilligkeitsprinzip beruhte, stellten sich deutlich mehr Teilnehmer zur Verfügung, als im Rahmen dieser Untersuchung berücksichtigt werden konnten. Die Durchführung und die Absicht der Interviews wurde, wie auch die der anderen Evaluationsinstrumente, stets offen mit den Teilnehmern kommuniziert. Ihnen wurde ihre Expertenrolle verdeutlicht (vgl. Szyuka, 2014, S. 87), im Rahmen derer sie wichtige Erkenntnisse für die Fragestellungen der Evaluation beitragen können. Diese wertschätzende und transparente Grundhaltung innerhalb des Forschungsprozesses führte zu einer großen Bereitschaft der Teilnehmer, sich aktiv daran zu beteiligen und ihren Meinungen und Aussagen Gehör zu verschaffen. Auch über die konkreten Befragungssituationen hinaus zeigten die Teilnehmer gegenüber dem begleitenden Forschungsprozess großes Interesse, indem sie sich beispielsweise über die ursprüngliche Entstehung des Programms oder die nächsten Arbeitsschritte im Anschluss an die Evaluationsstudie erkundigten.

Die Beteiligung der Klient\_innen Sozialer Arbeit an Forschungsprozessen nimmt gerade für Evaluationsstudien von Hilfeangeboten eine herausragende Stellung ein, denn wie Rosenfeld und Sykes (1998) zutreffend betonen: „Only through learning about *their* experiences, perceptions, and understandings, can reasearchers learn what they and others like them need and how they can best be helped. . . . They, who have so much reason to be

misstrustful oft the motives of those who come to study them, have to be acknowledged as gatekeepers who need to be understood and catered to because it is they who hold the key to much of the knowledge that research seeks to generate“ (S. 294). Neben der Bedeutung einer zielgruppenorientierten Herangehensweise der Datenerhebung sind auch die Möglichkeiten der Partizipation der Teilnehmer an der Aufbereitung bzw. Darstellung der Forschungsergebnisse bewusst zu gestalten. Es ist daher nicht nur notwendig, die Forschungsergebnisse der Fachpraxis (Profession) und der *scientific community* (Disziplin) wirksam vorzustellen, sondern auch der Zielgruppe des Gruppenprogramms. Hierfür gilt es möglichen Herausforderungen bei der Rückkopplung von Forschungsergebnissen an wohnungslose Menschen (vgl. Gerull, 2009, S. 60) anhand von adäquaten Kommunikationskanälen zu begegnen. Dies wäre mittels kurzer Vorträge für die Bewohner in den Einrichtungen (evtl. auch im Rahmen von monatlich organisierten Hausversammlungen, Bewohnerbesprechungen etc.) oder Publikationen in Straßenzeitungen denkbar. Dabei ist ebenso anzustreben, Teilnehmer des Programms auch direkt in die Präsentation der Ergebnisse einzubeziehen. Vorträge oder Publikationen könnten demnach in Kooperation zwischen Fachkräften und Teilnehmern geplant und ausgeführt werden.

Das Gruppenprogramm *gesund.sein* und die begleitende Evaluationsstudie verdeutlichen, dass wohnungslose Menschen nicht nur durch strukturierte sozialarbeiterische Interventionen und Forschungsprozesse erreicht werden, sondern auch maßgeblich daran partizipieren, können. Die ernsthafte Beteiligung wohnungsloser Menschen „auf Augenhöhe“ ist dabei von zentraler Bedeutung und kann durch eine zielgruppenorientierte Gestaltung von Forschung und Praxis gelingen, wie anhand der vorliegenden Forschungsergebnisse beispielhaft gezeigt werden konnte.

## **9.2 Programmbezogene Erkenntnisse**

Im Rahmen der programmbezogenen Erkenntnisse werden in Kapitel 9.2.1 zunächst Rückmeldungen und Bewertungen der Teilnehmer als auch der Gruppenleitungen hinsichtlich des Gruppenprogramms miteinander in Beziehung gesetzt und diskutiert. Daran anschließend werden potenzielle Wirkfaktoren (Kapitel 9.2.2) wie auch potenzielle Wirkungen und nicht-intendierte Effekte (Kapitel 9.2.3) herausgestellt und reflektiert.

### *9.2.1 Bewertungen des Programms*

Nachfolgend sollen die quantitativen und qualitativen Ergebnisse der Befragungen von den Teilnehmern und Gruppenleitungen miteinander verknüpft und diskutiert werden, die sich auf

Bewertungen des strukturellen und organisatorischen Rahmens (Kapitel 9.2.1.1), des konzeptionellen Rahmens (Kapitel 9.2.1.2), der Inhalte und Einheiten (Kapitel 9.2.1.3), der Didaktik (Kapitel 9.2.1.4), des Manuals (Kapitel 9.2.1.5) und der Gruppe (Kapitel 9.2.1.6) beziehen.

Für den Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation Erwachsener wurden *indikationsübergreifende Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen* (vgl. Ströbl u. a., 2007) sowie *Qualitätskriterien der Schulungsumsetzung* erarbeitet (vgl. Ströbl u. a., 2009). Hierbei zeigen sich nicht alle Kriterien für den Kontext der Wohnungslosenhilfe als übertragbar, jedoch eröffnet ein Großteil der Kriterien konstruktive Anknüpfungspunkte für die Bewertung von *gesund.sein* und konnte daher als Orientierung für die inhaltliche Strukturierung der folgenden Ausführungen dieses Kapitels dienen. Dabei wird zugleich deutlich, dass das Gruppenprogramm *gesund.sein* mit den Ergebnissen der formativen Evaluationsstudie anschlussfähig an wissenschaftliche Qualitätsdebatten hinsichtlich manualisierter, gesundheitsbezogener Gruppenprogramme ist.

#### 9.2.1.1 Struktureller und organisatorischer Rahmen

Vor dem Beginn eines Gruppenprogramms müssen wichtige Entscheidungen bezüglich der strukturellen Rahmenbedingungen getroffen werden (vgl. Yalom, 1995, S. 265 ff.), denn diese können einen wesentlichen Einfluss darauf haben, ob das Gruppenprogramm auch tatsächlich für die potenzielle Zielgruppe zugänglich ist. Je ausgeprägter hard-to-reach-Merkmale bezüglich des strukturellen Rahmens sind, desto schwieriger und unattraktiver wird eine Teilnahme an solchen Gruppen für (potenzielle) Klient\_innen, mit der Folge, dass diese Gruppen in den meisten Fällen nicht zustande kommen werden oder frühzeitige Abbrüche von Teilnehmern zu erwarten sind. Anhand der Evaluationsstudie sollten demnach how-to-reach-Merkmale identifiziert werden, die den strukturellen Rahmen eines zielgruppenorientierten Gruppenprogramms in der Wohnungslosenhilfe kennzeichnen (vgl. Niebauer, 2015; siehe auch Kapitel 5).

Nahezu alle Teilnehmer und Gruppenleitungen bewerteten die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen von *gesund.sein* als ideal und genau passend. Die Rahmenbedingungen sind wesentlich dadurch gekennzeichnet, dass das Programm *6 Einheiten* zu je *90 Minuten* umfasst, die im *wöchentlichen Rhythmus* (eine Einheit pro Woche) *direkt vor Ort* in den jeweiligen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe durchgeführt werden. Dabei ist deutlich erkennbar, dass *gesund.sein* im Unterschied zu bestehenden psychoedukativen Gruppenprogrammen (vgl. u. a. Psychoedukationsprogramme in: Bäuml,

Behrendt, Henningsen, u. a., 2016) zeitlich komprimierter ist und daher weniger überfordernd und abschreckend wirkt. Aufgrund der durchweg positiven Bewertungen ist dieser Rahmen beizubehalten, da er sich für ein Gruppenprogramm in der Wohnungslosenhilfe als zielgruppenorientiert erwiesen hat. Im Manual ist eine Anmerkung hinzuzufügen, dass bei Bedarf und mit Rücksprache der Teilnehmer eine Einheit ggf. auf max. 120 Minuten erhöht werden kann, wenn dies aus inhaltlicher oder gruppendynamischer Sicht erforderlich erscheint, um die Einheit stimmig abrunden zu können (ähnliche Hinweise sind auch in anderen Manualen zu finden: vgl. z. B. Jensen u. a., 2014). Für die Zielgruppe von *gesund.sein* zeigten sich die strukturellen Rahmenbedingungen als sehr angemessen, da weder eine grundsätzliche Über- noch Unterforderung der Teilnehmer zu erkennen war. Demzufolge konnten die Teilnehmer das Programm motiviert, zuversichtlich und selbstbewusst beenden, anstatt ein häufig gewohntes Scheitern bzw. Abbrechen einer Maßnahme zu erleben.

An dieser Stelle soll bereits darauf hingewiesen werden, dass sich eine *geschlossene Gruppe* mit einer *Gruppengröße* von etwa 5–8 Teilnehmern für eine gelingende Gruppenzusammensetzung bewährt hat (ausführlicher siehe Kapitel 9.2.1.6; vgl. diese Qualitätskriterien auch für psychoedukative Gruppen bei: Pitschel-Walz & Bäuml, 2016a; vgl. Rahmenbedingungen für Gruppenpsychotherapie: Yalom, 1995, S. 265 ff.).

Ein wesentlicher Unterschied zu etablierten Psychoedukationsprogrammen ist bezüglich der *Gruppenleitung* festzustellen. Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting wird die Gruppenleitung üblicherweise von Ärzt\_innen und Psycholog\_innen bzw. Psychotherapeut\_innen übernommen und durch eine Co-Leitung einer anderen Berufsgruppe (z. B. Sozialarbeiter\_innen, Pflegefachkräfte etc.), je nach Themenschwerpunkt der einzelnen Sitzungen, ergänzt (vgl. Bäuml & Pitschel-Walz, 2016a, S. 49). Die Gruppenleitung von *gesund.sein* wird hingegen von Sozialarbeiter\_innen übernommen, die auch überwiegend für die psychosoziale Unterstützung der Klient\_innen in der Wohnungslosenhilfe verantwortlich sind. Daneben kann es optional angezeigt sein, dass eine der beiden Gruppenleitungen auch von einer anderen Profession besetzt wird, die ebenfalls den psychosozialen Hilfeprozess der Klient\_innen regelmäßig begleitet (z. B. Psycholog\_innen oder Pflegefachkräfte). Die Evaluationsergebnisse machen deutlich, dass Sozialarbeiter\_innen das Gruppenprogramm kompetent und manualgetreu umsetzen können, sodass sich *gesund.sein* als eine grundsätzlich sozialarbeiterische Intervention betiteln lässt.

Weitere grundlegende Aspekte des organisatorischen Rahmens sind für psychiatrisch-psychotherapeutische Psychoedukationsprogramme überblicksartig beschrieben (vgl. Bäuml

& Pitschel-Walz, 2016a), die zum Teil auch mit jenen von *gesund.sein* übereinstimmen. Im Kontext der Wohnungslosenhilfe erscheint es notwendig, die *organisatorischen Aspekte* eines Gruppenprogramms gezielt hervorzuheben, um der Bedeutung eines niedrighschwelligigen und zielgruppenorientierten Zugangs Rechnung zu tragen. Anhand der Evaluationsstudie konnten organisatorische Aspekte ausfindig gemacht werden, die es im Manual entsprechend aufzuführen gilt. Demnach soll die Informationsveranstaltung ca. eine Woche vor Programmbeginn stattfinden. Die Werbung in der Einrichtung und das direkte Ansprechen von potenziellen Teilnehmern durch die Sozialarbeiter\_innen sollte etwa zwei bis vier Wochen vor dem Programm beginnen. Eine feste und einheitliche Struktur ist für die Programmdurchführung besonders wichtig. Dafür ist ein verbindlicher Wochentag und eine verbindliche Uhrzeit gleichbleibend für alle Einheiten während des gesamten Programmverlaufs festzulegen (idealerweise in direkter Absprache mit den Teilnehmern). Auch der Zeitraum der Programmphase ist für eine hohe Zielgruppenerreichbarkeit bewusst zu wählen (Jahreszeit, in der vermehrt Teilnehmer erreichbar sind; Konkurrenz durch weitere Gruppenangebote vermeiden etc.). Durch eine einladende Gestaltung des Gruppenraums, ausreichenden Möglichkeiten zum Rauchen in den Pausen sowie dem Bereitstellen von Essen und Trinken (z. B. Kaffee, Kuchen oder kleine Snacks, Kaltgetränke) soll eine angenehme Atmosphäre für die Gruppentreffen geschaffen werden.

#### 9.2.1.2 Konzeptioneller Rahmen

Die Bewertung des konzeptionellen Rahmens ist maßgeblich den professionellen und fachlichen Einschätzungen der Gruppenleitungen aus den quantitativen Befragungen und den Fokusgruppen zu entnehmen. Konzepte können grundsätzlich als „Strukturorte professioneller Fachlichkeit“ (Deinet & Sturzenhecker, 1998, S. 245) verstanden werden, die als Ausgangs- und Reflexionspunkt sozialarbeiterischer Praxis die strukturellen Verbindungsstücke zwischen Profession und Disziplin darstellen (vgl. Klug, 2003). Diese „Theorie-Praxis-Verbindung“ wurde von den Gruppenleitungen für das Konzept von *gesund.sein* als sehr gut bewertet, da wissenschaftliche Erkenntnisse in das Programm einfließen und gleichzeitig eine praktische Anwendbarkeit („Praxisnähe“) festzustellen sei. In Konzepten sollen zudem sowohl die Zielgruppe, das theoretische Erklärungs- und Handlungswissen als auch die entsprechenden Ziele festgelegt werden (vgl. Klug, 2003). Die Eingrenzung auf die spezifische Zielgruppe „wohnungsloser Männer“ sei dem Konzept eindeutig zu entnehmen und zeige sich in der konkreten Gestaltung und dem grundsätzlich niedrighschwelligigen Zugang des Programms. Die theoretischen Grundprinzipien von

*gesund.sein* (u. a. Salutogenese, Empowerment, Motivationsarbeit im Sinne der Motivierenden Gesprächsführung) seien ebenfalls deutlich beschrieben und ließen sich in den Inhalten und Umsetzungen der einzelnen Einheiten wiederfinden. Die tatsächliche Realisierung der Grundprinzipien konnte bereits beispielhaft für das *Empowerment* in Kapitel 9.1.4 aufgezeigt werden.

Das Konzept von *gesund.sein* geht mit einer *speziellen Grundhaltung* einher, die u. a. von Wertschätzung, einer Begegnung „auf Augenhöhe“ und einer salutogenetischen Perspektive geprägt sein soll. Diese Grundhaltung stellte sich als ein wesentlicher Wirkfaktor des Gruppenprogramms heraus (siehe Kapitel 9.2.2). Die Bedeutung einer spezifischen Grundhaltung für eine gelingende Umsetzung von Konzepten wird für diverse Interventionen, wie z. B. für die *Motivierende Gesprächsführung* (vgl. Miller & Rollnick, 2015) oder für *Psychoedukation* (vgl. Pitschel-Walz & Bäuml, 2016b), beschrieben. Entsprechend der Rückmeldungen der Gruppenleitungen sei die Grundhaltung von *gesund.sein* in hohem Maße in den beiden Workshops vermittelt worden. Aus diesem Grund ist im Manual ein Hinweis aufzunehmen, der den Stellenwert von Schulungen/Workshops betont, um das Programm mit der erforderlichen Grundhaltung umsetzen zu können.

Im Rahmen der Evaluationsstudie zeigte sich die Notwendigkeit einer Modifizierung der Zielformulierungen von *gesund.sein*. Inwieweit die Teilnehmer die Ziele des Gruppenprogramms erreichen konnten, wird im Zusammenhang mit den potenziellen Wirkungen und Effekten des Programms in Kapitel 9.2.3 ausführlich diskutiert. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass es bei der Überarbeitung des Konzeptes erforderlich ist, die Ziele zum Teil weitreichender zu beschreiben (z. B. anstatt „Förderung der Kommunikationsfähigkeiten“ eher „Förderung sozialer Kompetenzen“) wie auch bislang implizite Zielvorstellungen explizit zu berücksichtigen (z. B. „Förderung des seelischen Wohlbefindens“).

#### 9.2.1.3 Inhalte und Einheiten

Die Vermittlung grundlegender Informationen (edukative Ebene) zum Thema „seelische Gesundheit“ nimmt im Rahmen von *gesund.sein* eine wesentliche Rolle ein, da mit dem Wissenszuwachs gleichzeitig die Erwartung einer emotionalen Entlastung einhergeht (vgl. u. a. Pitschel-Walz & Bäuml, 2016a; Yalom, 2007, S. 32 ff.). Diese Entlastung kann jedoch nur eintreten, wenn die Programminhalte zielgruppenorientiert gestaltet sind, d. h. von den Teilnehmern als für sie wichtig wahrgenommen werden und nicht unter- oder überfordernd wirken, sondern „Aha“-Effekte und das „Gefühl von Durchblick und Begreifen“ ermöglichen

(Bäumel & Pitschel-Walz, 2016a, S. 47). Die Betrachtung der inhaltlichen Gestaltung des Programms – respektive einer möglichen Modifizierung – war daher eine wesentliche Aufgabenstellung der formativen Evaluation.

Die Inhalte des Gruppenprogramms zeigten sich für die Zielgruppe als *interessant* und von *großer Relevanz*. Aufgrund der Heterogenität der Zielgruppe des Programms stellte es eine besondere Herausforderung dar, einen *Grad an inhaltlicher Komplexität* zu wählen, der möglichst allen Teilnehmern gerecht wird. Umso positiver ist es hervorzuheben, dass die Inhalte (wie auch die Logik des Gesundheitskoffers) von den Teilnehmern wie auch den Gruppenleitungen insgesamt als *sehr verständlich* beurteilt wurden. Der „rote Faden“ der Inhalte des Programms, der von den Teilnehmern und Gruppenleitungen positiv gewürdigt wurde, scheint zur Verständlichkeit entscheidend beigetragen haben. Der *Umfang* der Inhalte wurde ebenfalls als sehr gut bewertet. Einige Teilnehmer wünschten sich sogar noch eine inhaltliche Vertiefung der Themen, woraus gefolgert werden kann, dass das Programm grundsätzlich zu keiner inhaltlichen Überforderungen der Teilnehmer führte. Diese Erkenntnis ist für ein Gruppenprogramm im Kontext der Wohnungslosenhilfe sehr bemerkenswert und unterstreicht die verständliche und zielgruppenorientierte Aufbereitung der Inhalte von *gesund.sein*. Die Konzeption einer inhaltlichen Vertiefung sollte Gegenstand zukünftiger Forschungs- und Entwicklungsprozesse des Programms sein. Hier wären einzelne *Anschluss- bzw. Aufbaumodule* oder ein kürzerer, in sich geschlossener *Anschlusskurs an gesund.sein*, denkbar.

Die (*inhaltliche*) *Anordnung* der Einheiten wurde als überzeugend bewertet und soll demnach beibehalten werden. Einheit 1 ist im Vergleich zu den anderen Einheiten inhaltlich umfangreicher. Dies wurde bei der konzeptionellen Entwicklung von *gesund.sein* bewusst entschieden, um zu Beginn des Programms den Teilnehmern die Möglichkeit zu geben, zunächst in der Gruppe „ankommen“ zu können und sich nicht unmittelbar in hohem Maße aktiv beteiligen zu müssen. In einigen Programmdurchläufen zeigte sich jedoch, dass in größeren und/oder sehr dynamischen Gruppen gleich zu Beginn im Rahmen der Vorstellungsrunden eine große Mitwirkungsbereitschaft und ein reger Austausch der Teilnehmer zu verzeichnen war. In einer derartigen Gruppenkonstellation kann es sein, dass für den letzten inhaltlichen Punkt der Einheit 1 – das Vulnerabilitäts-Stress-Modell – nicht mehr ausreichend Zeit zur Verfügung steht. Hierfür soll im Manual erwähnt werden, dass es optional angezeigt sein kann, das Vulnerabilitäts-Stress-Modell zu Beginn der Einheit 2 nochmals aufzugreifen bzw. zu wiederholen (sollte die gesamte Gruppe einverstanden sein,

wäre es auch denkbar die Einheit 1 um max. 15–30 Minuten zu verlängern. Dies ist jedoch stets mit allen Teilnehmer abzustimmen. Ein entsprechender Hinweis soll ebenfalls im Manual aufgenommen werden; siehe auch Kapitel 9.2.1.1).

Für die einzelnen Einheiten des Programms konnten *inhaltliche Ergänzungen und Optimierungen* identifiziert werden. Diese lassen sich anhand der Ergebnisse der Fokusgruppen mit den Gruppenleitungen ableiten (siehe Kapitel 8.2.2, Ergänzungen/Verbesserungsvorschläge in OK 6 Inhalte/Einheiten) und sind bei der Überarbeitung des Manuals entsprechend zu berücksichtigen.

An dieser Stelle soll die *Einheit 3* gesondert herausgestellt werden, da diese aufgrund der externen Fachkraft – in Person einer Psychiaterin oder eines Psychiaters – nicht dem typischen Ablauf entspricht. Zunächst ist festzustellen, dass die *Einladung einer Psychiaterin/eines Psychiaters* von den Teilnehmern als auch von den Gruppenleitungen sehr positiv bewertet wurde. Für den Ablauf dieser Einheit sind jedoch einige Aspekte zu beachten, die auch im Manual anhand *eines Leitfadens* aufzunehmen sind. Die *Akquise* der Psychiaterin/des Psychiaters sollte bereits frühzeitig (mindestens drei bis vier Monate vor Programmstart) beginnen. Dabei ist besonders auf eine *gezielte und differenzierte Auswahl der Psychiaterin/des Psychiaters* zu achten, um diese Einheit zielgruppenorientiert und erfolgreich zu gestalten. Die Person sollte sich auf die Zielgruppe wohnungsloser Menschen einlassen können, indem diesem Personenkreis „auf Augenhöhe“ begegnet wird. Dies scheint weniger durch einen klassisch medizinisch-psychiatrischen, sondern vielmehr durch einen niedrigschwelligen Zugang möglich, wie die Rückmeldungen der Teilnehmer und Gruppenleitungen hinsichtlich gelungener Durchführungen der Einheit 3 verdeutlichen. Demnach sind folgende *Merkmale für eine erfolgreiche Umsetzung* zu konstatieren, die ebenfalls dem Leitfaden hinzuzufügen sind:

- Die Einheit darf nicht überfordernd sein. Durch einen unverbindlichen nahbaren Zugang zu psychiatrischen/psychosozialen Themen sollen Ängste und Hemmungen bezüglich des psychiatrischen Hilfesystems anhand der konkret erlebbaren Person der Psychiaterin/des Psychiaters abgebaut werden.
- Keine PowerPoint-Präsentationen verwenden, sondern bevorzugt eine offene Frage- bzw. Gesprächsrunde ermöglichen, in der flexibel auf Themen und Fragen der Teilnehmer eingegangen wird.

- Keine Fremdwörter und komplizierten Fachbegriffe verwenden, sondern eine leichte Sprache, um einen niedrigschwelligen und anschaulichen Zugang zu den Inhalten zu eröffnen.
- Die zeitliche Präsenz der Psychiaterin/des Psychiaters soll auf ca. 60 Minuten reduziert werden, sodass im Anschluss ca. 30 Minuten für eine Reflexion/Diskussion zwischen den Teilnehmern und den Gruppenleitungen zur Verfügung stehen. Zudem ist anzunehmen, dass sich die Akquise einer Psychiaterin/eines Psychiaters für 60 anstatt 90 Minuten einfacher gestalten wird.

Abschließend ist die Einheit 3 von „Medikamente und Diagnosen“ zu „*Psychiatrische Fragestunde*“ umzubenennen, um somit auch sprachlich die thematische Offenheit der Einheit zu repräsentieren und zugleich weniger abschreckend auf die Teilnehmer zu wirken. In das Manual soll neben dem Leitfaden für die Gruppenleitungen (Planung der Einheit) auch ein Leitfaden für die Psychiaterin/den Psychiater aufgenommen werden, der Anhaltspunkte für die Durchführung der Einheit beinhaltet. Letzterer soll bereits bei der Akquise und Kontaktaufnahme der Psychiaterin/dem Psychiater ausgehändigt werden, um als inhaltliche Unterstützung und zur Klärung des Auftrags beitragen zu können.

#### 9.2.1.4 Didaktik

Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext wird das didaktische Vorgehen für eine gelingende Psychoedukationsgruppe als sehr bedeutsam beschrieben, welches u. a. folgende Elemente umfassen sollte (vgl. Bäuml & Pitschel-Walz, 2016a; Pitschel-Walz & Bäuml, 2016b):

- Interaktive Informationsvermittlung
- Regelmäßige Wiederholung
- Selbst- und Fremdverstärkung, gegenseitige Unterstützung
- Arbeitsheft und Materialien (Selbsthilfeliteratur) für Teilnehmer\_innen
- Rollenspiel

Diese didaktischen Elemente wurden auch für die Umsetzung von *gesund.sein* berücksichtigt und im Rahmen der Evaluationsstudie hinsichtlich ihrer Angemessenheit für die Zielgruppe untersucht. Es wurde das *Bereitstellen einer Arbeitsmappe*, das *Austeilen von Arbeitsmaterialien* (Präsentationen, Arbeitsblätter, Informationsmaterial etc.) sowie das *Verwenden der PowerPoint-Präsentationen* als sehr gut bewertet. Anhand der Evaluationsergebnisse ließ sich feststellen, dass die Grundidee des *Gesundheitskoffers* von

den Teilnehmern grundsätzlich verstanden worden zu sein scheint. Als eine praktikable didaktische Lösung hat sich hierfür erwiesen, nicht zwei gesonderte Mappen anzulegen, sondern den Gesundheitskoffer als zusätzliches „Fach“ in die allgemeine Arbeitsmappe zu integrieren (z. B. in Form eines eingeklebten Briefumschlags). Die ausgewogene Kombination aus *Informationsvermittlung* durch die Gruppenleitungen und Möglichkeiten des *gemeinsamen Austausches und der offenen Diskussionen* wurde von den Teilnehmern ausdrücklich befürwortet. Dass diese Kombination tatsächlich umgesetzt wurde, zeigte sich anhand der Einschätzungen der Gruppenleitungen bezüglich ihrer Gesprächsstile, die sie als eine *Mischung aus direktiven und partizipativen Elementen* (mit Tendenz zu einem partizipativen Vorgehen) beschrieben. An dieser Stelle ist auf eine manualgetreue Umsetzung zu schließen, da das Programm gleichermaßen aus edukativen als auch diskursiven Anteilen besteht. Für den *vielfältigen Einsatz didaktischer Mittel* sprachen sich sowohl die Teilnehmer als auch die Gruppenleitungen aus. Zudem plädierten die Gruppenleitungen für einen *flexiblen Einsatz der didaktischen Mittel*, der sich an den jeweiligen Gruppenkonstellationen orientieren soll. Der Einsatz der unterschiedlichen didaktischen Mittel hat sich immer dann als erfolgreich erwiesen, wenn folgende übergreifende Grundprinzipien der didaktischen Gestaltung berücksichtigt wurden (vgl. Ballstaedt, 1997, S. 15 f.):

- Funktionalität: Die didaktischen Mittel sollen Prozesse in Gang setzen, die unmittelbar auf das entsprechende Lernziel ausgerichtet sind. Für *gesund.sein* ist hierbei der stetige Zusammenhang der didaktischen Umsetzung von Inhalten mit dem übergeordneten Ziel des Programms verbunden, einen positiven und förderlichen Umgang bezüglich der eigenen seelischen Gesundheit zu ermöglichen.
- Einfachheit: Eine „*didaktische Reduktion auf das Wesentliche*“ (Ballstaedt, 1997, S. 16), soll speziell bei einem Gruppenprogramm im Kontext der Wohnungslosenhilfe einer Überforderung der Teilnehmer vorbeugen.
- Konsistenz: Bei dem Einsatz unterschiedlicher didaktischer Mittel bietet eine einheitliche Gestaltung (Design, Farben, Sprache) Orientierung. Dies ist für *gesund.sein* durch ein stets wiederkehrendes Design (Logo, einheitliches Farbbild, vergleichbarer Aufbau der PowerPoint-Präsentationen) eindeutig erkennbar.

Dem Manual ist eine Übersicht didaktischer Mittel hinzuzufügen, die für die einzelnen Einheiten optional ausgewählt und eingesetzt werden können. Im Rahmen der Evaluation haben sich folgende didaktische Mittel als erfolgreich erwiesen:

### III. Diskussion und Folgerungen

- Wiederholung und Zusammenfassung von Inhalten sowohl während des gesamten Programms als auch innerhalb der einzelnen Einheiten, um den Teilnehmern den „roten Faden“ des Programms zu veranschaulichen
- Ausreichende Möglichkeiten für Fragen, Diskussionen und gemeinsamen Austausch der Teilnehmer im gesamten Plenum bieten
- PowerPoint-Präsentationen als visuelle Veranschaulichung des inhaltlichen Inputs
- Flipchart
- Karteikarten
- Einzelarbeit (jedoch nur bei den persönlichen Inhalten und Aufgabenstellungen für den Gesundheitskoffer)
- Rollenspiele (im Rahmen der Einheit 5)

Der Einsatz folgender didaktischer Mittel zeigte sich im Rahmen der Evaluationsstudie hingegen als schwer umsetzbar und wenig erfolgversprechend:

- Kleine Hausaufgaben zwischen den einzelnen Einheiten. Diese wurden nur selten von den Teilnehmern umgesetzt, was sich anhand des bereits beschriebenen Transtheoretischen Modells (Prochaska u. a., 1994) erklären lässt: Wenn sich, wie auch anhand der Evaluationsergebnisse zu vermuten ist, ein Großteil der Teilnehmer in den ersten beiden Motivationsstufen befindet, sind konkrete Hausaufgaben bereits zu handlungsorientiert, da in diesen beiden Stufen bevorzugt kognitiv-emotionale Strategien einzusetzen wären (vgl. Keller u. a., 1999, S. 25 ff.; Klug & Zobrist, 2016, S. 43 ff.). Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, am Ende der Einheiten eher „kleine Hinweise“ oder „Anregungen zur Selbstbeobachtung“ aufzuzeigen, die „zum Nachdenken“ einladen, anstatt zum konkreten Handeln auffordern sollen.
- Einzelarbeit erscheint nur dann sinnvoll, wenn sie direkt zur Bearbeitung und Auseinandersetzung mit den persönlichen und vertraulichen Aspekten des Gesundheitskoffers eingesetzt wird.

Ein Teilnehmer äußerte den Wunsch, das Programm und die entsprechenden Materialien auch *online bzw. digital* zur Verfügung gestellt zu bekommen. Auch vereinzelt Gruppenleitungen regten an, das Programm bzw. das Manual nicht nur als Print Version oder über eine CD-R bereitzustellen, sondern die Potenziale von *Online-Downloads* oder einem *Cloud-Speicher* in Betracht zu ziehen. Diese Optionen werden auch in den Bewertungen des Manuals im nachfolgenden Kapitel 9.2.1.5 aufgegriffen und sind bei zukünftigen Forschungs- und

Entwicklungsschritten maßgeblich zu berücksichtigen, da sich das Bereitstellen von Online-Materialien für zahlreiche Programme, Manuale, Praxis-Tools etc. erfolgreich etabliert hat (vgl. u. a. Klug & Zobrist, 2016; Jensen u. a., 2014; Körkel & Schindler, 2003).

#### 9.2.1.5 *Manual*

Professionelles Handeln ist im Arbeitsalltag von komplexen Problemstellungen und Handlungsbedingungen gekennzeichnet. Um Methoden und Programme trotz dieser Herausforderungen professionell umsetzen zu können, kann es unterstützend sein, einzelne Handlungsschritte sowie deren Abfolge und Verknüpfungen möglichst detailliert zu beschreiben. In der Regel wird dies anhand von Handlungsanweisungen, Guidelines oder Checklisten umgesetzt und ist häufig mit dem Bereitstellen von konkreten Arbeitsmaterialien verknüpft. Diese Ausdifferenzierung und Strukturierung methodischen Handelns wird als *Manualisierung* bezeichnet (vgl. Klug & Zobrist, 2016, S. 97; auch: Hochuli Freund & Stotz, 2011).

Im psychotherapeutischen Kontext werden die Potenziale von Behandlungsmanualen eingehend hervorgehoben (vgl. u. a. Addis & Cardemil, 2009). Es ist demnach ein regelmäßiger Einsatz von Manualen festzustellen, wie anhand etablierter Psychoedukationsprogramme deutlich wird (vgl. Bäuml, Behrendt, Henningsen, u. a., 2016). Die Manualisierung von Interventionen geht dabei auch immer mit dem Anspruch einher, gezielt empirische Wirksamkeitsnachweise aufzuzeigen. In diesem Zusammenhang wird dargelegt, dass sich für diverse Krankheitsbilder und Handlungsfelder strukturierte und manualisierte Interventionen im Gegensatz zu unstrukturierten Vorgehensweisen als wirksamer erweisen (vgl. z. B. für den forensischen Kontext: Bonta & Andrews, 2017). Gleichwohl ist zu erwähnen, dass die Manualisierung von psychotherapeutischen Interventionen – trotz hoher Akzeptanz vor allem im Kontext der kognitiven Verhaltenstherapie – auch kritisch diskutiert wird (vgl. u. a. Duncan & Miller, 2009).

In der Sozialen Arbeit sind manualisierte Interventionen bislang eher selten anzutreffen. Vielmehr werden Manuale im Rahmen der Debatte um eine evidenzbasierte Praxis aufgegriffen. Hierbei wird ihnen auf der einen Seite eine unterkomplexe und fachfremde Logik vorgeworfen, womit eine Deprofessionalisierung Sozialer Arbeit befürchtet wird („cookbook social work“, vgl. Otto & Ziegler, 2008, S. 275). Auf der anderen Seite zeigen innovative Beispiele, dass in der Sozialen Arbeit Manuale nicht in technokratischer Manier abzarbeiten sind, sondern eine „praxistaugliche“ Unterstützung darstellen sollen (vgl. u. a. Klug & Zobrist, 2016). Dabei sind manualisierte Interventionen stets in einen

sozialarbeiterischen Gesamtprozess einzubetten, und sollen demnach nicht die situative Reflexion und professionelle Expertise der einzelnen Fachkräfte ersetzen (vgl. Klug & Zobrist, 2016, S. 97 ff.). Diesem Verständnis folgend, ist auch das Manual des Gruppenprogramms *gesund.sein* konzipiert, für dessen Umsetzung die Gruppenleitungen im Rahmen der Workshops geschult wurden. Das Manual beinhaltet diverse Arbeitsmaterialien (siehe Kapitel 5.2.5) und ist unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse in modifizierter Form vollständig im Anhang C zu finden. Im Verlauf der Evaluationsstudie konnten folgende Erkenntnisse bezüglich der Manualisierung des Gruppenprogramms generiert werden, die sich auch als anschlussfähig und bedeutend für die übergeordnete Diskussion um manualisierte Interventionen in der Sozialen Arbeit erweisen.

Der überwiegende Teil der Gruppenleitungen (ca. 65–80 %, n=10–12) hatte bislang noch kein manualisiertes Gruppenprogramm durchgeführt bzw. war es bisher nicht gewohnt mit einem Manual zu arbeiten. Fast alle Gruppenleitungen (86,6 %, n=13) gaben nach dem Programm an, dass ihnen die Durchführung *sehr leicht* oder *leicht* gefallen sei. Sie fügten hinzu, dass grundsätzlich eine Einarbeitung und Durchführung des Programms auch ausschließlich mithilfe des Manuals denkbar sei, jedoch die Workshops die Einarbeitung erheblich erleichtere. Ebenso sei eine manualgetreue Durchführung durch die Teilnahme an den Workshop zuverlässiger gewährleistet. Die Rückmeldungen der Gruppenleitungen lassen darauf schließen, dass auf eine manualgetreue Umsetzung des Programms (*Manualtreue*) stets geachtet wurde. Dadurch konnte eine Vergleichbarkeit der Evaluationsergebnisse entscheidend begünstigt werden (vgl. zur Bedeutung von Manualtreue u. a. Schulte, 2001). Wenn es vereinzelt Abweichungen bei der Programmumsetzung gab (z. B. sprachliche, didaktische oder inhaltliche Spezifizierungen), wurden diese entsprechend in den Dokumentations- und Reflexionsbögen protokolliert.

Das Manual von *gesund.sein* wurde sowohl vor als auch nach der Programmdurchführung bezüglich der Kategorien *Logischer Aufbau*, *Verständlichkeit*, *Handhabung*, *Umfang* und *Fachlichkeit* als sehr gut bewertet, wobei im Rahmen der Nachbefragung die positiven Werte tendenziell noch zunahmen.

Neben den bereits beschriebenen Verbesserungsvorschlägen bezüglich inhaltlicher oder didaktischer Aspekte, wird für eine vereinfachte Handhabung empfohlen, in den „Anleitungen der Gruppenleitungen“ auch die Folien der jeweiligen PowerPoint-Präsentationen unmittelbar in den Fließtext aufzunehmen. Zudem sollen die einzelnen Folien der PowerPoint-Präsentationen nummeriert werden. Von den Gruppenleitungen wurde ein

kurzer Hinweis im Manual gewünscht, dass es zu empfehlen sei, die vorgesehene Abfolge der Einheiten beizubehalten und nicht flexibel zu variieren.

Wie bereits bei den Bewertungen der Didaktik angeführt, weisen auch Rückmeldungen der Gruppenleitungen auf den Einsatz digitaler Unterstützung hin. Anstatt das Programm bzw. das Manual nur als Printversion (Handbuch) oder über eine CD-R zur Verfügung zu stellen, sind die Möglichkeiten von *Online-Downloads* oder einem *Cloud-Speicher* in Betracht zu ziehen, wie es für zahlreiche Programme, Manuale, Praxis-Tools etc. erfolgreich praktiziert wird (vgl. u. a. Klug & Zobrist, 2016; Jensen u. a., 2014; Körkel & Schindler, 2003). Die Potenziale der Digitalisierung und IT-Unterstützung sind für zukünftige Forschungs- und Entwicklungsschritte zu berücksichtigen, reflektiert zu überprüfen und entsprechend für die Weiterentwicklung des Programms nutzbar zu machen.

Abschließend zeigten die Rückmeldungen der Gruppenleitungen übereinstimmend, dass ein methodisch strukturierter Rahmen (= Manualisierung) sehr positiv und unterstützend für ein themenzentriertes Gruppenprogramm wie *gesund.sein* ist. Die manualisierte Aufbereitung von *gesund.sein* gäbe einerseits Sicherheit und Struktur für das methodische Handeln, ließe aber andererseits genügend Handlungsspielraum, um die eigene fachliche Expertise einzubringen. Im Rahmen der Evaluationsstudie konnte somit aufgezeigt werden, dass das vorliegende Gruppenprogramm sowohl eine strukturierende als auch praktikable Methode darstellt (vgl. Hochuli Freund & Stotz, 2011, S. 14). Die Gruppenleitungen würden sich, falls zukünftig Aufbaumodule oder Anschlussprogramme entwickelt werden sollten, erneut eine manualisierte Ausarbeitung wünschen.

Die Bewertungen des Manuals sind insgesamt sehr positiv hervorzuheben. Wie bereits im theoretischen Teil beleuchtet wurde, sind methodische Konkretisierungen und Ausdifferenzierungen sozialarbeiterischen Handelns in der Wohnungslosenhilfe kaum festzustellen. Methodisches Handeln scheint, in Anlehnung an ein ganzheitliches, generalistisches und hermeneutisches Professionsverständnis, prinzipiell von Offenheit, Reflexion und hermeneutischem Fallverstehen geprägt zu sein (vgl. u. a. Dewe & Otto, 2002; Ferchoff, 1993; Hauptert & Kraimer, 1991; Thiersch, 2002, S. 203 ff.). Im Rahmen dieser Routinen praktischen Handelns ein themenzentriertes Gruppenprogramm in manualisierter Form zu implementieren und erfolgreich umzusetzen, kann als großer Erfolg verstanden werden. Die Evaluationsergebnisse des Gruppenprogramms sind nicht nur als innovativer

Impuls für die Potenziale von Manualen in der Wohnungslosenhilfe, sondern auch für andere Handlungsfelder der Sozialen Arbeit zu betrachten.

#### 9.2.1.6 Gruppe

Bis Anfang der 1970er-Jahre wurde – neben der Einzelfallhilfe und der Gemeinwesenarbeit – die (soziale) Gruppenarbeit als eine der drei „klassischen“ Methoden Sozialer Arbeit angeführt. Obwohl sich das Methodenverständnis im Rahmen der Methodendiskussion in den vergangenen Jahrzehnten erheblich ausdifferenziert hat, geht das Gruppensetting nach wie vor mit großen Potenzialen für sozialarbeiterische Hilfeangebote einher (vgl. Galuske, 2013, S. 92 ff.; Schmidt-Grunert, 2009, S. 20 ff.), wie auch die vorliegende Evaluationsstudie verdeutlicht. Dabei lassen sich folgende Aspekte herausstellen, die es für die Gestaltung des Gruppensettings von *gesund.sein* zu berücksichtigen gilt.

Ein vertraulicher Rahmen und die Verschwiegenheit im Umgang mit den besprochenen Inhalten wurden von den Teilnehmern als sehr wichtig beurteilt, um sich innerhalb der Gruppe öffnen zu können. Aus diesem Grund ist eine *geschlossene Gruppe* mit *verbindlichen Gruppenregeln* von großer Bedeutung. Eine *Gruppengröße von etwa 5–8 Teilnehmern* stellte sich als idealer Richtwert heraus, wobei im Einzelfall auch Abweichungen praktikabel erscheinen (eine Mindestteilnehmerzahl von 3 Personen stellte sich für eine kleine Einrichtung wie C2 als praktikabel heraus; 9–10 Teilnehmer erscheinen je nach Gruppenkonstellation vorstellbar; bei mehr als 10 Teilnehmern scheint es kaum machbar, jeder Person genügend Beteiligungsmöglichkeiten einzuräumen). Die für *gesund.sein* herausgearbeiteten gruppenspezifischen Parameter (geschlossene Gruppe, Gruppengröße 5–8 Personen), finden sich in wissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit anderen psychosozialen Gruppenangeboten in ähnlicher Weise wieder (vgl. u. a. Pitschel-Walz & Bäuml, 2016a; Yalom, 1995).

Die *Gruppenleitungen* wurden von den Teilnehmern sehr positiv bewertet. Dabei zeigte sich auch, dass ihnen eine besondere Verantwortung für das Gelingen des Programms zukommt (vgl. Tschuschke, 2010b). Für einen erfolgreichen Gruppenverlauf zeichnete sich die Bedeutung der *Themenzentrierten Interaktion (TZI)* (Cohn, 1975) ab, die auch als *theoretisches Grundprinzip* im Konzept von *gesund.sein* verankert ist (siehe Kapitel 5.2.2). Daneben ist zu erkennen, dass ein Grundwissen bezüglich der *Phasen der Gruppenentwicklung* (vgl. Tuckman & Jensen, 1977; Phasen: Forming, Storming, Norming,

Performing, Adjourning) für eine differenzierte Gestaltung und Reflexion des Gruppenverlaufs förderlich ist, und daher ebenfalls als *theoretisches Grundprinzip* bei der Modifizierung des Konzepts/Manuals berücksichtigt werden soll. Mit den Evaluationsergebnissen einhergehend sind folgende Anforderungen für die Gruppenleitungen zu konstatieren, um gruppendynamischen Herausforderungen erfolgreich zu begegnen (vgl. Analogien u. a. bei: Tschuschke, 2010b):

- Einen Rahmen für den Austausch vertraulicher Themen schaffen
- Den Austausch und die Diskussionen der Teilnehmer moderieren und koordinieren
- Den Teilnehmern auf Augenhöhe begegnen (Haltung, Beziehungsgestaltung)
- Das Gruppenprogramm zu zweit leiten

Zusammenfassend sind im Manual folgende Aspekte für eine erfolgreiche Gestaltung des Gruppensettings bzw. der Leitung der Gruppe anzuführen und kurz zu erläutern:

- Geschlossene Gruppe
- Gruppengröße 5–8 Teilnehmer (idealerweise)
- Zwei Gruppenleitungen
- Notwendigkeit verbindlicher Gruppenregeln
- Notwendigkeit eines vertraulichen Rahmens, einhergehend mit der Verschwiegenheit bezüglich besprochener Inhalte
- Austausch und Diskussion der Teilnehmer fördern und moderieren

Die Potenziale des Gruppensettings für Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe werden im Rahmen der organisationsbezogenen Erkenntnisse gesondert aufgegriffen (siehe Kapitel 9.3.3). Die gruppenspezifischen Wirkfaktoren, die sich im Rahmen der Evaluationsstudie herausgebildet haben, sind dem nachfolgenden Kapitel 9.2.2 zu entnehmen.

#### *9.2.2 Potenzielle Wirkfaktoren*

In der Psychotherapieforschung spielen neben den Wirkungen auch die entsprechenden Wirkmechanismen – Wirkfaktoren – therapeutischer Hilfen eine wesentliche Rolle. Die entsprechenden Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung liefern auch wichtige Impulse für die Soziale Arbeit, die insbesondere im Kontext der Klinischen Sozialarbeit Beachtung finden (vgl. Pauls, 2013, S. 147 ff.).

In der Psychotherapieforschung wird die Unterscheidung *spezifischer und allgemeiner (oder auch unspezifischer) Wirkfaktoren* vorgenommen, wobei diese Begrifflichkeiten nicht

immer eindeutig voneinander abzugrenzen sind. Während sich spezifische Wirkfaktoren tendenziell auf explizite Techniken und Methoden spezieller Therapieverfahren beziehen, werden unter allgemeinen Wirkfaktoren grundsätzlich Faktoren verstanden, die therapeutische Veränderungen bewirken, dabei aber unabhängig von einem spezifischen Therapiemodell oder einem bestimmten psychischen Störungsbild sind. Es ist jedoch ratsam, weniger eine Polarisierung auf eine der beiden Arten von Wirkfaktoren vorzunehmen, sondern spezifische und allgemeine Wirkfaktoren vielmehr auf unterschiedlichen Prozessebenen und in einem komplexen Wechselspiel zu begreifen. Spezifische Wirkfaktoren beziehen sich demnach eher auf das konkrete und spezifische technische Vorgehen, und sind somit auf der Handlungsebene zu verorten. Allgemeine Wirkfaktoren können hingegen eher auf einer übergeordneten Ebene angesiedelt werden (vgl. Pfammatter, Junghan, & Tschacher, 2012). In der Literatur ist die Beschreibung allgemeiner Wirkfaktoren meist mit den folgenden vielbeachteten Faktoren nach Grawe (1995) verbunden: Therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung und Problembewältigung. Darüber hinaus sind auch Kategorien entwickelt worden, denen die häufigsten beschriebenen Wirkfaktoren zugeordnet werden können. Hierbei benennen Grenavage und Norcross (1990 zit. nach Pfammatter u. a., 2012) beispielweise folgende Kategorien: Patientenmerkmale, Therapeutenmerkmale, Veränderungsprozesse, Behandlungsstruktur und Therapiebeziehung.

In Anlehnung an die Erkenntnisse der Psychotherapieforschung, stellt sich auch für das Gruppenprogramm *gesund.sein* die Frage, welche Faktoren angestrebte Veränderungsprozesse bewirken und fördern können. Im Rahmen der vorliegenden Evaluationsstudie ließen sich, anhand der Ergebnisse der Teilnehmerinterviews und den Fokusgruppen mit den Gruppenleitungen, potenzielle Wirkfaktoren für das Gruppenprogramms *gesund.sein* identifizieren, die auf drei Ebenen angesiedelt werden können (siehe unten: Tabelle 12).

Die erste Ebene umfasst die *Haltungen der Gruppenleitungen* und die damit einhergehende *Beziehungsgestaltung*. Die Evaluationsergebnisse veranschaulichen, dass eine erfolgreiche Durchführung des Programms mit einer bestimmten Grundhaltung der Gruppenleitungen einhergehen muss, um es den Teilnehmer zu ermöglichen, sich auf die Themen des Programms einzulassen. Die authentische Umsetzung eines *Partnerschaftlichen Stils* – wie er im Konzept der Motivierenden Gesprächsführung beschrieben wird (vgl. Miller & Rollnick, 2015) – spielt hierbei eine zentrale Rolle. Die Begegnung mit den Teilnehmern ist „auf Augenhöhe“ zu gestalten und sollte von *Wertschätzung, Empathie* und *positiver*

*Verstärkung* (Ressourcen hervorheben, Loben) geprägt sein (vgl. u. a. auch Pitschel-Walz & Bäuml, 2016b). Diese potenziellen Wirkfaktoren der ersten Ebene können den oben erwähnten Kategorien „Therapeutenmerkmale“ und „Therapiebeziehung“ nach Grencavage und Norcross (1990, zit. nach Pfammatter u. a., 2012) zugeordnet werden. Auch die Nähe zu den von Grawe (1995) formulierten Faktoren der „Therapeutischen Beziehung“ und „Ressourcenorientierung“ ist hier zu erkennen. Die Grundhaltung und Beziehungsgestaltung der Gruppenleitungen können somit als allgemeine und übergeordnete Wirkfaktoren verstanden werden, die auch über das Gruppenprogramm hinaus für die Wohnungslosenhilfe von Bedeutung erscheinen, um psychosoziale Hilfeprozesse wirksam zu gestalten.

Auf der zweiten Ebene können potenzielle Wirkfaktoren bezüglich der konkreten *inhaltlichen Umsetzung des Programms* ausfindig gemacht werden. Eine Grundvoraussetzung für das themenzentrierte Gruppenprogramm ist eine *unmittelbare Relevanz der Inhalte* für die Teilnehmer. Dabei soll die sprachliche und inhaltliche Gestaltung des Programms mit einer *salutogenetischen und ressourcenorientierten Perspektive* einhergehen, indem die Stärken, Ressourcen und Schutzfaktoren der Teilnehmer hervorgehoben werden (vgl. u. a. Berger, 2016). Die Evaluationsergebnisse weisen darauf hin, dass die *Kombination* Inhalte des Programms sowohl auf einer *allgemeinen, edukativen Ebene* (Schwerpunkt: informieren; z. B. in Einheit 2: es gibt Schutz- und Risikofaktoren, was sind deren Unterschiede etc.) als auch auf einer *individuellen, kognitiv-affektiven Ebene* (Schwerpunkt: diskutieren und konkretisieren; z. B. in Einheit 2: welchen konkreten persönlichen Schutzfaktor kann der einzelne Teilnehmer für sich ausfindig machen) zu thematisieren, für die Teilnehmer sehr bedeutend war (vgl. auch bei: Bäuml & Pitschel-Walz, 2016a, S. 52 f. Pitschel-Walz & Bäuml, 2016a, S. 6). Dadurch können zunächst Informationen auf der edukativen Ebene das Gefühl von Erleichterung hervorrufen (vgl. Ergebnisse aus den Fokusgruppen), wie es auch bei Yalom (2007, S. 32 ff.) beschrieben wird. In einem weiteren Schritt können die Inhalte auf einer persönlichen und weniger abstrakten Ebene besprochen und für die Teilnehmer unmittelbar erfahrbar werden (z. B. einen konkreten persönlichen Schutzfaktor ausfindig zu machen, der auch tatsächlich im Alltag zur Geltung kommen kann). Auch die potenziellen Wirkfaktoren dieser zweiten Ebene zeigen eine Anschlussfähigkeit an die Wirkfaktoren „Ressourcenorientierung“ und „motivationale Klärung“ nach Grawe (1995). Karasus (1986, zit. nach Pfammatter u. a., 2012) subsumiert zudem „Affektives Erleben“, „Kognitive Bewältigung“ und „Verhaltensregulierung“ als drei wirksame Komponenten psychotherapeutischer Ansätze, die im Kontext von *gesund.sein* ebenfalls zu erkennen sind.

Auf der dritten Ebene lassen sich potenzielle *gruppenspezifische Wirkfaktoren* herausstellen. Dabei ist es zunächst von Bedeutung, den Teilnehmern einen *geschützten Rahmen* zu bieten (idealerweise anhand einer geschlossenen Gruppe) und die Auseinandersetzung mit den Programminhalten durch eine *angenehme Gestaltung und Atmosphäre des Gruppenraums* zu unterstützen. Dadurch kann der *gemeinsame Austausch* der Teilnehmer gefördert werden, der ein zentrales Element des Gruppenprogramms darstellt. In allen Gruppen zeigte sich ein sehr offener, ehrlicher und respektvoller Umgang unter den jeweiligen Teilnehmern, obwohl sich diese nur in seltenen Fällen vor den Programmdurchführungen besser kannten. Es wurden von Beginn an sehr persönliche Erfahrungen der Teilnehmer eingebracht, wobei auch stillere oder introvertiertere Teilnehmer ausreichend zu Wort gekommen sind. Der gegenseitige Austausch wurde von den Teilnehmern und Gruppenleitungen als sehr wichtig und positiv beschrieben, und sei stets von gegenseitiger Toleranz, Geduld und Wertschätzung geprägt gewesen. Diese Erkenntnisse lassen sowohl auf ein *positives Gruppenklima* als auch eine hohe *Gruppenkohäsion* schließen, die beide ebenfalls als zentrale Wirkfaktoren im Kontext der Gruppenpsychotherapie angeführt werden (vgl. Kämmerer, 2012). Darüber hinaus konnten die Teilnehmer erkennen, dass sie mit den anderen Gruppenteilnehmern *ähnliche Probleme, Ängste und Bedürfnisse teilen* und von diesen entsprechend Verständnis entgegengebracht bekommen (vgl. „Universalität des Leidens“ bei: Yalom, 2007, S. 28 ff.). Diese Erfahrung kann *entlastend* wirken, *Hoffnung fördern* sowie *nachahmende und interpersonale Lernprozesse* (vgl. Yalom, 2007) ermöglichen, wie es sich auch für die Teilnehmer von *gesund.sein* zeigte. In der Analyse der Durchführungen war außerdem festzustellen, dass Ratschläge von anderen Teilnehmern zum Teil einfacher angenommen werden, als wenn sie unmittelbar von den Gruppenleitungen formuliert wurden. Yalom (2007) bestätigt – in Verbindung mit dem Wirkfaktor „Altruismus“ – diese Erkenntnis in Bezug auf Teilnehmer psychotherapeutischer Gruppen: „Sie unterstützen und beruhigen einander, machen Vorschläge, teilen Einsichten und informieren einander darüber, dass sie ähnliche Probleme haben. Häufig hören sie sich die Äußerungen anderer Teilnehmer bereitwilliger an und nehmen sie sich auch eher zu Herzen, als wenn der Therapeut ihnen mehr oder weniger das Gleiche sagt“ (S. 37). Schließlich kann das *unmittelbare Einbeziehen/die aktive Beteiligung von Teilnehmern in die Organisation der Gruppentreffen* (vgl. z. B. Teilnehmer-Interview B5, Organisation und Zubereitung der Verpflegung für die gesamte Gruppe) als wirksamer Faktor erkannt werden. Die potenziellen Wirkfaktoren dieser dritten Ebene weisen eine Anschlussfähigkeit an wissenschaftliche Erkenntnisse bezüglich gruppentherapeutischer Wirkmechanismen auf (vgl.

insbesondere in Anlehnung an: Yalom, 1995, 2007; vgl. Übersichten bei: Kämmerer, 2012; Tschuschke, 2010a).

Anhand der Untersuchungsergebnisse konnte gezeigt werden, dass potenzielle Wirkfaktoren für das Gruppenprogramm *gesund.sein* auf drei unterschiedlichen Ebenen anzusiedeln sind (siehe unten: Tabelle 12). Die identifizierten Wirkfaktoren erweisen sich als anschlussfähig an empirische Erkenntnisse, die sich zwar überwiegend auf psychotherapeutische Gruppen beziehen, gleichwohl aber für psychosoziale und sozialarbeiterische Gruppenprogramme von großer Relevanz erscheinen. In zukünftigen Untersuchungen gilt es, diese potenziellen Wirkfaktoren zu berücksichtigen und gezielt zu prüfen.

Tabelle 12: *Potenzielle Wirkfaktoren des Gruppenprogramms*

<b>Potenzielle Wirkfaktoren</b>		
<b>1. Ebene</b> Haltungen der Gruppenleitungen (Beziehungsgestaltung)	<b>2. Ebene</b> Inhaltliche Umsetzung des Programms	<b>3. Ebene</b> Gruppenspezifische Wirkfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partnerschaftlicher Stil im Sinne der Motivierenden Gesprächsführung (Miller &amp; Rollnick, 2015)</li> <li>- Begegnung „auf Augenhöhe“</li> <li>- Wertschätzung, Empathie, positive Verstärkung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unmittelbare Relevanz der Inhalte für die Teilnehmer</li> <li>- Salutogenetische und ressourcenorientierte Aufbereitung der Inhalte</li> <li>- Inhalte sowohl auf allgemeiner/edukativer als auch auf individueller/kognitiv-affektiver Ebene thematisieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geschützter Rahmen und angenehme Gestaltung/Atmosphäre des Gruppenraums</li> <li>- Gemeinsamer Austausch der Teilnehmer</li> <li>- Positives Gruppenklima (Wertschätzung, Toleranz, Verständnis)</li> <li>- Gruppenkohäsion</li> <li>- Weitere erkennbare Analogien zu Wirkfaktoren nach Yalom (1995, 2007): Universalität des Leidens, Hoffnung wecken, Altruismus, Katharsis, interpersonales Lernen</li> <li>- Aktive Beteiligung der Teilnehmer an der Organisation der Gruppe</li> </ul>

### 9.2.3 *Potenzielle Wirkungen und nicht-intendierte Effekte*

Die Evaluationsergebnisse weisen in unterschiedlichem Maße darauf hin, inwieweit die folgenden vier (zuvor konzeptionell festgelegten) Zieldimensionen von *gesund.sein* von den Teilnehmern erreicht werden konnten bzw. sich diesbezüglich *potenzielle Wirkungen* des Gruppenprogramms vermuten lassen:

#### – *Informationszugewinn*

Das interaktive Erarbeiten von allgemeinen Informationen und handlungspraktischen Wissen zur Förderung der eigenen seelischen Gesundheit, stellt ein zentrales Element von psychoedukativen Gruppen dar (vgl. Pitschel-Walz & Bäuml, 2016a, S. 6). Nach Ende des Programmdurchlaufs gaben sechs von acht interviewten Teilnehmern konkrete Inhalte von *gesund.sein* wieder. Die Gruppenleitungen bewerteten das Erreichen dieser Zieldimension für die meisten Teilnehmer als zutreffend. Um zukünftig einen dezidierten Nachweis über den Zugewinn von programmbezogenen Informationen zu erhalten, könnten beispielsweise Wissensfragebögen systematisch eingesetzt werden (vgl. Bäuml & Pitschel-Walz, 2016a, S. 50 f.).

#### – *Stärkung der Kommunikationsfähigkeiten*

Die Gruppenleitungen schätzten die Stärkung der Kommunikationsfähigkeiten bei den meisten Teilnehmern als zutreffend ein. Die Kommunikationsfähigkeiten scheinen wesentlich durch den gemeinsamen Austausch der Teilnehmer gefördert worden zu sein. Neben den Kommunikationsfähigkeiten scheinen auch weitere soziale Kompetenzen positiv beeinflusst worden zu sein, wie anhand der nicht-intendierten Effekte unten stehend ersichtlich wird. Aus diesem Grund soll die Zieldimension „Stärkung der Kommunikationsfähigkeiten“ als „Stärkung sozialer Kompetenzen“ umbenannt und entsprechend erweitert werden. In zukünftigen Wirkungsstudien gilt es zu prüfen, inwieweit diese Zieldimension anhand etablierter Messinstrumente (vgl. Kanning, 2009; auch: Hinsch & Pfingsten, 2015, S. 216 ff.) erfasst werden kann.

#### – *Förderung der Selbsthilfepotenziale*

Es wurde versucht, anhand von Aussagen der Teilnehmer bezüglich konkreter Handlungsoptionen zur Unterstützung der eigenen seelischen Gesundheit, mögliche Selbsthilfepotenziale zu identifizieren. Einen wesentlichen Indikator stellten dabei die persönlichen Schutzfaktoren dar, die dazu beitragen sollen, die eigene seelische Gesundheit positiv zu beeinflussen (vgl. Berger, 2016). In allen Teilnehmerinterviews ließen sich persönliche Schutzfaktoren ausfindig machen. Bei einigen Teilnehmern wurden diese lediglich erwähnt, bei anderen zeigten sich diesbezüglich bereits konkrete Handlungsschritte

(vgl. u. a. interviewte Teilnehmer B1, B4). Den Gruppenleitungen fiel eine abschließende Bewertung dieser Zieldimension schwierig, da für sie Selbsthilfepotenziale nur in einzelnen Fällen erkennbar gewesen seien. Ihrer Meinung nach sei eine langfristige Betrachtung notwendig, um realistische Aussagen bezüglich dieser Zieldimension treffen zu können. Hierfür wäre zukünftig anzustreben, neben einer Prä-Post-Messung auch Follow-up-Messungen bzw. Katamneseuntersuchungen zu berücksichtigen (vgl. u. a. Döring & Bortz, 2016, S. 208 ff.).

- *Förderung der Sensibilität/Steigerung der Motivation, sich mit der eigenen seelischen Gesundheit auseinanderzusetzen*

Um diese Zieldimension erfassen zu können, wurde in den Interviews mit den Programmteilnehmern auf konkrete Aussagen bezüglich des Wahrnehmens der eigenen seelischen Gesundheit geachtet (z. B. Benennen eigener Risikofaktoren und Frühwarnzeichen, Ambivalenzen hinsichtlich des eigenen Ist-Soll-Zustandes). Bei fünf von acht Interviewten konnten entsprechende Aussagen identifiziert werden, die sich nach dem Transtheoretischen Veränderungsmodell von Prochaska u. a. (1994) den Motivationsstufen *Absichtsbildung*, *Vorbereitung* oder *Handlung* zuordnen ließen (vgl. B1, B2, B4, B6, B8). Unter Berücksichtigung der bereits dargestellten hard-to-reach-Thematik, wonach wohnungslosen Menschen häufig eine mangelnde Motivation zur Veränderung zugeschrieben wird (vgl. Niebauer, 2015; siehe Kapitel 4), sind diese Erkenntnisse kontrastierend hervorzuheben und sehr positiv einzuordnen. Die Selbstaussagen der Teilnehmer bezüglich dieser Wirkungsdimension wurden durch Einschätzungen der Gruppenleitungen objektiviert und als sehr realistisch beurteilt. Auch die potenziellen Wirkungen dieser Zieldimension erfordern eine dezidierte Betrachtung in zukünftigen Untersuchungen, um empirisch fundierte Bewertungen bezüglich der Effekte des Gruppenprogramms generieren zu können.

Neben den genannten potenziellen Wirkungen bezüglich der vier Zieldimensionen deuten sich auch folgende *potenzielle nicht-intendierte Effekte* (bzw. konzeptionell nicht eindeutig als Zieldimension ausgewiesene Effekte) für das Gruppenprogramm an:

- *Verbesserung des seelischen Wohlbefindens*

Mehr als die Hälfte der befragten Teilnehmer äußerte rückblickend in den Interviews, dass sie sich während der sechswöchigen Programmphase seelisch wohler fühlten als gewohnt. Auch im Rahmen der quantitativen Befragungen zeigte sich, dass die Teilnehmer ihr seelisches Wohlbefinden nach dem Programm besser bewerteten als zuvor. Es daher anzunehmen, dass das Programm einen – zumindest kurzfristigen – positiven Einfluss auf das seelische

Wohlbefinden der Teilnehmer haben kann. Dies kann insbesondere mit der salutogenetischen Grundausrichtung von *gesund.sein* im Zusammenhang stehen (vgl. Berger, 2016).

#### – *Steigerung des Selbstwertgefühls*

Das Selbstwertgefühl steht, wie auch andere Persönlichkeitsmerkmale (z. B. Selbstwirksamkeitserwartungen, Optimismus etc.), in einem engen Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit (vgl. Kohlmann, 2003), und soll daher auch im Rahmen des Gruppenprogramms gezielt gefördert werden. Es deutet sich an, dass die Programmteilnahme für einige Teilnehmer mit einer Steigerung des Selbstwertgefühls einherging (vgl. insbesondere Interviews mit B2 und B8). Ausschlagend können hierfür sowohl die positive und wertschätzende Grundhaltung der Gruppenleitungen gegenüber den Teilnehmern sein, als auch der tolerante, respektvolle und verständnisvolle Umgang der Teilnehmer untereinander.

#### – *Förderung sozialer Kompetenzen*

Die Evaluationsergebnisse legen nahe, dass über eine Stärkung der Kommunikationsfähigkeiten hinaus, auch eine Stärkung der sozialen Kompetenzen durch das Gruppenprogramm begünstigt werden kann (vgl. Yalom, 2007, S. 41 ff.). Im Rahmen von *gesund.sein* wird es den Teilnehmer ermöglicht, kommunikative und soziale Kompetenzen konkret zu üben und unmittelbares Feedback zu erfahren. Die sozialen Kompetenzen der Teilnehmer wurden im Verlauf des Programms verstärkt sichtbar und spiegelten sich maßgeblich in einem empathischen und solidarischen Umgang und Austausch der Teilnehmer untereinander wider.

#### – *Förderung sozialer Kontakte*

Soziale Beziehungen bzw. die Einbindung in soziale Netzwerke stellen bedeutende Determinanten der Gesundheit und des Wohlbefindens von Individuen dar (vgl. u. a. Franzkowiak u. a., 2011, S. 41 ff.; Gahleitner, 2017). Das Leben in einem Wohnheim gehe laut der Teilnehmer häufig mit sozialer Isolation und Einsamkeit einher und werde als sehr belastend wahrgenommen. Die Hoffnung auf eine Veränderung dieser Situation, konnte für einige Teilnehmer als ein Motivationsfaktor zur Programmteilnahme ausfindig gemacht werden. Diesbezüglich zeigte sich nach den Programmdurchläufen, dass einer sozialen Isolation der Teilnehmer positiv entgegengewirkt werden konnte (vgl. Yalom, 2007), da der Aufbau sozialer Kontakte sowohl innerhalb der Gruppe (vgl. u. a. B2, B4) als auch zu anderen Personen innerhalb (vgl. u.a. B6) und außerhalb (vgl. u. a. B8) der Einrichtungen festzustellen war.

#### – *Gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen*

Für zwei Teilnehmer lassen sich konkrete gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen beobachten, die unmittelbar im Zusammenhang mit den besprochenen Themen des Gruppenprogramms stehen. So erklärte ein Teilnehmer (Interviewter B4), dass er durch das Programm für sich habe feststellen können, dass es einen untrennbaren Zusammenhang seines Alkoholkonsums und seines seelischen Wohlbefindens gebe. Noch während der Programmphase habe er begonnen, seinen Alkoholkonsum erheblich zu reduzieren und auf eine selbstkontrollierte Trinkmenge pro Tag festzulegen (die Gruppenleitungen und ein weiterer Teilnehmer – Interviewter B3 – berichteten ebenfalls von dieser Verhaltensänderung von B4). Ein weiterer Teilnehmer suchte direkt im Anschluss an *gesund.sein* einen Psychiater auf. Dieser Schritt sei ihm bislang nicht möglich gewesen und erst durch die Einheit 3 des Programms eröffnet worden, wie auch die entsprechenden Gruppenleitungen resümierten. Es deutet sich dabei an, dass mit dem Gruppenprogramm das Gesundheitsverhalten der Teilnehmer gefördert werden kann, wie es auch im Rahmen anderer psychoedukativer Interventionen angestrebt wird (vgl. Behrendt & Krischke, 2005).

#### – *Organisations-/einrichtungsbezogene Effekte*

Neben den potenziellen Wirkungen bezogen auf die einzelnen Teilnehmer, deuten sich anhand der Evaluationsergebnisse auch organisations- bzw. einrichtungsbezogene Effekte durch das Gruppenprogramm an (vgl. auch ähnliche Auswirkungen und Effekte auf Einrichtungen und Träger bei der Implementierung von Gruppenprogrammen zum *kontrollierten Trinken* im Kontext der Wohnungslosenhilfe bei: Ballweg & Schuchmann, 2007). Zum einen ließ sich eine *positive Veränderung des Klimas unter den Bewohnern* der Einrichtungen während der Programmphase feststellen. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Teilnehmer des Programms den gemeinsamen Umgang innerhalb der Gruppe auch auf den Etagen und in den Gemeinschaftsräumen der Einrichtungen fortführten und andere Bewohnern entsprechend einbezogen wurden. Zum anderen ist es durch *gesund.sein* gelungen, das *Thema der seelischen Gesundheit* auch über das Programm hinaus in den Einrichtungen *präsent zu machen*. Dadurch wird den Sozialarbeiter\_innen eine inhaltliche Auseinandersetzung zu dem Thema seelische Gesundheit auch mit Klient\_innen erleichtert, die nicht an dem Programm teilgenommen haben. Schließlich lässt sich herausstellen, dass *Teilnehmer des Programms als Multiplikatoren* in einer Einrichtung verstanden werden können, die sowohl die Inhalte des Programms an andere Bewohner weitervermitteln als auch ihre Mitbewohner für eine zukünftige Teilnahme an *gesund.sein* motivieren können (vgl. Interviewter B6). Dass Teilnehmer eines Gruppenprogramms als Multiplikatoren für andere

Teilnehmer zukünftiger Programmdurchläufe fungieren können, zeigte sich auch explizit im Kontext von Gruppenprogrammen zum *kontrollierten Trinken* (vgl. Ballweg & Schuchmann, 2007, S. 225).

### **9.3 Organisationsbezogene Erkenntnisse**

Neben den unmittelbar zielgruppen- und programmbezogenen Erkenntnissen lassen sich auch Erkenntnisse herausstellen, die auf der Ebene der Organisationen anzusiedeln sind. Hierfür werden zunächst die Implementierung und die Workshops von *gesund.sein* betrachtet (Kapitel 9.3.1). Daran anschließend werden ausgewählte Aspekte des Professionsverständnisses und der Haltungen der Gruppenleitungen aufgezeigt (Kapitel 9.3.2). Die Evaluationsstudie verdeutlicht zudem übergeordnete Herausforderungen und Potenziale für Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, die in Kapitel 9.3.3 beleuchtet werden.

#### *9.3.1 Implementierung und Workshops*

Für eine *erfolgreiche Implementierung innovativer Programme* in die Praxis der Sozialen Arbeit wurden von den Gruppenleitungen folgende *Kriterien* als ausschlaggebend benannt: (1) Die *Relevanz des Themas der Innovation* für die Einrichtung, (2) ausreichend *personelle Ressourcen* in der Einrichtung, um die Innovation durchführen zu können, und (3) *motiviertes Personal*, das die Innovation schließlich umsetzt. Darüber hinaus erscheint eine *innovative Führungsebene*, die eine entsprechende Organisationskultur der Einrichtung bzw. des Trägers prägt, von Bedeutung (die Bedeutung dieser Kriterien für die Implementierung neuer Interventionskonzepte ist auch an anderer Stelle zu finden: vgl. u. a. Pitschel-Walz & Bäuml, 2016a, S. 8 ff.). Im Kontext der Wohnungslosenhilfe müssen nach wie vor viele Einrichtungen für einen Mindeststandard an Ausstattung im Sinne einer Notversorgung kämpfen (vgl. u. a. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2013), sodass die notwendigen *Rahmenbedingungen und Strukturen vor Ort* (z. B. personelle und zeitliche Ressourcen, Räumlichkeiten etc.) für die Implementierung innovativer Ansätze nicht außer Acht gelassen werden dürfen, wie auch die Gruppenleitungen rückmeldeten. Bei einer Projektteilnahme zur Implementierung einer Innovation war für zwei Drittel der befragten Gruppenleitungen der *eigene Handlungsspielraum* von Bedeutung. Für etwas mehr als die Hälfte sollte der „*Mehraufwand*“ der Implementierung einer Innovation mit einer günstigen Kosten-Nutzen-Relation einhergehen. Ebenso wurde es von den Gruppenleitungen als wichtig erachtet, dass eine Innovation mit einer *glaubhaften „Identifikationsperson“* aus der Wissenschaft bzw. Forschung einhergehe. Diese hinderlichen und förderlichen Einflussfaktoren zeigen sich im Kontext der Implementationsforschung in ähnlicher Weise

auch für andere evidenzbasierte Programme in der Sozialen Arbeit und im Gesundheitsbereich (vgl. zur Übersicht: Unz & Taube, 2016).

Am Beispiel der Implementierung von *gesund.sein* zeigte sich die Bedeutung und Notwendigkeit einer bewusst gewählten Vorgehensweise für die Zusammenarbeit von Wissenschaft *und* Praxis der Sozialen Arbeit, um methodische Innovationen und Entwicklungsprozesse erfolgreich umsetzen zu können. Hierfür stellte sich eine wertschätzende Haltung seitens der Wissenschaft gegenüber der Praxis und ihren Bedürfnissen als unabdingbar heraus, um eine kooperative Zusammenarbeit im Sinne der kooperativen Wissensbildung (vgl. Hüttemann & Sommerfeld, 2007) sowie des Praxis-Optimierungs-Zyklus (vgl. Gredig, 2005, 2011) zu ermöglichen. Für die beiden genannten Modelle ließen sich (auch retrospektiv) im Rahmen der Implementierung von *gesund.sein* vielversprechende Potenziale beobachten, die es in zukünftigen Forschungs- und Entwicklungsprozessen des Gruppenprogramms noch gezielter zu nutzen gilt (siehe auch Kapitel 10.3).

Um eine Vergleichbarkeit der Evaluationsergebnisse bestmöglich zu gewährleisten, war es notwendig, dass Programm in allen beteiligten Einrichtungen im Sinne der Konzeption und des Manuals durchzuführen (vgl. zur Bedeutung von Manualtreue u. a. Schulte, 2001). Um dies zu begünstigen, wurden in allen Einrichtungen die gleichen *Workshops* durch die Projektleitung abgehalten, die im Rahmen der Evaluation ebenfalls beurteilt wurden. Hierbei bewerteten die Gruppenleitungen den zeitlichen und inhaltlichen Umfang der beiden eintägigen Workshops von *gesund.sein* als sehr gut. Sie lobten zudem deren professionelle Durchführung durch die Projektleitung sowie die ausgiebigen Möglichkeiten für Rückfragen und gemeinsame Diskussionen. Die Gruppenleitungen bezeichneten die beiden Workshops als ausreichende Einarbeitung, um das Gruppenprogramm durchführen zu können, und erachteten hierfür keine weiteren als notwendig. Vereinzelt wurde darauf hingewiesen, dass eine (inhaltliche) Aneignung des Programms grundsätzlich auch ausschließlich mithilfe des Manuals denkbar wäre. Trotzdem sei die Teilnahme an den Workshops sehr zu empfehlen, da hiermit eine effektive und effiziente Einarbeitung in das Programm sowie die Vermittlung der Grundhaltungen von *gesund.sein* einhergehe.

Schließlich kann die inhaltliche Gestaltung der Workshops als Grundlage für zukünftige Schulungen bezüglich des Programms dienen. Der ideale zeitliche Abstand zwischen den beiden Workshop-Tagen wurde im Rahmen der Evaluation von den Gruppenleitungen sehr unterschiedlich benannt. Für zukünftige Schulungsmaßnahmen ist in

Erwägung zu ziehen, die beiden Workshops idealerweise an zwei aufeinanderfolgenden Tagen anzubieten. Dies wäre zum einen aus logistischer und finanzieller Sicht für Einrichtungen attraktiver (kein doppelter Aufwand für Anfahrten, Übernachtungen etc.), zum anderen könnte ohne zeitliche Unterbrechung eine intensivere Einarbeitung in das Programm ermöglicht werden.

#### *9.3.2 Professionsverständnis und professionelle Haltung*

Da dem Professionsverständnis und der professionellen Haltung der Gruppenleitungen nicht das primäre Forschungsinteresse galt, können die Evaluationsergebnisse diesbezüglich nur ausgewählte Aspekte hervorbringen. Diese sollen jedoch nicht unerwähnt bleiben, da professionstheoretische Fragestellungen auch immer im unmittelbaren Zusammenhang mit methodischem Handeln stehen (vgl. Galuske, 2013, S. 158), und dieses entsprechend prägen.

Das *Professionsverständnis* der Gruppenleitungen soll insbesondere anhand von *Einstellungen zum Theorie-Praxis-Verhältnis* abgebildet werden (vgl. Unterkofler & Oestreicher, 2014). Die Einstellungen können zunächst veranschaulicht werden, indem die Motive der Gruppenleitungen zur Teilnahme an dem Promotionsprojekt (Implementierung/Schulung, Durchführung und begleitende Evaluation von *gesund.sein*) in den Fokus gerückt werden. Dabei waren für nahezu alle befragten Gruppenleitungen folgende Punkte für die Projektteilnahme ausschlaggebend: Die Möglichkeit etwas „Neues“ auszuprobieren und dadurch „frischen Wind“ in die Arbeit zu bringen, sowie eine fachliche Bereicherung und einen Zuwachs an praktischem Handlungswissen zu erfahren. Zudem wurde die Relevanz der Thematik des Gruppenprogramms für die Zielgruppe angeführt, wie auch die Bedeutung von Gruppenprogrammen als wichtige Säule neben der Einzelfallarbeit. Die aufgezählten Motive zeigen einen unmittelbaren Zusammenhang mit praxisrelevanten Fragestellungen und Herausforderungen, und lassen zudem den Wunsch erkennen, die eigenen praktischen Handlungskompetenzen erweitern zu wollen. Betrachtet man hingegen die Aspekte des Praxis-Forschungs-Projekts, die eher eine wissenschaftliche und theoretische Perspektive fokussieren, wurden diese – zumindest vordergründig – als deutlich weniger ausschlaggebend für die Projektteilnahme beurteilt (vgl. u. a. hinsichtlich der unterschiedlichen Systemrationalitäten von Wissenschaft und Praxis: Sommerfeld, 2014). Darunter zählen: der Zuwachs an theoretischem Wissen, Einblicke in aktuelle wissenschaftliche Debatten, das aktive Mitwirken an einem wissenschaftlichen Projekt sowie die aktive Förderung des Wissenschaft-Praxis-Austausches. Diese Tendenz wird ferner bekräftigt, indem alle Gruppenleitungen zustimmten, dass eine Wissenschaft ohne

Praxisbezug realitätsfern sei. Demgegenüber stimmte weniger als die Hälfte der Befragten der Aussage zu, dass das eigene praktische Handeln nicht konträr zu wissenschaftlichen Erkenntnissen sein dürfe. Zudem gaben lediglich 3 von 15 Gruppenleitungen an, regelmäßig aktuelle Studien bzw. Fachartikel zu lesen. Dies könnte unmittelbar damit zusammenhängen, dass zwei Drittel der Gruppenleitungen der Meinung waren, dass Wissenschaftler\_innen meist nicht „die Sprache“ der Praxis sprechen würden.

Folgt man den systemtheoretischen Grundannahmen des Wissenschaftsverständnisses von Sommerfeld (u. a. 1998, 2014), dann gilt es zunächst Wissenschaft und Praxis als zwei getrennte Systeme zu verstehen, die unterschiedliche Systemrationalitäten aufweisen. Dies wird auch anhand der beschriebenen Einstellungen der Gruppenleitungen zum Theorie-Praxis-Verhältnis ersichtlich. Ohne die Grenzen der beiden ausdifferenzierten Systeme auflösen zu wollen, stehen diese jedoch in einem funktionalen Zusammenhang, wenn es um Professionalisierung und der damit verbundenen Verwendung wissenschaftlichen Wissens im Handlungskontext geht. Dadurch wird ein zwischen den beiden Systemen liegendes Feld sichtbar, das gemeinsam zu bearbeiten ist. Hierbei steht im Mittelpunkt, wie wissenschaftliches Wissen in die Praxis gelangen und die Problemlösekompetenz professionellen Handelns steigern kann. Um die Kopplung von Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit erfolgreich zu gestalten, bedarf es als Austauschmodus *Kooperation*, wie im Modell der *kooperativen Wissensbildung* verdeutlicht wird (vgl. u. a. Hüttemann & Sommerfeld, 2007; Sommerfeld, 1998, 2014). Auf die Anschlussfähigkeit des vorliegenden Forschungsprojekts an diese beschriebene Form des kooperativen Austausches von Disziplin und Profession soll in Kapitel 10.3 näher eingegangen werden. Es ist an dieser Stelle jedoch zu betonen, dass die Evaluation und (Weiter-)Entwicklung des innovativen Gruppenprogramms *gesund.sein* zeigen konnten, dass Wissenschaft und Praxis – trotz unterschiedlicher Systemrationalitäten – in höchstem Maße erfolgreich voneinander profitieren können.

Die Evaluationsergebnisse ermöglichten es neben dem Professionsverständnis auch, Erkenntnisse bezüglich der *professionellen Haltungen* der Gruppenleitungen herauszustellen. Die professionellen Haltungen lassen sich zunächst anhand der Rückmeldungen der Teilnehmer erkennen. So berichteten die Teilnehmer, dass ihnen „auf Augenhöhe“ begegnet worden und der gemeinsame Kontakt von Wertschätzung, Empathie und positiver Verstärkung geprägt gewesen sei. Diese Merkmale der Gruppenleitungen entsprechen den Grundsätzen des *Partnerschaftlichen Stils* im Sinne der Motivierenden Gesprächsführung

(Miller & Rollnick, 2015). Die Haltungen der Gruppenleitungen zeigten sich auch als potenzielle Wirkfaktoren für *gesund.sein* (siehe Kapitel 9.2.2) und erscheinen daher von zentraler Bedeutung für die positiven Effekte des Gruppenprogramms.

Auch die Rückmeldungen der Gruppenleitungen hinsichtlich der Teilnehmer, die durchweg respektvoll und einfühlsam formuliert waren, verdeutlichten die Grundzüge des Partnerschaftlichen Stils im Sinne der Motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2015). Diese positiven und professionellen Haltungen der Gruppenleitungen dürfen jedoch nicht stellvertretend für alle Fachkräfte der Wohnungslosenhilfe angenommen werden, da bei einer freiwilligen Teilnahme an einem derartigen Projekt von einer gewissen Selektion an Fachkräften ausgegangen werden muss („Freiwilligen-Bias“, vgl. Döring & Bortz, 2016). Demnach waren voraussichtlich überdurchschnittlich interessierte und engagierte Mitarbeiter\_innen in das Forschungsprojekt involviert, die bereits eine verstärkt professionelle und positive Grundhaltung mitbrachten. Es kann zudem vermutet werden, dass sich eine erfolgreiche Vermittlung der Grundhaltung von *gesund.sein* auch durch die Workshops niedergeschlagen haben könnte.

#### *9.3.3 Übergeordnete Herausforderungen und Potenziale für Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe*

Im Rahmen der Evaluation des innovativen Gruppenprogramms zeigten sich auch *übergeordnete Herausforderungen und Potenziale für die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe*, die wie folgt zu beschreiben sind:

##### (1) Vermehrte Nutzung des Gruppensettings

Schmitz u. a. (2000) betonen den hohen Stellenwert von Gruppenpsychotherapie und die Notwendigkeit einer vermehrten Nutzung des Gruppensettings. So können zum einen durch Gruppenprogramme trotz begrenzter Ressourcen eine Vielzahl an Personen gleichzeitig erreicht werden. Zum anderen sind immer mehr Menschen von Überforderungstendenzen betroffen, die Bedürfnislagen mit sich bringen (z. B. verstärktes Bedürfnis nach Zusammengehörigkeit, Solidarität), für die das Gruppensetting besonders geeignet erscheint. Daran anknüpfend wird das Entwicklungspotenzial von psychoedukativen Gruppenprogrammen, die idealerweise in der multiprofessionellen Zusammenarbeit von psychosozialen Fachkräften durchgeführt werden, explizit hervorgehoben. Insgesamt werden dadurch alle psychosozialen Berufsgruppen ermutigt, die Potenziale des Gruppensettings bewusst auszuschöpfen. Mit der Entwicklung des Gruppenprogramms *gesund.sein* wurde dieser Aufforderung nachgekommen.

In einer Untersuchung von Spellmeyer (2012) wird das Gruppensetting ebenfalls als eine wichtige Säule in der Sozialtherapie bzw. der psychosozialen Arbeit mit wohnungslosen Menschen herausgestellt. Im Rahmen seiner Studie wird zudem ersichtlich, dass eine positive Bewertung von Gruppenprogrammen durch die Teilnehmenden maßgeblich von einer unterstützend erlebten Gruppenkohäsion abhängt, wie auch von einer inhaltlichen Gestaltung, die sich explizit an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientiert (vgl. Spellmeyer, 2012).

Im Rahmen der vorliegenden Evaluationsstudie zeigte sich, dass in den teilnehmenden Einrichtungen kaum themenzentrierte Gruppenprogramme angeboten wurden. Dies sei den Gruppenleitungen nach auf folgende Gründe zurückzuführen: (a) Ungünstige Rahmenbedingungen (z. B. fehlende Ressourcen, nicht in Leistungsvereinbarung vorgesehen); (b) verfügbare Programme sind zu hochschwellig respektive niedrighschwellige Programme fehlen; (c) bisherige Vermutung, dass Klient\_innen der Wohnungslosenhilfe Gruppenprogramme wie *gesund.sein* nicht annehmen würden. Fast die Hälfte der Gruppenleitungen gab an, zuvor noch kein Gruppenprogramm geleitet zu haben. Diese Erkenntnisse bestätigen die Beschreibungen der ungenügenden Ausgestaltung methodischen Handelns Sozialer Arbeit im Feld der Wohnungslosenhilfe (siehe Kapitel 2.3), insbesondere im Hinblick auf das Gruppensetting.

Die Gruppenleitungen beschrieben das Thema „seelische Gesundheit“ im Kontext des Einzelsettings als schwer zugänglich. Die Teilnehmer berichteten, dass ihre seelische Gesundheit nur selten in Einzelgesprächen thematisiert werde, obwohl sie prinzipiell im Einzel- als auch Gruppensetting offen seien, über ihre seelische Gesundheit zu sprechen. Gerade auch für das Einzelsetting ließen die Teilnehmer in den Interviews erhebliche Bedarfe bezüglich der Thematisierung ihrer seelischen Gesundheit erkennen. Diesen Bedarfen scheint jedoch nicht ausreichend begegnet zu werden, wie im Interview mit dem Teilnehmer B4 deutlich wurde:

*B4: [...] Mit dem Sozialarbeiter rede ich nicht über seelische Probleme. Nur über Alltagsprobleme und solche Sachen halt. AOK oder wenn irgendwas mit dem Gerichtsvollzieher, dann rede ich mit dem Sozialarbeiter, aber wenn ich seelische Probleme hab, rede ich da nicht darüber. (B4, 265–269)*

An dieser Stelle können die Vorteile des Gruppensettings nutzbar gemacht werden (z. B.: gegenseitiger Austausch, vermehrte Anregungen durch andere Teilnehmer, gemeinsames Erkennen und Besprechen von Problemen; vgl. Teilnehmerinterviews) und einen einfachen und unverbindlichen Zugang zu der Thematik ermöglichen, wie erneut bei B4 zu erkennen war:

*B4: [...] Ich hab da auch Sachen von mir preisgegeben, die ich noch nie einem Menschen erzählt hab. Also, und, da hab ich schon gemerkt, dass mir das einfacher fällt, also leichter fällt. (B4, 297–299)*

Demnach können Gruppenprogramme im Gegensatz zur Einzelfallhilfe – die gemäß der Gruppenleitungen häufig durch alltägliche Aufgabenstellungen, Zwischenfälle und Krisensituationen geprägt sei – die Möglichkeit einer systematischen Fokussierung auf ein konkretes Thema bieten (vgl. auch Bäuml & Pitschel-Walz, 2012, S. 289). Idealerweise eröffnen sich im Rahmen des Gruppensettings Anknüpfungsmöglichkeiten für das Einzelsetting, wie es sich auch für einige Teilnehmer von *gesund.sein* herausstellte. Gemäß den Evaluationsergebnissen ist das Gruppensetting für themenzentrierte sozialarbeiterische Programme im Feld der Wohnungslosenhilfe ausdrücklich zu empfehlen. Obwohl die Durchführung von adäquaten Gruppenprogrammen bestimmten Herausforderungen unterliegt, konnte anhand der Entwicklung und Evaluation von *gesund.sein* gezeigt werden, dass den genannten Schwierigkeiten mit großem Erfolg begegnet werden kann. Auch über das Thema der seelischen Gesundheit hinaus, ist das Potenzial von Gruppenangeboten bewusster auszuschöpfen und dem Wunsch der Teilnehmer (wie auch der Gruppenleitungen) nachzukommen, regelmäßig Gruppenprogramme in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe anzubieten.

#### (2) Gezielte und strukturierte Motivationsarbeit

In Anlehnung an die Motivationsstufen (*stages of change*) des *Transtheoretischen Modells* nach Prochaska u. a. (1994) schätzten die Gruppenleitungen sowohl vor als auch nach dem Programmdurchlaufen die Motivation aller Bewohner ihrer Einrichtungen, sich mit dem Thema „seelische Gesundheit“ auseinanderzusetzen, ein (siehe Kapitel 8.1.2, Tabelle 9). Zu beiden Messzeitpunkten zeigte sich bei den Einschätzungen eine starke Gewichtung der beiden ersten Motivationsstufen (Absichtslosigkeit und Absichtsbildung). Für diese Stufen war sogar im Rahmen der Nachbefragung noch ein deutlicher Anstieg (+9,3 %) zu vernehmen. Dies sollte jedoch nicht als Zeichen abnehmender Motivation der Teilnehmer gedeutet werden, sondern kann vielmehr auf eine motivationsdiagnostische Sensibilisierung der Gruppenleitungen durch das Gruppenprogramm hinweisen. So werden vermutlich die motivationalen Schemata der Teilnehmer im Laufe des Programms durch die Gruppenleitungen differenzierter wahrgenommen und realistischer eingeordnet, was letztlich die Grundlage für stufengerechtes Intervenieren sein sollte (vgl. Keller u. a., 1999). Das Gruppenprogramm *gesund.sein* setzt mit seiner inhaltlichen und methodischen Ausgestaltung wesentlich an den ersten beiden Motivationsstufen an, in denen bevorzugt kognitiv-affektive

Strategien und klärungsorientierte Interventionen angezeigt sind (vgl. Keller u. a., 1999, S. 25 ff.; Klug & Zobrist, 2016, S. 43 ff.). Die dargestellten Erkenntnisse machen deutlich, dass *gesund.sein* sich an den relevanten Motivationsstufen der Zielgruppe orientiert und dadurch entsprechend angemessene Motivationsprozesse zu fördern versucht. Des Weiteren zeigt sich, dass das Gruppenprogramm auch zu einer Sensibilisierung und differenzierten Wahrnehmung der Gruppenleitungen bezüglich der Motivationsbedingungen der Teilnehmer führen kann, wodurch erst ein stufengerechtes Intervenieren ermöglicht wird. Es konnte demnach exemplarisch verdeutlicht werden, dass für eine Zielgruppenorientierung im Feld der Wohnungslosenhilfe eine differenzierte Motivationsdiagnostik und Motivationsarbeit zu den Kernkompetenzen Sozialer Arbeit zählt, denn nur so können wirksame Interventionen – anstatt über- oder unterfordernde Hilfeangebote – für wohnungslose Menschen bereitgestellt werden.

#### (3) Bedarf innovativer und manualisierter Ansätze und Methoden

Über die Hälfte der Gruppenleitungen gab an, durch die Projektteilnahme eine verstärkte Notwendigkeit erkannt zu haben, mit den Klienten regelmäßig über deren seelische Gesundheit zu sprechen. Dabei zeigt sich, dass innovative Programme Reflexionen anstoßen können, wodurch das fachliche Handeln in den Einrichtungen erweitert werden kann (vgl. Analogien für die Implementierung „Zieloffener Suchtarbeit“: Ballweg & Schuchmann, 2007). Nach der Programmdurchführung hielten fast drei Viertel der Gruppenleitungen neue innovative Programme für die Wohnungslosenhilfe für nötig. Die Gruppenleitungen bekundeten großes Interesse, das Programm auch zukünftig durchführen und regelmäßig anbieten zu wollen. Dies sei durch die überaus positive Resonanz der Teilnehmer noch bestärkt worden. Nach Aussagen der Gruppenleitungen hätten sich bereits viele Teilnehmer nach einem direktem Anschlusskurs oder möglichen Aufbaumodulen erkundigt und entsprechend Interesse bekundet. Zum Teil seien bereits zum Zeitpunkt der Datenerhebung und -auswertung der Evaluationsstudie erneute Programmdurchläufe in Planung gewesen. Insgesamt bewerteten die Gruppenleitungen – aufgrund ihrer positiven Erfahrungen mit *gesund.sein* – innovative, themenzentrierte Gruppenprogramme als sehr wertvoll, die im Feld der Wohnungslosenhilfe dringend benötigt würden.

In Kapitel 9.2.1.5 wurden bereits die positiven Bewertungen bezüglich der Manualisierung des Gruppenprogramms dargestellt. Diese sind umso deutlicher hervorzuheben, da die Umsetzung manualisierter Interventionen nicht zu den fachlichen Routinen in der Wohnungslosenhilfe zählt. Anhand der vorliegenden Evaluationsstudie

konnte exemplarisch aufgezeigt werden, dass ein Manual – das sowohl einen strukturierenden Rahmen als auch ausreichend Handlungsspielräume für individuelle fachliche Entscheidungen aufweist – gewinnbringend und erfolgversprechend in unterschiedlichen Kontexten der Wohnungslosenhilfe umgesetzt werden kann. Demnach legen die Forschungsergebnisse nahe, die Potenziale der Manualisierung auch für weitere innovative Interventionen und Programme gezielt zu nutzen.

#### (4) Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Kooperation mit angrenzenden Hilfesystemen

Im Rahmen der Wohnungslosenhilfe kooperiert Soziale Arbeit mit diversen Professionen und Berufsgruppen angrenzender Hilfesysteme, wobei die Kooperation mit psychiatrischen Institutionen seit geraumer Zeit als eine besondere Herausforderung hervorgehoben wird (vgl. u. a. Nouvertné, Wessel, & Zechert, 2002). Die Zusammenarbeit von Psychiatrie und Sozialer Arbeit spiegelt sich auch innerhalb des Gruppenprogramms *gesund.sein* wieder, da eine Psychiaterin/ein Psychiater als externe Fachkraft für die inhaltliche Gestaltung der Einheit 3 zuständig ist. Die Evaluationsergebnisse zeigten, dass diese Zusammenarbeit von den Gruppenleitungen (und auch den Teilnehmern) sehr positiv bewertet wurde. Obwohl vor der Programmdurchführung nur bei etwa der Hälfte der Einrichtungen eine Kooperation mit niedergelassenen Psychiater\_innen oder psychiatrischen Institutsambulanzen bestand, konnten alle Einrichtungen eine Fachärztin/einen Facharzt für das Gruppenprogramm gewinnen. In Bezug auf ein mögliches Mitwirken an der Einheit 3 des Gruppenprogramms, übernahm die Soziale Arbeit die Initiative der Kontaktaufnahme. Im Mittelpunkt der Zusammenarbeit steht dabei ein sozialarbeiterisches Gruppenprogramm, das durch die psychiatrische Expertise ergänzt werden soll, sodass der Sozialen Arbeit eine federführende Funktion in der Kooperation zuteil wird. Dabei wird deutlich, dass eigenständige und evidenzbasierte Interventionen und Programme für die Soziale Arbeit zunächst professionsintern eine Erweiterung fachlicher Kompetenzen darstellen, darüber hinaus aber auch professionsübergreifend zur Stärkung der eigenen Rolle in Kooperationen mit anderen psychosozialen Diensten verhelfen können (vgl. z. B. für die Soziale Arbeit im forensischen Kontext: Klug & Niebauer, 2016; oder im Kontext der Klinischen Sozialarbeit: Pauls, 2013).

#### **9.4 Kritische Würdigung und Grenzen der Untersuchung**

Die vorliegende Studie ist – unter Berücksichtigung der Vorarbeiten des Autors (vgl. Niebauer, 2010, 2012) – die erste umfangreiche empirische Untersuchung bezüglich des Gruppenprogramms *gesund.sein*. Aufgrund des innovativen Charakters des Programms stand

eine prozessorientierte Betrachtung mit dem Ziel der Programmoptimierung und einer differenzierten Zielgruppenbeschreibung im Vordergrund. Hierfür wurde ein formatives Evaluationsdesign gewählt. Die Durchführung der vorliegenden Studie ging mit einigen grundsätzlichen Herausforderungen einher. So ist die Evaluationsstudie in einem Handlungsfeld der Sozialen Arbeit angesiedelt, in dem sozialwissenschaftliche Forschungen nur sehr selten zu verzeichnen sind. Insbesondere in anwendungsbezogenen Forschungsfragen werden wohnungslose Menschen meist nicht aktiv in den Forschungsprozess einbezogen, sondern häufig nur Mitarbeiter\_innen des Hilfesystems befragt (vgl. Gerull, 2009). Demzufolge erforderten die Teilaspekte des Forschungsvorhabens, in denen die Teilnehmer des Programms unmittelbar involviert waren, einen besonders zielgruppenorientierten Zugang, um Forschungsergebnisse generieren zu können. Überdies ging die Evaluationsstudie mit begrenzten Ressourcen und Mitteln einher. Um diesen Herausforderungen im Rahmen der Evaluationsstudie konstruktiv zu begegnen, waren zum Teil pragmatische Entscheidungen im Untersuchungsverlauf unerlässlich, wie auch anhand der Grenzen der vorliegenden Studie ersichtlich wird.

Bei der Auswahl der Stichproben wurde unter Berücksichtigung diverser Kriterien (z. B. definierte Merkmale der Einrichtungen, um Heterogenität des Hilfesystems abzubilden) sowohl bei den teilnehmenden Einrichtungen, den Gruppenleitungen als auch den Programmteilnehmern auf das Prinzip der Freiwilligkeit gesetzt. Demnach wurde keine Randomisierung der Stichproben vorgenommen, sodass zu erwarten ist, dass die ausgewählten Einrichtungen, Gruppenleitungen und Teilnehmer dem Gruppenprogramm von Beginn an tendenziell aufgeschlossen und positiv gegenüberstanden („Freiwilligen-Bias“, vgl. Döring & Bortz, 2016). Es hätte daher zusätzlich aufschlussreich sein können, angefragte Einrichtungen, die letztlich nicht an dem Projekt teilgenommen haben, sowie die geringe Anzahl an Drop-outs der Programmteilnehmer noch differenzierter zu betrachten, um mögliche Widerstände und Bedenken gegenüber dem Gruppenprogramm zu identifizieren.

Im Rahmen der Evaluationsstudie wurden sowohl qualitative als auch quantitative Erhebungsinstrumente eingesetzt, die jeweils mit methodischen Schwächen verknüpft sind. Bei qualitativen Erhebungen kann es, aufgrund der fehlenden Anonymität in Interviewsituationen, zu Verzerrungseffekten (z. B. soziale Erwünschtheit) bei den Befragten kommen (vgl. Scholl, 2003, S. 40–41). Dies ist für die Interpretation der Ergebnisse der Teilnehmerinterviews und der Fokusgruppen mit den Gruppenleitungen zu berücksichtigen, wenn gleichwohl neben den überwiegend sehr positiven Bewertungen des Programms auch stets konstruktive Kritik formuliert wurde. Zudem lassen die Interviews mit den

Programmtteilnehmern sehr reflektierte Auseinandersetzungen mit den jeweiligen Fragestellungen erkennen. Im Rahmen der quantitativen Erhebungen wurden, um insbesondere einen zielgruppenorientierten Zugang zu den Teilnehmern zu sichern, eigenständige Fragebögen konstruiert. Es wurde also kein standardisiertes Messinstrument mit nachgewiesenen Testgütekriterien eingesetzt (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 407 ff.). Dies ist insbesondere für mögliche Aussagen über Wirkungen des Programms zu berücksichtigen. Die Fragebögen beinhalten diesbezüglich Selbsteinschätzungen der Teilnehmer, sodass letztlich keine repräsentativen Aussagen oder korrelative Zusammenhänge, sondern nur entsprechende Hypothesen hinsichtlich der Wirksamkeit des Programms herauszustellen sind. Daher stehen in der vorliegenden Untersuchung auch qualitative Befunde im Vordergrund der Diskussion, die es in zukünftigen Studien quantitativ zu überprüfen gilt.

Der Autor dieser Arbeit ist für die Entwicklung von *gesund.sein* sowie für die Durchführung der vorliegenden Evaluationsstudie verantwortlich. Darüber hinaus fungierte er in einer der teilnehmenden Einrichtungen als Gruppenleitung des Programms. Dieser unmittelbare Feldzugang ermöglichte ein vertieftes und differenziertes Verständnis für die Auswertung der Evaluationsergebnisse, das im Rahmen einer prozessorientierten Untersuchung – insbesondere mit qualitativen Forschungselementen – für eine Programmoptimierung von besonderer Bedeutung erscheint (vgl. Mayring, 2016, S. 146). Diese partiell unterschiedlichen Rollen des Autors galt es jedoch hinsichtlich differierender Selbstverständnisse und Anforderungen während des gesamten Forschungsprozesses kritisch zu reflektieren.

Mit der formativen Evaluationsstudie gehen schließlich auch Limitationen bezüglich des Erkenntnisgewinns einher. Obwohl Daten zu diversen Messzeitpunkten erhoben wurden (vor, während und nach den Programmdurchläufen), können summative Aussagen bezüglich der Wirksamkeit von *gesund.sein* nur als Hypothesen formuliert werden, die es in weiteren Studien zu überprüfen gilt. Auch wenn die Teilnehmer von *gesund.sein* Analogien zu repräsentativen Stichproben der Wohnungslosenforschung aufzeigen (siehe Kapitel 9.1.1), wäre in zukünftigen Untersuchungen die Möglichkeit einer entsprechenden Randomisierung der Teilnehmerstichprobe zu prüfen. Ebenso wäre ein Kontrollgruppendesign mit einer Follow-up-Messung und standardisierten Messinstrumenten erforderlich, um valide Aussagen bezüglich der Wirksamkeit des Programms zu erhalten (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 93 ff.).

## **10. Folgerungen**

Die Diskussion der Evaluationsergebnisse legen diverse Schlussfolgerungen nahe, die in den folgenden Darstellungen beschrieben werden. In Kapitel 10.1 werden zunächst die Optimierungspotenziale und Verbesserungsvorschläge für das Gruppenprogramm zusammenfassend dargestellt, die sich für die konzeptionelle Weiterentwicklung und Überarbeitung des Manuals als bedeutsam zeigten. Im Rahmen der Evaluation haben sich zukünftige Forschungsfragen herauskristallisiert, die in Kapitel 10.2 überblicksartig aufgezeigt werden. Abschließend wird in Kapitel 10.3 eine metatheoretische Reflexion vorgenommen, indem die Anschlussfähigkeit des Gruppenprogramms – respektive der Evaluationsstudie – an sozialarbeitswissenschaftliche und professionstheoretische Diskurse, Paradigmen und Dilemmata präsentiert wird.

### **10.1 Konzeptionelle Weiterentwicklung des Gruppenprogramms**

Das wesentliche Ziel der formativen Evaluationsstudie war es, verwertbare Diskussions- und Entscheidungshilfen zur Optimierung und Weiterentwicklung des Programms für eine möglichst zielgruppenorientierte Ausrichtung zu identifizieren. Die Untersuchungsergebnisse brachten fundierte Optimierungspotenziale und Verbesserungsvorschläge hervor, die es bei der Überarbeitung des Programms zu berücksichtigen galt. Diese wurden bereits im Ergebnisteil dieser Arbeit ausführlich beschrieben und insbesondere in Kapitel 9.2.1 (Bewertungen des Programms) systematisiert und diskutiert. Die nachfolgende Übersicht – die auch als Orientierungshilfe für die Modifizierung des Konzepts und des Manuals diente (überarbeitetes Manual – Version 2017 – siehe Anhang C) – fasst die Optimierungspotenziale und Verbesserungsvorschläge nochmals abschließend zusammen:

- Ergänzungen und Hinweise bezüglich des strukturellen Rahmens im Konzept einarbeiten
  - Bedeutung des strukturellen Rahmens hervorheben
  - Einheiten können bei Bedarf und mit Rücksprache der Teilnehmer auf 120 Minuten erhöht werden
  - Hinweis im Konzept einfügen, dass es zu empfehlen ist, Einheiten in konzipierter Reihenfolge durchzuführen
- Hinweis bezüglich der Motivationsfaktoren der Zielgruppe zur Programmteilnahme im Konzept aufnehmen
- Ziele des Programms im Konzept sprachlich präzisieren und zum Teil erweitern (in Anlehnung an die Ergebnisse bezüglich potenzieller Wirkungen, siehe Kapitel 9.2.3)

- Inhaltliche Ergänzungen – der Übersichten in Kapitel 9.2.1.3 und 8.2.2 – in das Programm einarbeiten
- Didaktische Hinweise – aus Kapitel 9.2.1.4 – im Konzept aufnehmen
- Hinweise zum Gruppensetting und zur Gruppendynamik im Konzept aufnehmen (siehe Kapitel 9.2.1.6)
- Einheit 3: Je einen Leitfaden für die Psychiaterin/den Psychiater sowie für die Gruppenleitungen entwickeln; Anwesenheit der Psychiaterin/des Psychiaters von 90 Minuten auf 60 Minuten verkürzen
- Anleitungen der Gruppenleitungen überarbeiten (PowerPoint-Präsentationen direkt im Kleinformat in den Fließtext einfügen)
- Folien der PowerPoint-Präsentationen nummerieren
- Beschreibung der erforderlichen professionellen Grundhaltung der Gruppenleitungen im Konzept aufnehmen und deren Bedeutung hervorheben
- Quellen innerhalb des Konzepts sowie im Rahmen der weiterführenden Literaturhinweise in den Anleitungen der Gruppenleitungen aktualisieren
- Hinweise zur Schulung (Workshops) und Implementierung des Programms im Konzept aufnehmen

### **10.2 Zukünftige Forschungsfragen**

Die Erkenntnisse der Evaluationsstudie weisen auf zukünftige Forschungsfragen (und Entwicklungspotenziale) bezüglich des Gruppenprogramms *gesund.sein* hin, die im Folgenden überblicksartig aufgezeigt werden:

*a) Empirische Überprüfung von Erkenntnissen und Hypothesen der vorliegenden Evaluationsstudie:*

Im Rahmen summativer Evaluationsstudien gilt es, die *potenziellen Wirkungen und Wirkfaktoren*, die sich im Rahmen dieser Untersuchung abzeichneten, empirisch zu überprüfen. Insbesondere für den Nachweis von Wirkungen sind Untersuchungsdesigns mit Kontrollgruppen, ausgewählten Messinstrumenten und verschiedenen Messzeitpunkten erforderlich (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 93 ff.). Um das Gruppenprogramm möglichst gezielt und wirksam einzusetzen, soll auch in weiteren Forschungsvorhaben das Herausarbeiten einer *Indikationsstellung bzw. differenzierten Zielgruppenbeschreibung* berücksichtigt werden. Als zu überprüfende Anhaltspunkte sollten hierfür die beiden identifizierten Typen/Teilzielgruppen der vorliegenden Studie aufgegriffen werden, die es

entsprechend zu bestätigen oder zu widerlegen gilt. Neben einer differenzierten Beschreibung der Personen, die an dem Gruppenprogramm teilnehmen, gilt es zukünftig auch diejenigen zu analysieren, die das Programm vorzeitig abbrechen – *Drop-outs* – oder eine Teilnahme grundsätzlich ablehnen (vgl. Fydrich & Schneider, 2007).

*b) Die praktische Anwendung des Gruppenprogramms in der Wohnungslosenhilfe fördern:*

Aufgrund der Evaluationsergebnisse ist eine möglichst flächendeckende Anwendung und Etablierung des Programms in die Angebotsstruktur der Wohnungslosenhilfe anzustreben. Hierfür bedarf es der Ausarbeitung eines entsprechenden *Schulungskonzepts für die Fachkräfte der Wohnungslosenhilfe*, wobei insbesondere die dargestellten Erkenntnisse bezüglich der Workshops zu beachten sind. Zudem soll auch weiterhin im Rahmen einer *kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit* das Gruppenprogramm der Fachöffentlichkeit präsentiert werden (z. B. durch Fachvorträge, Publikationen etc.).

*c) Fortlaufende Evaluation und Qualitätsentwicklung des Gruppenprogramms:*

Das Gruppenprogramm erfordert auch zukünftig eine kontinuierliche Evaluation, um potenzielle Optimierungsbedarfe hervorzubringen. Dies entspricht dem Grundverständnis des *Praxis-Optimierungs-Zyklus*, wonach Konzepte und Methoden einem fortlaufenden Entwicklungsprozess unterliegen (vgl. Gredig, 2005, 2011). Neben gezielten Evaluationsstudien gilt es zudem zu prüfen, inwieweit Rückmeldungen von Gruppenleitungen, die das Gruppenprogramm bereits durchgeführt haben, kontinuierlich und strukturiert erfasst werden können. Ebenso wären anhaltend Feedbacks der Zielgruppe für die Verbesserung des Programms zu erfassen. Dadurch ließe sich in Anknüpfung an die *Partizipative Qualitätsentwicklung* lokales Wissen nutzen, um das Programm auch nachhaltig an den konkreten Handlungsbedingungen der Praxis auszurichten (vgl. König, 2009; Wright, 2010a).

*d) Potenziale von Digitalisierung und IT-Unterstützung für das Gruppenprogramm nutzbar machen:*

Es ist anzustreben, den Teilnehmern die Materialien und den Gruppenleitungen das Manual von *gesund.sein* auch *online* bzw. *digital* zugänglich zu machen (z. B. Online-Downloads, Cloud-Speicher). Dies wird für zahlreiche Programme und Interventionen bereits erfolgreich umgesetzt (vgl. u. a. Klug & Zobrist, 2016; Jensen u. a., 2014; Körkel & Schindler, 2003), die als Orientierung dienen können, um die Potenziale von Digitalisierung und IT-Unterstützung

für das Gruppenprogramm nutzbar zu machen. Weiterhin ist zu prüfen, ob die digitalen Unterlagen und Materialien von *gesund.sein* im Rahmen eines Internetauftritts systematisch gebündelt werden können.

*e) Möglichkeiten von Aufbaumodulen, einem Anschlussprogramm etc. eruieren:*

Die Teilnehmer und Gruppenleitungen erkundigten sich in den Interviews bzw. Fokusgruppen wiederholt nach möglichen Aufbaumodulen oder einem eigenständigen Anschlussprogramm für Personen, die bereits an *gesund.sein* teilgenommen haben. Mit Blick auf das psychotherapeutische Setting, könnten dort anzutreffende Auffrischungssitzungen (*booster sessions*) nach beendeten therapeutischen Maßnahmen (vgl. Schmidtke, Gajewska, Bär, & Jabs, 2008) auch als Anregung für *gesund.sein* dienen.

*f) Ist das Gruppenprogramm auch für wohnungslose Frauen einsetzbar?*

Wohnungslose Frauen sind wie wohnungslose Männer in hohem Maße von seelischen Belastungen und psychischen Erkrankungen betroffen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2008). Auch für diesen Personenkreis scheint bislang kein strukturiertes und zielgruppenorientiertes Gruppenprogramm zu bestehen bzw. entsprechend publiziert worden zu sein. Während des Forschungsprozesses zeigte sich ein großes Interesse der Fachkräfte, Einrichtungen und Träger der Wohnungslosenhilfe, inwieweit *gesund.sein* auch für wohnungslose Frauen einsetzbar sei. Es ist daher zu empfehlen, in einem kooperativen Austausch mit Expert\_innen aus Profession und Disziplin – und wenn möglich in Rücksprache mit der potenziellen Zielgruppe – diese Fragestellung zu prüfen und zukünftige Forschungs- und Entwicklungsschritte gemeinsam zu erörtern.

### **10.3 Anschlussfähigkeit an sozialarbeitswissenschaftliche und professionstheoretische Diskurse, Paradigmen und Dilemmata**

Anhand der bisherigen Ausführungen wurde deutlich, dass sich sowohl das Gruppenprogramm *gesund.sein* als auch die Ergebnisse der Evaluationsstudie im Kontext diverser sozialarbeitswissenschaftlicher und professionstheoretischer Diskurse, Paradigmen und Dilemmata verorten lassen. Die Bandbreite der Anschlussfähigkeit an entsprechende Debatten kann in diesem Kapitel nur auszugsweise demonstriert werden und soll als Anregung für zukünftige Diskussionen dienen.

Zunächst lässt sich die vorliegende Arbeit einem wissenschafts- und erkenntnistheoretischen Verständnis zuordnen, wonach sich *Soziale Arbeit als*

*Handlungswissenschaft* konstituiert (vgl. ausführlicher Birgmeier, 2014; Birgmeier & Mührel, 2011; Göppner, 2017; Staub-Bernasconi, 2007). In diesem Verständnis werden professionelles Handeln und darin auftretende Handlungsprobleme zum Gegenstand der Wissenschaft. Aus diesem Grund bearbeiten Handlungswissenschaften neben Faktenwissen (Empirie) und nomologischem Wissen (Theorie) auch immer handlungsbezogenes Wissen (Technologie) (vgl. Sommerfeld, 2016, S. 24). Auf einer *technologischen Dimension* beabsichtigen Handlungswissenschaften somit, professionelle Handlungspläne (Konzepte, Methoden, Verfahren) in der Auseinandersetzung mit der konkreten Praxis zu entwickeln. Aufgrund der Systemgrenzen von Wissenschaft und Praxis, die als Folge von Ausdifferenzierungsprozessen und funktionaler Arbeitsteilung in modernen Gesellschaften zu verstehen sind, stellen diese Handlungspläne jedoch zunächst Modelle dar, die sich an den Maßstäben des Systems der Wissenschaft orientieren. Diese Differenz von Disziplin und Profession ist für beide Systeme funktional notwendig, wenngleich dadurch ein *Integrations- und Vermittlungsproblem* aufgeworfen wird, wenn es um die Frage geht, wie nun wissenschaftliches Wissen tatsächlich in die Praxis gelangen kann.

Um dieses Theorie-Praxis-Dilemma zu überwinden, wurde – in Anlehnung an ein naturwissenschaftliches Verständnis – versucht, das Integrations- und Vermittlungsproblem anhand der linearen „Anwendung“ von wissenschaftlichem Wissen in handlungspraktischen Bezügen zu lösen. Dieses hierarchische Wissenstransfermodell zeigte sich jedoch für die komplexen Anforderungen der Sozialen Arbeit als nicht befriedigend und wird wiederkehrend mit dem „strukturellen Technologiedefizit“ (Luhmann & Schorr, 1979) beschrieben (vgl. Sommerfeld, 1998, 2010).

Einen gewissen Gegenentwurf zur linearen „Anwendung“ wissenschaftlichen Wissens stellt die Konzeption der Sozialen Arbeit als *Reflexionswissenschaft* dar. Diese zielt letztlich darauf ab, der Praxis ein Bild ihrer selbst zu spiegeln, „so dass deren Nachdenken über sich selbst angereichert werden kann“ (Sommerfeld, 2011, S. 43). Dabei wird das Vermittlungsproblem nicht tatsächlich gelöst, sondern vielmehr das Auflösen der Dominanz der Wissenschaft gegenüber der Praxis in der „Ideologie der Reflexion verschleiert“ (Sommerfeld, 2011, S. 44). Die hochkomplexe Vermittlung von Wissenschaft und Praxis wird nun dem einzelnen, unter Handlungsdruck stehenden, Professionellen übertragen. Für die professionell handelnde Person besteht die Aufgabe nun darin, die Integration von wissenschaftlichem Wissen in die eigenen Praxisbezüge im Rahmen der „stellvertretenden Deutung“ (Hauptert & Kraimer, 1991) zu bewältigen. Die Herausforderung, wie tatsächlich

wissenschaftliches Wissen systematisch in die Handlungspraxis einfließen kann, bleibt jedoch weiterhin bestehen (vgl. Sommerfeld, 1998, 2011).

In diesem Spannungsfeld ist das, auf einem handlungswissenschaftlichen Verständnis basierende, Modell der *Kooperation* als wesentlicher Vermittlungsmodus von Wissenschaft und Praxis anzuführen (vgl. u. a. Sommerfeld, 1998, 2003, 2014). Hierbei sollen zum einen die Systemgrenzen nicht nur aufrechterhalten, sondern auch verstärkt sichtbar gemacht werden. Zum anderen geht es aber darum, die Systemreferenzen durch Austausch- und Kooperationsprozesse höherer Ordnung neu zu gestalten (vgl. Sommerfeld, 1998). Im Mittelpunkt dieser Austausch- und Kooperationsprozesse steht die Kategorie *Wissen*, die im Rahmen fortlaufender Modernisierungsprozesse wichtiger denn je erscheint. Soziale Arbeit sieht sich mit zunehmend komplexeren Aufgabestellungen konfrontiert, für die es entsprechend komplexe Problemlösekompetenzen bedarf (vgl. in Anlehnung an die „reflexive Modernisierung“ nach Beck, 1986, zit. nach Sommerfeld, 1998, S. 22). Auch mit Blick auf die Professionsentwicklung zeigt sich, dass die Bedeutung klassischer Merkmale von Professionen zunehmend schwächer wird, und die Handlungskompetenz in den Fokus rückt (vgl. u. a. Heiner, 2004). Zudem zeichnen sich neue Formen der Wissensproduktion ab: Eine klassische akademisch, disziplinär und hierarchisch organisierte, langfristig angelegte Wissensproduktion („Modus 1“), wird durch einen neuen Typus („Modus 2“) ergänzt, der durch eine in Anwendungskontexten situierte, transdisziplinäre, heterarchische, flüchtige Organisation der Wissensproduktion gekennzeichnet ist (vgl. Sommerfeld, 1998, S. 24). Modus 2 ist demnach weniger auf ein möglichst allgemeines Erkenntnisinteresse zur Theoriebildung ausgelegt, sondern auf die Lösung von Handlungsproblemen in spezifischen Kontexten. Dies kommt der Logik von *Forschung und Entwicklung* sehr nahe, die sich in den angewandten Wissenschaften etabliert hat und im *Modell der kooperativen Wissensbildung* (siehe Abbildung 4) zum Ausdruck kommt (vgl. Sommerfeld, 2014).

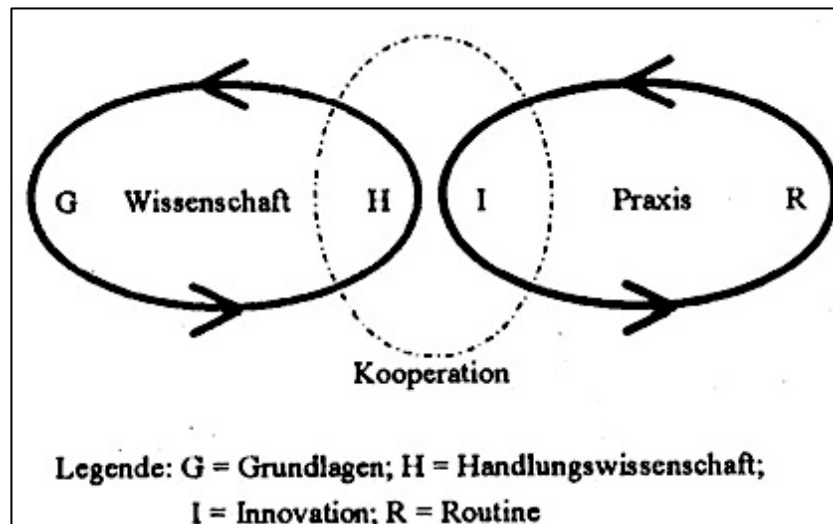


Abbildung 4: Modell der kooperativen Wissensbildung (nach Sommerfeld, 1998, S. 25)

Wissenschaft und Praxis stellen im Modell der kooperativen Wissensbildung auch weiterhin zwei getrennte und ausdifferenzierte Systeme dar. In beiden Systemen wird Wissen in zyklischen Vorgängen produziert. Innerhalb des Wissenschaftssystems liefern die Grundlagenwissenschaften Faktenwissen und nomologisches Wissen, das von den Handlungswissenschaften aufgegriffen und für die Bearbeitung ihrer Fragestellungen zu technologischem Wissen verarbeitet wird. Dadurch entstehen neue Erkenntnisse, die wiederum an die Grundlagenwissenschaften weitergegeben werden. Die sozialarbeiterische Handlungspraxis, die sich durch einen Zyklus von Routinen und Innovationsbestrebungen auszeichnet, stellt sich ebenfalls als ein dynamischer Ort der Erkenntnisproduktion dar. Die beiden Systeme sind über die Konstruktion von Professionalität strukturell miteinander gekoppelt, wobei sich die Frage stellt, wie diese Kopplung gestaltet wird (vgl. Sommerfeld, 2014, S. 145). Immer dann, wenn in der Praxis Innovationen erforderlich sind – und dies konnte für den Bereich der seelischen Gesundheit im Rahmen der Wohnungslosenhilfe insbesondere im theoretischen Teil dieser Arbeit entsprechend herausgearbeitet werden –, versprechen Kooperationen zwischen Wissenschaft und Praxis große Potenziale, denn „sie bieten den Vorteil, unterschiedliche Wissenshorizonte der Praxis und der Wissenschaft miteinander zu verschränken. Wenn diese Form von Integration gelingt, entsteht aus dem Austausch- und Kooperationsprozess tendenziell eine Form von Wissen, die erstens mehr Komplexität in den Blick bekommt, und die zweitens unmittelbar praxisrelevant wird“ (Sommerfeld, 2003, S. 19). Im Anschluss an Kooperationsprojekte kann das erzeugte Wissen zum Praxiswissen transformieren und in die Handlungsroutinen der Praxis einfließen.

Gleichzeitig können die gewonnenen Erkenntnisse in die Wissenschaft zu Theorien und Technologien weiterverarbeitet werden, wodurch schließlich ein *konsolidierter Wissenskorpus* der Sozialen Arbeit entstehen kann (vgl. Sommerfeld, 1998, 2014). Ein konkretes Modell zur Entwicklung forschungs- und theoriebasierter Interventionen stellt der *Praxis-Optimierungs-Zyklus* (vgl. Gredig, 2005, 2011) dar. Dieser basiert auf den Grundannahmen der kooperativen Wissensbildung und versteht innovative Praxisentwicklung als einen kontinuierlichen Prozess mit vier zentralen Schritten: (1) Forschung: Aufbereitung aktueller Forschungserkenntnisse als Wissensbasis für die folgenden Schritte; (2) Konzeptentwicklung: Entwicklung innovativer Interventionen im Sinne der kooperativen Wissensbildung; (3) Implementierung: Umsetzung der Intervention in der Handlungspraxis; (4): Evaluation: Überprüfung der Umsetzung, Wirkung etc. der kooperativ erarbeiteten Intervention (vgl. Gredig, 2005, 2011). Diese Prozessschritte des Praxis-Optimierungs-Zyklus konnten mit Abschluss der Evaluation nun für das Gruppenprogramm *gesund.sein* vollständig durchlaufen werden, wobei sich die Nutzung der Potenziale einer kooperativen Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis als unabdingbar herausstellte. Es ist im Rahmen der Evaluationsstudie gelungen, wissenschaftliches Wissen mit handlungspraktischem Wissen zu verknüpfen, um ein Gruppenprogramm bereitzustellen, das den Anforderungen beider Systeme gerecht wird, und somit in der Praxis tatsächlich erfolgreich implementiert und durchgeführt werden kann.

Ein weitere Anknüpfungspunkt der vorliegende Arbeit zeigt sich auch vor dem Hintergrund zweier *Zukunftsszenarien*, die bereits zu Beginn des 21. Jahrhunderts für die Entwicklung der Sozialen Arbeit formuliert wurden (vgl. Sommerfeld, 2003). Im Angesicht aktueller Professionalisierungsdebatten erscheinen diese beiden Perspektiven aber nach wie vor von grundlegender Bedeutung:

1. Soziale Arbeit wird sich zu einer anerkannten Profession entwickeln, die mit ihrer gesellschaftlich anerkannten Expertise zur Bearbeitung komplexer sozialer Probleme beiträgt. Sie übernimmt mit ihren eigenständigen Problemlösekompetenzen eine wichtige Funktion in der modernen Gesellschaft und kann ihren Stellenwert und ihre Bedeutung auch nach außen entsprechend kommunizieren. Auch die Wissenschaft der Sozialen Arbeit kann sich als anerkannte Disziplin innerhalb der Sozialwissenschaften etablieren.
2. Soziale Arbeit wird sich zu einer einfachen Hilfstätigkeit im karitativ-zwischenmenschlichen Bereich entwickeln, für die keine besondere Expertise

erforderlich ist. Die Tätigkeiten, die überwiegend von Ehrenamtlichen und berufstätigen Hilfskräften übernommen werden können, verfolgen primär Aufgaben einer Armutsverwaltung mit minimaler Basisversorgung. Der Wissenschaft der Sozialen Arbeit gelingt es nicht sich zu entwickeln und zu etablieren (vgl. Sommerfeld, 2003, S. 10 f.).

Es wird dabei deutlich, dass die Entwicklung sozialarbeiterischer Problemlösekompetenzen – mit anderen Worten: die Entwicklung sozialarbeiterischer Konzepte und Methoden – eine zentrale Rolle für die Zukunft der Sozialen Arbeit spielt. Nur durch wissenschaftlich fundierte Konzepte und Methoden kann auf Dauer eine Anerkennung und Legitimation Sozialer Arbeit als Profession und Disziplin gelingen (vgl. Sommerfeld, 2003). Die vorliegende Arbeit möchte hierfür einen innovativen Beitrag zu der Methodenentwicklung in der Sozialen Arbeit leisten und die Professionalisierungsdebatte bezüglich sozialarbeiterischen Handelns anregen.

Für die Entwicklung von Konzepten und Methoden, die wie *gesund.sein* den Anspruch erheben weit über den Ansatz einer Grundversorgung und Exklusionsverwaltung hinauszugehen, sind *Spezialisierungsprozesse* erforderlich, um den komplexen Problemkonstellationen und Bedarfen der jeweiligen Zielgruppe tatsächlich gerecht zu werden (vgl. Pauls, 2013). Mit seinen Spezialisierungsbestrebungen zeigt sich das Gruppenprogramm *gesund.sein* an das Grundverständnis der *Klinischen Sozialarbeit* anschlussfähig, wie folgendes Zitat verdeutlichen soll:

„Die generalistisch orientierte Sozialarbeit ist an Grenzen gestoßen. [...] bei den gesundheits- und krankheitsbezogenen Aufgabenstellungen im Sozial-, Gesundheits-, Erziehungs- und Justizwesen konfrontieren die schwierigen Problemlagen der Klientinnen und Klienten die Profession mit spezifischen Anforderungen an Wissen und methodischer Kompetenz. Die grundsätzliche Gesundheitsperspektive aller Sozialarbeit darf nicht den Blick dafür verstellen, dass in der beruflichen Praxis zunehmend seelisch stark gefährdete, chronisch kranke und mehrfach belastete Menschen den Schwerpunkt des Klientels bilden und spezialisierte psycho-soziale Behandlung benötigen. Deshalb muss die generalistische Soziale Arbeit durch qualifizierte sozialarbeiterische Kompetenzen einer gesundheitsspezifischen Fachsozialarbeit ergänzt werden“ (Pauls, 2004, S. 12–13).

In Anlehnung an die *Clinical Social Work* in den USA hat sich die Klinische Sozialarbeit mit ihrer fachlichen Ausdifferenzierung erfolgreich zu einer eigenständigen *Fachsozialarbeit* entwickelt (vgl. u. a. Hahn & Pauls, 2008; Mühlum & Gahleitner, 2008). In einem kontinuierlichen Spezialisierungsprozess liefert die Klinische Sozialarbeit wichtige Impulse

für unterschiedliche Arbeitsfelder und Zielgruppen bezüglich der Ausgestaltung psychosozialer Hilfen (vgl. Gahleitner & Hahn, 2008). Dabei sind methodische Ausdifferenzierungen sowohl im Rahmen der Sozialen Diagnostik (vgl. Gahleitner, Hahn, & Glemser, 2013), diverser psychosozialer Interventionen (vgl. Gahleitner, Hahn, & Glemser, 2014) als auch der Evaluation psychosozialer Maßnahmen zu verzeichnen (vgl. Hahn & Hüttemann, 2015). Anhand des Gruppenprogramms *gesund.sein* konnte die Notwendigkeit von Spezialisierungs- und Ausdifferenzierungsprozessen psychosozialer Hilfen exemplarisch verdeutlicht werden, wodurch sich eine hohe Anschlussfähigkeit der vorliegenden Arbeit an das Methodenverständnis der Klinischen Sozialarbeit erkennen lässt.

Die Methodendebatte in der Klinischen Sozialarbeit – respektive die Entwicklung und Evaluation von *gesund.sein* – spielt sich unmittelbar im Lichte der Diskussion um *Evidence-based Practice (EBP)* ab (vgl. Hüttemann, 2014; Hüttemann, Fetscher, & Leuthold, 2007). Das aus der Medizin stammende Paradigma der EBP (vgl. Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996), wird hinsichtlich der Potenziale und Grenzen für die Soziale Arbeit an anderer Stelle ausführlich diskutiert (vgl. u. a. Otto, Polutta, & Ziegler, 2010; Sommerfeld & Hüttemann, 2007). Ohne an diesem Punkt die Notwendigkeit des Nachweises von Wirkungen sozialarbeiterischer Methoden in Frage zu stellen, gilt es jedoch insbesondere die Orientierung an der Hierarchisierung wissenschaftlicher Evidenz aus der medizinischen Forschung (wonach *Randomized Controlled Trials* als Goldstandards betrachtet werden) für die Soziale Arbeit kritisch zu reflektieren. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass psychosoziale Interventionen nicht beliebig standardisiert werden können, sich Rahmenbedingungen nicht vollständig kontrollieren lassen und soziale Dienstleistungen immer als Ko-Produktion von Professionellen und Nutzer\_innen entstehen. Aufgrund dieser Komplexität müssen Wirkungen psychosozialer Interventionen umfassender evaluiert werden und auch qualitative Forschungsinstrumente zum Einsatz kommen (vgl. Gahleitner, Rademaker, & Hahn, 2015; Hüttemann, 2014). Darüber hinaus sind in einem erweiterten Modell der EBP neben wissenschaftlichen Evidenzen auch die Sichtweisen der Klient\_innen und der Professionellen als gleichberechtigte Wissensquellen zu berücksichtigen (vgl. Petr & Walter, 2009). Im Rahmen der vorliegenden Evaluationsstudie wurden entsprechend unterschiedliche Perspektiven für die Weiterentwicklung und wissenschaftliche Fundierung des Gruppenprogramms einbezogen. Insbesondere die Beteiligung der Zielgruppe hatte hierfür einen weitreichenden Erkenntnisgewinn zur Folge. In einem fortlaufenden Prozess gilt

es auch zukünftig das Gruppenprogramm *gesund.sein* anhand multidimensionaler Wissensquellen zu untersuchen, um eine Evidenzbasierung zu fördern.

Die ausgewählten Einblicke in sozialarbeitswissenschaftliche und professionstheoretische Diskurse machen deutlich, dass sowohl das Gruppenprogramm *gesund.sein* als auch die Ergebnisse der Evaluationsstudie eine weitreichende Anschlussfähigkeit aufweisen. Dementsprechend soll das Gruppenprogramm auch über diese Arbeit hinaus in einschlägige Debatten der Wissenschaft und Praxis eingebracht werden.

#### **IV. Zusammenfassung und Ausblick**

Die vorliegende Arbeit umfasst die Implementierung, formative Evaluation und konzeptionelle Weiterentwicklung des innovativen Gruppenprogramms *gesund.sein*, welches als sozialarbeiterische Intervention zur Förderung der seelischen Gesundheit wohnungsloser Männern im Feld der Wohnungslosenhilfe anzusiedeln ist.

Der *theoretische Teil* widmet sich zunächst einer Beschreibung und Eingrenzung der Zielgruppe des Gruppenprogramms. Dabei wird deutlich, dass Wohnungslosigkeit als komplexes Phänomen zu betrachten ist und sich diesbezüglich ein erheblicher Mangel an Forschungserkenntnissen zeigt. Für ein vertieftes Verständnis der Zielgruppe werden die Lebenslagen wohnungsloser Männer dargestellt, wobei ersichtlich wird, dass dieser Personenkreis häufig – über das Fehlen eigenen Wohnraums hinaus – von multiplen Problemlagen betroffen ist. Hierbei stellen seelische Belastungen und die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen eine zentrale Herausforderung für die Wohnungslosenhilfe dar. Die weiteren Ausführungen veranschaulichen, dass die Wohnungslosenhilfe sowohl strukturell als auch konzeptionell ein sehr heterogenes Feld der Sozialen Arbeit ist. Es ist zudem festzustellen, dass eine methodische Ausdifferenzierung sozialarbeiterischen Handelns sehr vage bleibt. Dies könnte mitunter auf ein ganzheitliches, generalistisches und hermeneutisches Professionsverständnis Sozialer Arbeit im Feld der Wohnungslosenhilfe zurückzuführen sein. Für den Bereich der seelischen Gesundheit fehlen entsprechend konkrete sozialarbeiterische Handlungsoptionen, außer man spricht Sozialer Arbeit eine durchgängig weitervermittelnde Rolle zu. Es stellt sich somit die Frage, wie Soziale Arbeit wohnungslosen Menschen und ihren seelischen Belastungen im unmittelbaren Kontakt durch ein professionelles und methodisches Handeln begegnen kann. Ein Blick in das psychiatrisch-psychotherapeutische Setting eröffnet Psychoedukation als potenzielle Intervention, die sich

insbesondere im Gruppensetting empirisch bewährt und als Behandlungsbaustein in der Versorgungspraxis etabliert hat. Auch für die Wohnungslosenhilfe erscheint Psychoedukation große Chancen zu bieten, wenngleich sie hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit in den sozialarbeiterischen Kontext der Wohnungslosenhilfe kritisch zu reflektieren ist. In diesem Zusammenhang lässt sich herausstellen, dass wohnungslose Menschen häufig mit dem Label *hard-to-reach* betitelt werden, womit zum Ausdruck gebracht werden soll, dass psychosoziale Hilfen von diesen potenziellen Klient\_innen meist nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen in Anspruch genommen werden, jedoch für diese Personen (vermeintlich) von großer Bedeutung sind. Dabei wird die Verantwortung einer erschwerten Erreichbarkeit ausschließlich den Klient\_innen zugeschrieben, während die kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Konzepten und Methoden in den Hintergrund gerät. Nimmt man jedoch psychosoziale Interventionen genauer in den Blick, weisen diese häufig Merkmale auf, die eine Partizipation wohnungsloser Menschen sehr erschweren. Aus dieser Perspektive sind es daher eher die professionellen Angebote, die als *hard-to-reach* zu bezeichnen sind. Auch für psychiatrisch-psychotherapeutische Psychoedukationsprogramme lassen sich *hard-to-reach*-Merkmale in Bezug auf wohnungslose Menschen erkennen, sodass diese nicht analog in die Wohnungslosenhilfe zu übertragen sind. Aus diesem Grund lässt sich die Notwendigkeit eines Perspektivenwechsels von *hard-to-reach* zu *how-to-reach* konstatieren. Dieser Perspektivenwechsel führte zur Entwicklung des innovativen und manualisierten Gruppenprogramms *gesund.sein*, dessen „*Manual-Version 2014*“ im Rahmen der vorliegenden Studie evaluiert wurde.

Im *empirischen Teil* wird die Implementierung des Gruppenprogramms in die bestehenden handlungspraktischen Strukturen und Routinen der Wohnungslosenhilfe beschrieben. Das Programm wurde im Rahmen der vorliegenden Untersuchung in acht Einrichtungen von vier Trägern der Wohnungslosenhilfe implementiert und von geschulten Fachkräften vor Ort durchgeführt. Aufgrund des innovativen Charakters von *gesund.sein* erwies sich eine formative Evaluationsstudie als angemessen. Dabei war das übergeordnete Ziel, verwertbare Diskussions- und Entscheidungshilfen zur Optimierung und Weiterentwicklung des Programms für eine möglichst zielgruppenorientierte Ausrichtung zu identifizieren. Demnach stand der Erkenntnisgewinn sowohl bezüglich der Programmumsetzung als auch der Zielgruppenorientierung von *gesund.sein* im Mittelpunkt der Studie. Hierfür wurde ein triangulatives Forschungsdesign mit unterschiedlichen Messzeitpunkten gewählt. In der quantitativen Erhebung wurden Daten der Teilnehmer (n=51) und Gruppenleitungen (n=15)

des Programms vor und nach der Programmdurchführung anhand standardisierter Fragebögen erfasst. Die qualitative Erhebung umfasste leitfadengestützte Interviews mit den Teilnehmern (n=8) und Fokusgruppen (n=4) mit den Gruppenleitungen. Während des gesamten Programmverlaufs wurden anhand von Feedbackbögen sowie Dokumentations- und Reflexionsbögen Daten erhoben. Die quantitativen Daten wurden mittels deskriptivstatistischer Verfahren, die qualitativen Daten anhand eines inhaltsanalytischen Vorgehens, ausgewertet. Der empirische Teil dieser Arbeit endet mit der Darstellung der einzelnen Ergebnisse entlang der jeweiligen Erhebungsinstrumente.

Im *Diskussionsteil* werden die einzelnen Untersuchungsergebnisse miteinander in Beziehung gesetzt und diskutiert. Hierbei konnten zielgruppen-, programm- und organisationsbezogene Erkenntnisse bezüglich des Gruppenprogramms generiert werden.

In Bezug auf die Zielgruppe zeigte sich eine hohe Akzeptanz und Reichweite des Programms. Dies spiegelte sich zum einen in den hohen Teilnehmerzahlen als auch den sehr geringen Drop-outs wider. Zum anderen war eine erfolgreiche Partizipation – im Sinne einer aktiven Beteiligung und inhaltlichen Auseinandersetzung – der Teilnehmer einrichtungsübergreifend festzustellen. Eine differenzierte Beschreibung der Teilnehmer konnte herausgearbeitet werden, die es in zukünftigen Studien – insbesondere im Hinblick auf eine mögliche Indikationsstellung – gezielt zu nutzen gilt. Es konnten zudem personenbezogene als auch umweltbezogene Motivationsfaktoren der Zielgruppe für die Programmteilnahme identifiziert werden.

Das Gruppenprogramm erwies sich insgesamt als ausgesprochen praktikabel und zielgruppenorientiert. Der strukturelle und organisatorische Rahmen stellte sich für die Zielgruppe als sehr angemessen heraus. Die Inhalte des Programms waren den Teilnehmern verständlich, insbesondere aufgrund der gelungenen didaktischen Umsetzung. Die Gruppenleitungen bewerteten das Manual von *gesund.sein* als sehr unterstützend und praxistauglich. So gäbe das Manual einerseits Sicherheit und Struktur für das methodische Handeln, ließe aber andererseits genügend Handlungsspielraum, um die eigene fachliche Expertise einzubringen. Auf der Prozess-, Struktur- und Konzeptebene ließen sich neben den genannten Stärken auch Potenziale für die Weiterentwicklung des Programms identifizieren, die bei der Überarbeitung des Manuals entsprechend berücksichtigt wurden. Im Rahmen der Evaluationsstudie konnten zudem potenzielle Wirkungen und Wirkfaktoren des Programms herausgearbeitet werden. Demnach zeigte das Programm positive Effekte für die Teilnehmer hinsichtlich des Informationszugewinns, der Förderung sozialer Kompetenzen, der

Verbesserung des seelischen Wohlbefindens, der Steigerung des Selbstwertgefühls und der Förderung sozialer Kontakte. Zudem konnten in einzelnen Fällen Anzeichen für die Förderung von Selbsthilfepotenzialen wie auch konkrete gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen (z. B. Reduktion von Alkohol, Sprechstundentermin bei Psychiater) beobachtet werden. Das Gruppenprogramm scheint die Motivation der Teilnehmer zu fördern, sich mit ihrer seelischen Gesundheit gezielt auseinanderzusetzen. Darüber hinaus brachte die vorliegende Studie potenzielle Wirkfaktoren für *gesund.sein* hervor, die auf folgenden Ebenen anzusiedeln sind: (1) Haltungen der Gruppenleitungen, (2) Inhaltliche Umsetzung des Programms und (3) Gruppenspezifische Wirkfaktoren. Hierbei ist insbesondere der gemeinsame Austausch der Teilnehmer als gruppenspezifischer Wirkfaktor hervorzuheben. Die Teilnehmer konnten gegenseitig ähnliche Probleme und Ängste wahrnehmen. Diese Erfahrung wirkte für viele Teilnehmer entlastend und hoffnungstiftend. Insgesamt zeigten die Teilnehmer ein starkes Bedürfnis, über ihre seelische Gesundheit zu sprechen.

Neben den zielgruppen- und programmbezogenen Erkenntnissen konnten auch Erkenntnisse auf der Ebene der Organisationen ausfindig gemacht werden. Es zeigten sich hinderliche wie auch förderliche Einflussfaktoren für die Implementierung eines innovativen Programms in die Strukturen der Wohnungslosenhilfe. Die Workshops stellten sich als sehr gut konzipiert heraus und dienten neben der inhaltlichen Einarbeitung maßgeblich zur Vermittlung der wertschätzenden und partnerschaftlichen Grundhaltung des Gruppenprogramms. Diese professionelle Grundhaltung war bei den Gruppenleitungen einrichtungsübergreifend zu erkennen und zeigte sich auch als ein potenzieller Wirkfaktor für *gesund.sein*. Anhand der Professionsverständnisse der Gruppenleitungen wurden zum Teil die unterschiedlichen Systemrationalitäten von Wissenschaft und Praxis erkennbar. Diesbezüglich konnte am Beispiel der Implementierung von *gesund.sein* verdeutlicht werden, dass für eine gelingende Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis die Grundprinzipien einer kooperativen Wissensbildung von entscheidender Bedeutung sind. Die Untersuchungsergebnisse legen nahe, dass in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ein Bedarf innovativer und manualisierter Methoden zu verzeichnen ist. Insbesondere die vermehrte Nutzung des Gruppensettings ist in diesem Zusammenhang hervorzuheben.

Die übergeordnete Fragstellung der vorliegenden Arbeit – *Welche verwertbaren Diskussions- und Entscheidungshilfen zur Optimierung und Weiterentwicklung des Programms für eine möglichst zielgruppenorientierte Ausrichtung lassen sich identifizieren?* – konnte anhand der Evaluationsstudie umfangreich beantwortet werden. Demnach wurden wesentliche

Optimierungspotenziale zur konzeptionellen Weiterentwicklung des Gruppenprogramms herausgearbeitet. Weiterhin konnte die Zielgruppenorientierung von *gesund.sein* anhand der zielgruppenbezogenen Erkenntnisse fundiert werden. Es ist zudem gelungen, potenzielle Wirkungen und Wirkfaktoren aufzuzeigen, die es in zukünftigen Studien gezielt zu untersuchen gilt.

Abschließend ist das Forschungsprojekt rund um das Gruppenprogramm *gesund.sein* als großer Erfolg zu bewerten. Eine innovative Methodik in die Strukturen der Wohnungslosenhilfe zu implementieren, stellte eine besondere Herausforderung dar. Das Manual von *gesund.sein* zeigte sich dabei für unterschiedliche Settings als zielgruppenorientiert aufbereitet und wurde von den Fachkräften als sehr praktikabel und hilfreich bewertet. Die Evaluationsergebnisse verdeutlichen in bemerkenswerter Weise die positiven Effekte des Gruppenprogramms für die Teilnehmer. Es ist demnach ausdrücklich zu empfehlen, den Wünschen der Teilnehmer nachzukommen, und *gesund.sein* in der Wohnungslosenhilfe als regelmäßiges Hilfeangebot zu etablieren. Nicht nur die großen Potenziale für die Zielgruppe sollten hierzu ermutigen, sondern auch die positiven Auswirkungen des Programms auf die beteiligten Fachkräfte und Einrichtungen. Darüber hinaus ist zu konstatieren, dass es auch im Rahmen des Forschungsprozesses überzeugend gelungen ist, wohnungslose Menschen anhand eines zielgruppenorientierten Vorgehens zu erreichen. Der Autor dieser Arbeit durfte im Verlauf der Evaluationsstudie vielen wohnungslosen Menschen persönlich begegnen. Dabei zeigte sich, dass die Möglichkeit an der wissenschaftlichen Untersuchung aktiv mitwirken zu können, von den Programmteilnehmern als große Wertschätzung empfunden wurde. Für eine umfassende Bewertung des Programms waren die Rückmeldungen der Teilnehmer unverzichtbar. Auch an dieser Stelle sei all jenen Programmteilnehmern für ihre Offenheit von Herzen gedankt.

Anhand der Evaluationsstudie wurde exemplarisch gezeigt, dass nicht ausschließlich wohnungslose Menschen als hard-to-reach beurteilt werden sollten, sondern maßgeblich die professionellen Hilfeangebote bezüglich ihrer Erreichbarkeit zu prüfen sind. Mit einem Perspektivenwechsel – von hard-to-reach zu how-to-reach – kann es gelingen, wohnungslose Menschen nicht nur zu erreichen, sondern auch entscheidend zu beteiligen und positive Veränderungsprozesse hervorzurufen. Die vorliegenden Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass auch über die Wohnungslosenhilfe hinaus, die Entwicklung innovativer und zielgruppenorientierter Methoden dringend erforderlich ist. Die Soziale Arbeit sollte sich

dieser Aufgabe nicht nur im Hinblick auf ihre Anerkennung als Profession und Disziplin verantwortungsvoll annehmen, sondern insbesondere auch dann, wenn sie sich dem Wohl ihrer Zielgruppen ernsthaft verpflichtet fühlt.

**Zwei interviewte Programmteilnehmer über das Gruppenprogramm *gesund.sein*:**

*B4: [...] Ich hab da auch Sachen von mir preisgegeben, die ich noch nie einem Menschen erzählt hab. [...] (B4, 297–298)*

*B2: [...] Ich weiß nur, dass wenn ich die Gruppe verlassen habe, dass es mir anschließend besser gegangen ist. [...] (B2, 444–445)*

## Literaturverzeichnis

- Addis, M. E., & Cardemil, E. V. (2009). Psychotherapy manuals can improve outcomes. In J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Hrsg.), *Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions* (5. Aufl., S. 131–140). Washington, DC: American Psychological Association.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psychoeducational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490–515.
- Angenendt, J., & Stieglitz, R.-D. (2012). Psychoedukation, Patientenratgeber und Selbsthilfe-Manuale. In H. J. Freyberger, W. Schneider, & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Kompendium Psychiatrie Psychotherapie Psychosomatische Medizin* (S. 575–588). Bern: Hans Huber.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Ayaß, W. (2013). „Vagabunden, Wanderer, Obdachlose und Nichtsesshafte“: eine kleine Begriffsgeschichte der Hilfe für Wohnungslose. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 1(44), 90–102.
- Ballstaedt, S.-P. (1997). *Wissensvermittlung. Die Gestaltung von Lernmaterial*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Ballweg, T., & Schuchmann, A. (2007). Ist nun alles anders? Auswirkungen des Projekts. In Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.), *Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen* (S. 205–228). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Bäumel, J. (2010). Psychoedukative Verfahren. In V. Arolt & A. Kersting (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie: Welche Störung behandelt man wie?* (S. 121–134). Berlin Heidelberg: Springer.
- Bäumel, J. (2016). Wohnungslosenhilfe - „Psychiatrie light“ für die von der Psychiatrie „Vergessenen“? Ergebnisse der SEEWOLF-Studie in München. *Kerbe*, 34(1), 30–33.
- Bäumel, J., Behrendt, B., Henningsen, P., & Pitschel-Walz, G. (Hrsg.). (2016). *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Bäumel, J., Behrendt, B., & Kohler, T. (2016). Psychoedukation bei akuten und chronischen schizophrenen Erkrankungen. In J. Bäumel, B. Behrendt, P. Henningsen, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 122–139). Stuttgart: Schattauer.
- Bäumel, J., & Lambert, M. (2009). *Psychosen erkennen, verstehen und behandeln. Ein Wegbegleiter für Betroffene und Angehörige*. Michelstadt: vdm.

- Bäumel, J., Lüscher, S., & Pitschel-Walz, G. (2015). Was ich nicht weiß, macht mich auch nicht „weise“... Psychoedukation als psychiatrisch-psychotherapeutische Basisintervention. *Psychiatrische Praxis*, 42(6), 293–295.
- Bäumel, J., & Pitschel-Walz, G. (2008). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen: Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Bäumel, J., & Pitschel-Walz, G. (2012). Psychoedukation, quo vadis? Was will, kann und muss dieses Verfahren leisten? *Psychotherapeut*, 57(4), 289–290.
- Bäumel, J., & Pitschel-Walz, G. (2016a). Organisatorische Aspekte und psychodidaktische Elemente der Psychoedukation. In J. Bäumel, B. Behrendt, P. Henningsen, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 47–55). Stuttgart: Schattauer.
- Bäumel, J., & Pitschel-Walz, G. (2016b). Spezifische Aspekte der Psychoedukation in der Psychiatrie und Psychotherapie. In J. Bäumel, B. Behrendt, P. Henningsen, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 12–16). Stuttgart: Schattauer.
- Becker, P. (2009). Klinische und wissenschaftliche Grundlagen. In K. Rabovsky & G. Stoppe (Hrsg.), *Diagnosenübergreifende und multimodale Psychoedukation: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen* (S. 3–14). München: Urban & Fischer.
- Behrendt, B., & Krischke, N. R. (2005). Psychoedukative Interventionen und Patientenschulungen zur Förderung von Compliance, Coping und Empowerment. In B. Behrendt & A. Schaub (Hrsg.), *Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement: Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis* (S. 15–29). Tübingen: dgvt.
- Behrendt, B., & Schaub, A. (Hrsg.). (2005). *Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement: Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis*. Tübingen: dgvt.
- Berger, H. (2016). Psychoedukation aus salutogenetischer Sicht. In J. Bäumel, B. Behrendt, P. Henningsen, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 74–77). Stuttgart: Schattauer.
- Birgmeier, B. (2014). *Handlungswissenschaft Soziale Arbeit. Eine Begriffsanalyse*. Wiesbaden: Springer VS.
- Birgmeier, B., & Mührel, E. (Hrsg.). (2011). *Handlung in Theorie und Wissenschaft Sozialer Arbeit*. Wiesbaden: Springer VS.

- Bock, T., & Heumann, K. (2015). Psychoedukation ist ein überholtes paternalistisches Konzept - Pro. *Psychiatrische Praxis*, 42(6), 296–297.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The Psychology of Criminal Conduct* (6. Aufl.). New York/Abingdon: Routledge.
- Brem, D. (2011). Alt und wohnungslos in industrialisierten Ländern. Eine international vergleichende Untersuchung über Lebenslagen älterer wohnungsloser Menschen. *Sozialer Fortschritt*, 60(11), 249–256.
- Brender, B. (1999). *Hilflos Wohnungslos: „erlernte Hilflosigkeit“ in der sozialen Arbeit*. Bielefeld: Hans Jacobs.
- Brönnner, M., Baur, B., Pitschel-Walz, G., Jahn, T., & Bäuml, J. (2013). Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München: die SEEWOLF-Studie. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 44(1), 65–71.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2008). Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen und Männern. Darstellung der Problemlagen und Handlungsbedarfe (Positionspapier). Abgerufen von [http://bagw.de/de/publikationen/pos-pap/position\\_gesundheit.html](http://bagw.de/de/publikationen/pos-pap/position_gesundheit.html) (zuletzt abgerufen am: 14.06.2017)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2013). Integriertes Notversorgungskonzept: Ordnungsrechtliche Unterbringung und Notversorgung - Definitionen und Mindeststandards (Positionspapier/Empfehlung). Abgerufen von [http://bagw.de/de/publikationen/pos-pap/position\\_wohnen.html](http://bagw.de/de/publikationen/pos-pap/position_wohnen.html) (zuletzt abgerufen am: 14.06.2017)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2015a). Mehr Partizipation wagen. Förderung und Unterstützung von Partizipation in der Wohnungslosenhilfe (Positionspapier/Empfehlung). Abgerufen von [http://bagw.de/de/publikationen/pos-pap/position\\_partizipation.html](http://bagw.de/de/publikationen/pos-pap/position_partizipation.html) (zuletzt abgerufen am: 14.06.2017)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (Hrsg.). (2015b). Zahl der Wohnungslosen in Deutschland auf neuem Höchststand (Pressemitteilung). Abgerufen von [http://www.bagw.de/de/themen/zahl\\_der\\_wohnungslosen/261.html](http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/261.html) (zuletzt abgerufen am: 14.06.2017)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (Hrsg.). (2016). Statistikbericht 2014: Auswertungstabellen. Abgerufen von [http://www.bagw.de/de/themen/statistik\\_und\\_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte\\_1.html](http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html) (zuletzt abgerufen am: 14.06.2017)
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.). (2007). *Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

- Busch-Geertsema, V. (2014). Housing First: Die Wohnung als Grundvoraussetzung für weitergehende Hilfen. In R. Keicher & S. Gillich (Hrsg.), *Wenn Würde zur Ware verkommt. Soziale Ungleichheit, Teilhabe und Verwirklichung eines Rechts auf Wohnraum* (S. 155–177). Wiesbaden: Springer VS.
- Busch-Geertsema, V., Benjaminsen, L., Hrast, M. F., & Pleace, N. (2014). Extent and Profile of Homelessness in European Member States. A Statistical Update. Research Report. Brüssel: FEANTSA.
- Busch-Wübbena, U., Jürgensson, G., Kötter, C., Jäger, C., Kick, C., Kuckelsberg, R., ... Hinrichs, J. (2009). Zivilcourage und Gewaltverzicht - ein Deeskalationstraining für Bewohner des Katholischen Männerfürsorgevereins München e.V., Haus an der Chiemgaustraße. *Psychotherapie*, 14(1), 154–162.
- Butler, J. (1991). *Das Unbehagen der Geschlechter*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Cohn, R. (1975). *Von der Psychoanalyse zur Themenzentrierten Interaktion*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- D'Amelio, R., Behrendt, B., & Wobrock, T. (2007). *Psychoedukation Schizophrenie und Sucht: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. München: Urban & Fischer.
- Deinet, U., & Sturzenhecker, B. (1998). Grundbegriffe der Konzeptentwicklung in der Offenen Jugendarbeit. In U. Deinet & B. Sturzenhecker (Hrsg.), *Handbuch Offene Jugendarbeit* (S. 251–264). Münster: Votum.
- Deters, H. (2012). Auf Augenhöhe Veränderungsprozesse initiieren: Motivierende Gesprächsführung als Haltung und Methode. *wohnungslos*, 54(1), 14–18.
- Deutscher Städtetag (Hrsg.). (1987). Sicherung der Wohnungsversorgung in Wohnungsnotfällen und Verbesserung der Lebensbedingungen in sozialen Brennpunkten - Empfehlungen und Hinweise. DST-Beiträge zur Sozialpolitik, Heft 21, Köln.
- Dewe, B., & Otto, H.-U. (2002). Reflexive Sozialpädagogik. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (S. 179–198). Opladen: Leske + Budrich.
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Dixon, L., Lucksted, A., Stewart, B., Burland, J., Brown, C. H., Postrado, L., ... Hoffman, M. (2004). Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(3), 207–215.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.

- Dross, M. (2001). *Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2009). Psychotherapy manuals do not improve outcomes. In J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Hrsg.), *Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions* (5. Aufl., S. 140–160). Washington, DC: American Psychological Association.
- Eckert, J. (1996). Indikation und Prognose. In B. Strauß, J. Eckert, & V. Tschuschke (Hrsg.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung* (S. 16–29). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Eikermann, B., Inhester, M. L., & Reker, T. (1992). Psychische Störungen bei nicht-esshaften Männern. Defizite in der psychiatrischen Versorgung. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 22(2), 29–32.
- Eikermann, B., Reker, T., & Zacharias, B. (2002). Wohnungslose psychisch Kranke - Zahlen und Fakten. In K. Nouvertné, T. Wessel, & C. Zechert (Hrsg.), *Obdachlos und psychisch krank* (S. 42–56). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Engelke, E., Spatscheck, C., & Bormann, S. (2016). *Die Wissenschaft Soziale Arbeit* (4. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Erath, P., & Balkow, K. (2016). *Einführung in die Soziale Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Farnbacher, G. (Hrsg.). (2008). *Manual zur Psychoedukation opiatabhängiger Menschen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*, 5(12 e225), 1670.
- FEANTSA (Hrsg.). (o. J.). ETHOS - European Typology on Homelessness and housing exclusion. Abgerufen von <http://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion> (zuletzt abgerufen am: 14.06.2017)
- Fegter, S., Geipl, K., & Horstbrink, J. (2010). Dekonstruktion als Haltung in sozialpädagogischen Handlungszusammenhängen. In F. Kessl & M. Plößer (Hrsg.), *Differenzierung, Normalisierung, Andersheit: Soziale Arbeit als Arbeit mit den Anderen* (S. 233–248). Wiesbaden: VS Verlag.
- Ferchoff, W. (1993). Was wissen und können Sozialpädagogen. Neue professionstheoretische Überlegungen zum Theorie-Praxis-Verhältnis in der Sozialpädagogik. *Pädagogische Rundschau*, 47(6), 705–719.

- Fichter, M., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Koegel, P., Quadflieg, N., Wittchen, H. U., & Wölz, J. (1996). Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 246(4), 185–196.
- Fichter, M., & Quadflieg, N. (1999). Alcoholism in homeless men in the mid-nineties: results from the Bavarian Public Health Study on homelessness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(1), 34–44.
- Fichtner, J. (2009). Wohnungslose Männer in Statistik, Selbstberichten und sozialstaatlichem Handeln. *wohnungslos*, 51(2), 49–55.
- Fichtner, J., Enders-Drägässer, U., Sellach, B., & Zeng, M. (2005). „Dass die Leute uns nich`alle über einen Kamm scheren“: Männer in Wohnungsnot; eine qualitative Untersuchung zu Deutungsmustern und Lebenslagen bei männlichen Wohnungsnotfällen. Frankfurt am Main.
- Flick, U. (2011). *Triangulation* (3. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Forschungsverbund Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen (Hrsg.). (2005). Gesamtbericht. Abgerufen von <http://www.bagw.de/de/basiswissen/forschungsverbund.html> (zuletzt abgerufen am: 14.06.2017)
- Franzkowiak, P., Homfeldt, H. G., & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit*. Weinheim/München: Juventa.
- Fydrich, T., & Schneider, W. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52(1), 55–68.
- Gahleitner, S. (2017). *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Gahleitner, S., & Hahn, G. (Hrsg.). (2008). *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S., Hahn, G., & Glemser, R. (Hrsg.). (2013). *Psychosoziale Diagnostik*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S., Hahn, G., & Glemser, R. (Hrsg.). (2014). *Psychosoziale Interventionen*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S., Rademaker, A. L., & Hahn, G. (2015). Forschung in der Klinischen Sozialarbeit: Bestandsaufnahme und Perspektiven. *Klinische Sozialarbeit*, 11(3), 9–12.
- Galuske, M. (2013). *Methoden der Sozialen Arbeit: Eine Einführung* (10. Aufl.). Weinheim/München: Beltz Juventa.
- George, D., & Mallery, P. (2016). *IBM SPSS Statistics 23: Step by Step. A Simple Guide and Reference* (14. Aufl.). New York/London: Routledge.

- Germain, C. B., & Gitterman, A. (1983). *Praktische Sozialarbeit: Das „Life Model“ der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Enke.
- Germain, C. B., & Gitterman, A. (1999). *Praktische Sozialarbeit: Das „Life Model“ der Sozialen Arbeit. Fortschritte in Theorie und Praxis* (3. Aufl.). Stuttgart: Enke.
- Gerull, S. (2009). Forschen im Grenzbereich: Hard-to-reach-Klienten als Zielgruppe in der Sozialarbeitsforschung - Beispiel wohnungslose Menschen. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 156(2), 58–60.
- Gerull, S. (2010). Wohnungslose Menschen sichtbar machen! Geschlechtssensible Beratung in der Wohnungslosenhilfe. In C. Labonté-Roset, H.-W. Hoefert, & H. Cornel (Hrsg.), *Hard to reach: Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit* (S. 79–91). Berlin: Schibri Verlag.
- Gerull, S., & Wolf-Ostermann, K. (Hrsg.). (2012). *Unsichtbar und ungesehen: Wohnungslose Frauen mit minderjährigen Kindern in Berlin*. Berlin: Schibri Verlag.
- Gillich, S. (2008). Zur Selbsthilfe wohnungsloser Menschen: Von blinden Flecken und gelingender Praxis. In S. Gillich (Hrsg.), *Bei Ausgrenzung Streetwork: Handlungsmöglichkeiten und Wirkungen* (S. 86–95). Gelnhausen: TRIGA Der Verlag.
- Gillich, S. (2010). Anmerkungen zu einer am Sozialraum orientierten Wohnungslosenhilfe. In S. Gillich & S. Nagel (Hrsg.), *Von der Armenhilfe zur Wohnungslosenhilfe - und zurück?* (S. 52–67). Gründau-Rothenbergen: TRIGA Der Verlag.
- Gillich, S., & Nieslony, F. (2000). *Armut und Wohnungslosigkeit: Grundlagen, Zusammenhänge und Erscheinungsformen*. Köln: Fortis.
- Goffman, E. (1972). *Stigma: über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Göppner, H.-J. (2017). *Damit „Hilfe“ Hilfe sein kann. Sozialarbeitswissenschaft als Handlungswissenschaft*. Wiesbaden: Springer VS.
- Grabert, A. (2007). *Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankung: Einsatz des Kohärenzgefühls in der sozialen Arbeit*. Lage: Jacobs.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40(3), 130–145.
- Gredig, D. (2005). The co-evolution of knowledge production and transfer. Evidence-based intervention development as an approach to improve the impact of evidence on social work practice. In P. Sommerfeld (Hrsg.), *Evidence-based Social Work - Towards a New Professionalism?* (S. 175–200). Bern: Peter Lang.

- Gredig, D. (2011). From research to practice: Research-based Intervention Development in social work: developing practice through cooperative knowledge production. *European Journal of Social Work*, 14(1), 53–70.
- Häder, M. (2015). *Empirische Sozialforschung: Eine Einführung* (3. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Hahn, G., & Hüttemann, M. (Hrsg.). (2015). *Evaluation psychosozialer Interventionen*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Hahn, G., & Pauls, H. (2008). Bezugspunkte Klinischer Sozialarbeit. In S. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (S. 22–43). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hasselhorn, M., Köller, O., Maaz, K., & Zimmer, K. (2014). Implementation wirksamer Handlungskonzepte im Bildungsbereich als Forschungsaufgabe. *Psychologische Rundschau*, 65(3), 140–149.
- Hauptert, B., & Kraimer, K. (1991). Die Heimatlosigkeit der SA/SP. Stellvertretende Deutung und typologisches Verstehen als Wege zu einer eigenständigen Profession. *Pädagogische Rundschau*, 45(2), 177–196.
- Hayes, M., & Patterson, D. (1921). Experimental development of the graphic rating method. *Psychological Bulletin*, 18(1), 98–99.
- Heiner, M. (2004). *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Theoretische Konzepte, Modelle und empirische Perspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heiner, M. (2013). Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit. In S. Gahleitner, G. Hahn, & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik* (S. 18–34). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Herriger, N. (2002). *Empowerment in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Herriger, N. (2014). *Empowerment in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hinsch, R., & Pfingsten, U. (2015). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK* (6. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz.
- Hinz, P., Simon, T., & Wollschläger, T. (Hrsg.). (2000). *Streetwork in der Wohnungslosenhilfe*. Baltmannsweiler: Schneider.
- Hochuli Freund, U., & Stotz, W. (2011). Ganzheitliche Methodiken für methodengeleitetes Handeln. Methoden in der Sozialen Arbeit - ein Ordnungsversuch. *Sozial Aktuell*, 43(7/8), 12–16.

- Hurrelmann, K., & Kolip, P. (Hrsg.). (2002). *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich*. Bern: Hans Huber.
- Hüttemann, M. (2014). Evidenzbasierte Praxis und Qualität. *Klinische Sozialarbeit*, 10(4), 11–12.
- Hüttemann, M., Fetscher, K., & Leuthold, B. (2007). Klinische Sozialarbeit als forschungsbasierte Intervention. Internationale Perspektiven forschungsbasierter Praxis und die Situation Klinischer Sozialarbeit in der Schweiz. *Klinische Sozialarbeit*, 3(3), 6–9.
- Hüttemann, M., Rotzetter, F., Amez-Droz, P., Gredig, D., & Sommerfeld, P. (2016). Kooperation zwischen Akteuren aus Wissenschaft und Praxis. *neue praxis*, 46(3), 205–221.
- Hüttemann, M., & Sommerfeld, P. (2007). Forschungsbasierte Praxis. Professionalisierung durch kooperative Wissensbildung. In P. Sommerfeld & M. Hüttemann (Hrsg.), *Evidenzbasierte Soziale Arbeit: Nutzung von Forschung in der Praxis* (S. 40–57). Baltmannsweiler: Schneider.
- Jahn, T., & Brönnert, M. (2014). Die SEEWOLF-Studie - eine Zusammenfassung (Konferenzpaper). Gehalten auf der Tagung: Wohnungslosenhilfe - „Psychiatrie-light“ oder bedarfsgerechte Versorgung von Menschen in besonderen Lebenslagen?, München.
- Jensen, M., Hoffmann, G., Spreitz, J., & Sadre Chirazi-Stark, M. (2014). *Diagnosenübergreifende Psychoedukation: Ein Manual für Patienten- und Angehörigengruppen* (2. Aufl.). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Jensen, M., Sadre Chirazi-Stark, M., & Hoffmann, G. (2010). *Diagnosenübergreifende Psychoedukation: Ein Manual für Patienten- und Angehörigengruppen*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Jordan, R. (Hrsg.). (2015). *Wohnungslosenhilfe mischt sich ein. Strategien gegen zunehmende Armut und sozialen Ausschuss*. Berlin: BAG W-Verlag.
- Jürgensonn, G. (2009). Zivilcourage und Gewaltverzicht - Antigewalttraining für wohnungslose Männer. *wohnungslos*, 51(2), 56–60.
- Kämmerer, A. (2012). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie. In B. Strauß & D. Matke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie* (S. 147–157). Berlin Heidelberg: Springer.
- Kanning, U. P. (2009). *Diagnostik sozialer Kompetenzen* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Keicher, R., & Gillich, S. (Hrsg.). (2014). *Wenn Würde zur Ware verkommt: Soziale Ungleichheit, Teilhabe und Verwirklichung eines Rechts auf Wohnraum*. Wiesbaden: Springer VS.
- Keller, S., Velicer, W. F., & Prochaska, J. O. (1999). Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. In S. Keller (Hrsg.), *Motivation zur Verhaltensänderung: Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis* (S. 17–44). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Kelle, U. (2008). *Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung: Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Kelle, U., & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Kellinghaus, C. (2000). *Wohnungslos und psychisch krank: Eine Problemgruppe zwischen den Systemen. Konzepte - empirische Daten - Hilfeansätze*. Münster: Lit.
- Keupp, H. (2000). Gesundheitsförderung als Ermutigung zum aufrechten Gang: Eine salutogenetische Perspektive. In S. Sting & G. Zurhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit* (S. 15–40). Weinheim/München: Juventa.
- Klein, K. J., & Knight, A. P. (2005). Innovation Implementation. Overcoming the Challenge. *Current Directions in Psychological Science*, 14(5), 243–246.
- Klug, W. (2003). *Mit Konzept planen - effektiv helfen: Ökosoziales Case Management in der Gefährdetenhilfe*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Klug, W., & Niebauer, D. (2016). Sozialarbeiterisches Handeln mit Sexualstraftätern. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 23(3), 336–359.
- Klug, W., & Schaitl, H. (2012). *Soziale Dienste der Justiz. Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Klug, W., & Zobrist, P. (2016). *Motivierte Klienten trotz Zwangskontext. Tools für die Soziale Arbeit* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Koegle, P., Burnam, M. A., & Farr, R. K. (1988). The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1085–1092.
- Kohlmann, C.-W. (2003). Gesundheitsrelevante Persönlichkeitsmerkmale. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung* (S. 39–55). Göttingen: Hogrefe.
- König, J. (2009). *Wie Organisationen durch Beteiligung und Selbstorganisation lernen. Einführung in die Partizipative Qualitätsentwicklung*. Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Körkel, J. (2002). Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 3(2), 87–96.
- Körkel, J., & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin/Heidelberg: Springer.

- Krausz, R., Clarkson, A. F., Strelau, V., Torchalla, I., Li, K., & Schuetz, C. (2013). Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(8), 1235–1243.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Labonté-Roset, C. (2010). Hard to reach? Zur Erreichbarkeit von sozialen und psychosozialen Einrichtungen durch Personen mit Migrationshintergrund. In C. Labonté-Roset, H. W. Hoefert, & H. Cornel (Hrsg.), *Hard to reach: Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit* (S. 12–23). Berlin: Schibri Verlag.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim/Basel: Juventa.
- Lang, K. (2011). „Hau ab du Penner“ - Gewalt gegen Wohnungslose. *wohnungslös*, 53(4), 131–135.
- Längle, G., Egerter, B., Albrecht, F., Petrasch, M., & Buchkremer, G. (2005). Prevalence of mental illness among homeless men in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(5), 382–390.
- Levinson, D. (Hrsg.). (2004a). *Encyclopedia of homelessness. Volume 1*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Levinson, D. (Hrsg.). (2004b). *Encyclopedia of homelessness. Volume 2*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lincoln, T., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96(1), 232–245.
- Löhmer, C., & Standhardt, R. (2008). *TZI - Die Kunst, sich selbst und eine Gruppe zu leiten: Einführung in die Themenzentrierte Interaktion*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Luderer, H. J. (2016). Psychoedukation bei Alkoholabhängigkeit. In J. Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsen, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 110–119). Stuttgart: Schattauer.
- Lüders, C., & Haubrich, K. (2003). Qualitative Evaluationsforschung. In C. Schweppe (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik* (S. 305–330). Wiesbaden: VS Verlag.
- Luhmann, N., & Schorr, E. (1979). *Reflexionsprobleme im Erziehungssystem*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lutz, R. (2001). *Langzeitfälle und Langzeithilfen*. Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe GmbH.
- Lutz, R., & Simon, T. (2012). *Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe: Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven* (2. Aufl.). Weinheim/München: Juventa.

- Madianos, M., Chondraki, P., & Papadimitriou, G. N. (2013). Prevalence of psychiatric disorders among homeless people in Athens area: a cross-sectional study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(8), 1225–1234.
- Malyssek, J., & Störch, K. (2009). *Wohnungslose Menschen: Ausgrenzung und Stigmatisierung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Mattke, D., & Strauß, B. (2012). Indikation, Prognose, Vorbereitung und Zusammensetzung von Therapiegruppen. In B. Strauß & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie* (S. 59–66). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz.
- Meller, I., Fichter, M., Quadflieg, N., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., & Wölz, J. (2000). Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch erkrankte Obdachlose: Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. *Der Nervenarzt*, 71(7), 543–551.
- Merchel, J. (2005). *Organisationsentwicklung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Konzepte zur Reflexion, Gestaltung und Veränderung von Organisationen*. Weinheim/München: Juventa.
- Merchel, J. (2015). *Evaluation in der Sozialen Arbeit* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung* (2. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung* (Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Monzer, M. (2008). Care und Case Management in der Wohnungslosenhilfe. *wohnungslos*, 50(2), 45–51.
- Monzer, M. (2015). Der Einsatz von Hilfeplanung und Fallmanagement in der Wohnungslosenhilfe. *Case Management*, 12(2), 94–101.
- Mühlum, A. (2008). Klinische Sozialarbeit und Gesundheitsförderung. In S. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (S. 62–74). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mühlum, A., & Gahleitner, S. (2008). Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit - Professionstheoretische Annäherung und professionspolitische Folgerungen. In S. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (S. 44–60). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Mullen, E. J., Bellamy, J. L., & Bledsoe, S. E. (2007). Evidenzbasierte Praxis in der Sozialen Arbeit. In P. Sommerfeld & M. Hüttemann (Hrsg.), *Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis* (S. 10–25). Baltmannsweiler: Schneider.
- Müller, C. W. (2013). *Wie Helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der Sozialen Arbeit* (6. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Niebauer, D. (2010). *Psychoedukation - Möglicher Baustein in der Versorgung wohnungsloser Männer mit psychischer Erkrankung?* (Unveröffentlichte Bachelorarbeit). Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Eichstätt.
- Niebauer, D. (2011). Psychoedukation in der Wohnungslosenhilfe: gesund.sein - ein Programm zur Förderung der seelischen Gesundheit wohnungsloser Männer. *wohnungslos*, 53(4), 138–142.
- Niebauer, D. (2012). *Psychoedukation in der Wohnungslosenhilfe: gesund.sein - Konzeptentwicklung eines psychoedukativen Gruppenprogramms für wohnungslose Männer* (Unveröffentlichte Masterarbeit). Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Eichstätt.
- Niebauer, D. (2015). Von „hard-to-reach“ zu „how-to-reach“: Erfolgreiche Partizipation wohnungsloser Menschen in Praxis und Forschung. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit (TuP)*, 66(6), 412–421.
- Niebauer, D. (2016). Psychoedukation in der Wohnungslosenhilfe. In J. Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsen, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 432–436). Stuttgart: Schattauer.
- Niebauer, D., & Klug, W. (2014). Forschungsbasierte Praxis in der Sozialen Arbeit am Beispiel der Wohnungslosenhilfe. In E. Mührel & B. Birgmeier (Hrsg.), *Perspektiven sozialpädagogischer Forschung* (S. 315–330). Wiesbaden: Springer VS.
- Nouvertné, K., Wessel, T., & Zechert, C. (Hrsg.). (2002). *Obdachlos und psychisch krank*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ohling, M. (2015). *Soziale Arbeit und Psychotherapie. Veränderung der beruflichen Identität von SozialpädagogInnen durch Weiterbildungen in psychotherapeutisch orientierten Verfahren*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Otto, H.-U., Polutta, A., & Ziegler, H. (Hrsg.). (2010). *What Works - Welches Wissen braucht die Soziale Arbeit? Zum Konzept evidenzbasierter Praxis*. Opladen: Barbara Budrich.
- Otto, H.-U., & Ziegler, H. (2008). The Notion of Causal Impact in Evidence-Based Social Work: An Introduction to the Special Issue on What Works? *Research on Social Work Practice*, 18(4), 273–277.

- Paulgerg-Muschiol, L. von, & Müller, M. (2000). Wohnungslose Männer im Kriminalisierungsprozeß. In W. Ludwig-Mayerhofer (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit, Kriminalität und Kriminalisierung* (S. 175–199). Opladen: Leske + Budrich.
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim/München: Juventa.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Petermann, F. (2014). Implementationsforschung: Grundbegriffe und Konzepte. *Psychologische Rundschau*, 65(3), 122–128.
- Petr, C. G., & Walter, U. M. (2009). Evidence-based practice: a critical reflection. *European Journal of Social Work*, 12(2), 221–232.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und Synthese. *Psychotherapie*, 17(1), 17–31.
- Pitschel-Walz, G., & Bäuml, J. (2013). Psychoedukation. In W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie: Das Handbuch für die psychosoziale Praxis* (Bd. 2, S. 328–341). Stuttgart: Kohlhammer.
- Pitschel-Walz, G., & Bäuml, J. (2016a). Grundlagen des Konsensuspapiers zur Psychoedukation. In J. Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsen, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 2–11). Stuttgart: Schattauer.
- Pitschel-Walz, G., & Bäuml, J. (2016b). Psychotherapeutische Haltung und psychotherapeutische Elemente. In J. Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsen, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 39–46). Stuttgart: Schattauer.
- Pitschel-Walz, G., Rummel-Kluge, C., Froböse, T., Beitinger, R., Stiegler, M., Bäuml, J., & Kissling, W. (2012). Steigerung des „empowerment“ bei Angehörigen von schizophren Erkrankten. *Psychotherapeut*, 57(4), 313–318.
- Pleace, N. (2016). Researching Homelessness in Europe: Theoretical Perspectives. *European Journal of Homelessness*, 10(3), 19–44.
- Plöber, M. (2010). Differenz performativ gedacht. Dekonstruktive Perspektiven auf und für den Umgang mit Differenzen. In F. Kessl & M. Plöber (Hrsg.), *Differenzierung, Normalisierung, Andersheit: Soziale Arbeit als Arbeit mit den Anderen* (S. 218–232). Wiesbaden: VS Verlag.

- Podschus, J., & Dufeu, P. (1995). Alkoholabhängigkeit bei wohnungslosen Männern in Berlin. *Sucht*, 41(5), 348–354.
- Porst, R. (2011). *Fragebogen: Ein Arbeitsbuch* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your live positively forward*. New York: Avon.
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung*. München: Oldenbourg.
- Raab-Steiner, E., & Benesch, M. (2012). *Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung* (3. Aufl.). Wien: facultas wuv.
- Rabovsky, K., Jensen, M., & Kohler, T. (2016). Diagnosenübergreifende Psychoedukation. In J. Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsen, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 418–431). Stuttgart: Schattauer.
- Rabovsky, K., & Stoppe, G. (Hrsg.). (2009). *Diagnosenübergreifende und multimodale Psychoedukation: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. München: Urban & Fischer.
- Rabovsky, K., Trombini, M., & Stoppe, G. (2012). Diagnosenübergreifende Psychoedukation: „Notbehelf“ oder „Mittel der Wahl“?: Ergebnisse der Basler Psychoedukationsstudie. *Psychotherapeut*, 57(4), 319–325.
- Reifferscheid, G. (2010). Die Lebenssituation „alter“ wohnungsloser Menschen mit Mehrfacherkrankungen in München. Situation und mögliche Auswege. In S. Gillich & S. Nagel, (Hrsg.), *Von der Armenhilfe zur Wohnungslosenhilfe - und zurück?* (S. 196–207). Gründau-Rothenbergen: TRIGA Der Verlag.
- Reifferscheid, G. (2016). Armut, Wohnungslosigkeit und Krankheit. In W. Schwarzer (Hrsg.), *Medizinische Grundlagen für soziale Berufe* (S. 435–456). Dortmund: Borgmann.
- Reifferscheid, G., & Duschinger, T. (2013). Integrierte Hilfeangebote: das Münchner Modell. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 44(1), 73–79.
- Reindl, R. (2000). Kriminalität und Kriminalisierung wohnungsloser Männer und Frauen. In Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (Hrsg.), *Facetten der Wohnungslosigkeit – Zur Gesundheit Wohnungsloser. Materialien zur Wohnungslosenhilfe, Heft 43* (S. 138–155). Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe GmbH.
- Reker, T., & Eikermann, B. (1997). Wohnungslosigkeit, psychische Erkrankungen und psychiatrischer Versorgungsbedarf. *Deutsches Ärzteblatt*, 94(21), 1439–1441.

- Reventlow, H. von. (2016). Psychoedukation im Internet. In J. Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsen, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 510–520). Stuttgart: Schattauer.
- Rheinberg, F., & Vollmeyer, R. (2012). *Motivation* (8. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rohde, A., & Marneros, A. (Hrsg.). (2007). *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie: Ein Handbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Romaus, R., & Gaupp, B. (2003). *Psychisch Kranke in der Wohnungslosenhilfe: Interaktionsprobleme zwischen Personal und psychisch auffälligen Bewohnern in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe: Ergebnisse einer qualitativen Studie*. Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe GmbH.
- Rosenfeld, J. M., & Sykes, I. J. (1998). Toward „good enough“ services for inaptly served families and children: Barriers and opportunities. *European Journal of Social Work*, 1(3), 285–300.
- Rosenke, W. (2005). Wohnungslose Männer und Frauen als Gewaltopfer und Täter. *wohnungslos*, 47(4), 141–145.
- Rothschuh, M. (2010). Gemeinwesenarbeit als Herausforderung für die Wohnungslosenhilfe. In S. Gillich & S. Nagel, (Hrsg.), *Von der Armenhilfe zur Wohnungslosenhilfe - und zurück?* (S. 68–76). Gründau-Rothenbergen: TRIGA Der Verlag.
- Roy, L., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Latimer, E. A., & Reyes Ayllon, A. (2014). Criminal behavior and victimization among homeless individuals with severe mental illness: A systematic review. *Psychiatric Services*, 65(6), 739–750.
- Rummel-Kluge, C., & Kissling, W. (2016). Häufigkeit und Relevanz von Psychoedukation bei psychischen Erkrankungen. In J. Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsen, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 85–91). Stuttgart: Schattauer.
- Rummel-Kluge, C., Kluge, M., & Kissling, W. (2013). Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC Psychiatry*, 13(170). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-170>
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in schizophrenia - results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 765–775.
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., & Kissling, W. (2016). „Peer to Peer“-Psychoedukation. In J. Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsen, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der*

- Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 454–462). Stuttgart: Schattauer.
- Sachse, R., Langens, T., & Sachse, M. (2012). *Klienten motivieren. Therapeutische Strategien zur Steigerung der Änderungsbereitschaft*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, *312*(7023), 71–72.
- Salize, H. J., Dillmann-Lange, C., & Kentner-Figura, B. (2002). Versorgungsbedarf psychisch kranker Wohnungsloser - Sind wir in der Lage, ihn zu erkennen. In K. Nouvertné, T. Wessel, & C. Zechert (Hrsg.), *Obdachlos und psychisch krank* (S. 28–40). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Salize, H. J., Dillmann-Lange, C., Kentner-Figura, B., & Reinhard, I. (2006). Drohende Wohnungslosigkeit und psychische Gefährdung. *Der Nervenarzt*, *77*(11), 1345–1354.
- Schiefele, U., & Streblov, L. (2005). Intrinsische Motivation - Theorien und Befunde. In R. Vollmeyer & J. Brunstein (Hrsg.), *Motivationspsychologie und ihre Anwendung* (S. 39–58). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt-Grunert, M. (2009). *Soziale Arbeit mit Gruppen. Eine Einführung* (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schmidtke, A., Gajewska, A., Bär, S., & Jabs, B. (2008). Verhaltenstherapie in der Psychiatrischen Klinik. *Psychotherapie*, *13*(1), 78–83.
- Schmitz, B., Bischoff, C., Ehrhardt, M., & Leidig, S. (2000). Perspektiven der Gruppenpsychotherapie: Wirksame Therapie bei begrenzten Ressourcen. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 225–244). Tübingen: dgvt.
- Schnell, R., Hill, P. B., & Esser, E. (2011). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (9. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Scholl, A. (2003). *Die Befragung*. Konstanz: UVK.
- Schulte, D. (2001). Messung und Sicherstellung der Manualtreue (Treatment-Integrity) in kontrollierten Therapiestudien. *Psychotherapie*, *6*(2), 193–198.
- Schulz von Thun, F. (2013). *Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen* (50. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Sittinger, H. (2005). Psychoedukation in der Vorbeugung und Behandlung von Suchterkrankungen. In B. Behrendt & A. Schaub (Hrsg.), *Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement: Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis* (S. 53–77). Tübingen: dgvt.

- Sommerfeld, P. (1998). Erkenntnistheoretische Grundlagen der Sozialarbeitswissenschaft und Konsequenzen für die Forschung. In E. Steinert, B. Sticher-Gil, P. Sommerfeld, & K. Maier (Hrsg.), *Sozialarbeitsforschung: was sie ist und leistet* (S. 13–21). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Sommerfeld, P. (2003). Zukunftsszenarien Soziale Arbeit. Überlegungen zur Lösung sozialer Probleme: Ein Essay zum zehnjährigen Jubiläum der Unternehmensberatung Viktor Schiess. Aarau.
- Sommerfeld, P. (2010). Entwicklung und Perspektiven der Sozialen Arbeit als Disziplin. In S. Gahleitner, H. Effinger, B. Kraus, I. Miethe, S. Stövesand, & J. Sagebiel (Hrsg.), *Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven* (S. 29–44). Opladen: Barbara Budrich.
- Sommerfeld, P. (2011). Von der Notwendigkeit einer Handlungswissenschaft. In H. Thiersch & R. Treptow (Hrsg.), *Zur Identität der Sozialen Arbeit. Positionen und Differenzen in Theorie und Praxis (neue praxis, Sonderheft 10, 41. Jg.)* (S. 43–45).
- Sommerfeld, P. (2014). Kooperation als Modus der Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis am Beispiel der Sozialen Arbeit. In U. Unterkofler & E. Oestreicher (Hrsg.), *Theorie-Praxis-Bezüge in professionellen Feldern. Wissensentwicklung und -verwendung als Herausforderung* (S. 133–155). Opladen: Budrich UniPress.
- Sommerfeld, P. (2016). Evidenzbasierung als ein Beitrag zum Aufbau eines konsolidierten professionellen Wissenskorpus in der Sozialen Arbeit. In S. Borrmann & B. Thiessen (Hrsg.), *Wirkungen Sozialer Arbeit. Potenziale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin* (S. 21–41). Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich.
- Sommerfeld, P., & Hüttemann, M. (Hrsg.). (2007). *Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis*. Baltmannsweiler: Schneider.
- Specht, T. (2011). Wohnungslosigkeit/Wohnungslosenhilfe. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (7. Aufl., S. 984–987). Baden-Baden: Nomos.
- Specht, T. (2013). Von der Wohnungslosenhilfe zu Hilfen zur sozialen Inklusion für Wohnungsnotfälle. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 1(44), 4–21.
- Spellmeyer, W. (2012). *Ressourcenorientierte Sozialtherapie im stationären Hilfesystem von wohnungslosen Männern am Beispiel des Haus Bruderhilfe. Was wirkt in der Sozialtherapie aus Sicht der Klienten und Professionellen?* Berlin: Logos.
- Staub-Bernasconi, S. (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis - Ein Lehrbuch*. Bern: Haupt.

- Steckelberg, C. (2010). *Zwischen Ausschluss und Anerkennung: Lebenswelten wohnungsloser Mädchen und junger Frauen*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Stimmer, F. (2012). *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H., & Faller, H. (2007). Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 75(1), 11–14.
- Ströbl, V., Küffner, R., Müller, J., Reusch, A., Vogel, H., & Faller, H. (2009). Patientenschulung: Qualitätskriterien der Schulungsumsetzung. *Rehabilitation*, 48(3), 166–173.
- Szynka, P. (2014). Partizipation in der Wohnungslosenhilfe. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 45(2), 83–91.
- Thiersch, H. (2002). *Positionsbestimmungen der Sozialen Arbeit: Gesellschaftspolitik, Theorie und Ausbildung*. Weinheim/München: Juventa.
- Trabert, G. (1995). *Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation*. Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe GmbH.
- Trabert, G. (1997). Individuelles Konfliktverhalten (Life-Event-Forschung) als ein Erklärungsansatz zur Krankheitssituation Wohnungsloser. *wohnungslos*, 39(1), 23–27.
- Trabert, G. (2013). Das „Mainzer Modell“ zur gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 1(44), 51–57.
- Tschuschke, V. (2010a). Gruppen- versus Einzeltherapie. Setting und Wirkfaktoren. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 13–17). Stuttgart: Thieme.
- Tschuschke, V. (2010b). Rolle und Bedeutung der Gruppenleitung. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 66–70). Stuttgart: Thieme.
- Tuckman, B. W., & Jensen, M. A. C. (1977). Stages of small group development revisited. *Group & Organization Studies*, 2(4), 419–427.
- Unterkofler, U., & Oestreicher, E. (Hrsg.). (2014). *Theorie-Praxis-Bezüge in professionellen Feldern. Wissensentwicklung und -verwendung als Herausforderung*. Opladen: Budrich UniPress.
- Unz, D., & Taube, V. (2016). Implementierung von evidenzbasierten Programmen in der Sozialen Arbeit. Forschungsergebnisse, Herausforderungen und Desiderata. In S. Borrmann & B.

- Thiessen, (Hrsg.), *Wirkungen Sozialer Arbeit. Potenziale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin* (S. 125–140). Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich.
- Vázquez, C., Muñoz, M., & Sanz, J. (1997). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(6), 523–530.
- Veith, A. (1997). *Therapiemotivation. Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Völlm, B., Becker, H., & Kunstmann, W. (2004). Prävalenz körperlicher Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems bei alleinstehend wohnungslosen Männern: eine Querschnittsuntersuchung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 49(1), 42–50.
- Walter-Hamann, R. (2007). Die Problem- und Versorgungslage wohnungsloser Menschen. In Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.), *Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen* (S. 55–73). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Wendt, W. R. (1982). *Ökologie und soziale Arbeit*. Stuttgart: Enke.
- Wendt, W. R. (1990). *Ökosozial denken und handeln*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Wendt, W. R. (2010). *Das ökosoziale Prinzip: Soziale Arbeit, ökologisch verstanden*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Wesselmann, C. (2009). *Biografische Verläufe und Handlungsmuster wohnungsloser Frauen: im Kontext extrem asymmetrischer Machtbalancen*. Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Wessel, T. (2002). Im „Bermuda-Dreieck“ - Patienten zwischen Psychiatrie, Obdachlosenhilfe und Suchtkrankenhilfe. In K. Nouvertné, T. Wessel, & C. Zechert (Hrsg.), *Obdachlos und psychisch krank* (S. 68–79). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wessel, T., & Westermann, H. (2002). Problematischer Alkoholkonsum - Das psychoedukative Schulungsprogramm PEGPAK. *Suchttherapie*, 3(2), 97–102.
- Wieland, N. (2006). Männlichkeit in prekären Lebenslagen. In M. Zander, L. Hartwig, & I. Jansen (Hrsg.), *Geschlecht Nebensache? Zur Aktualität einer Gender-Perspektive in der Sozialen Arbeit* (S. 220–244). Wiesbaden: VS Verlag.
- Wright, M. T. (Hrsg.). (2010a). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Hans Huber.
- Wright, M. T. (2010b). Wer ist für wen schwer erreichbar? In C. Labonté-Roset, H.-W. Hoefert, & H. Cornel (Hrsg.), *Hard to reach: Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit* (S. 229–236). Berlin: Schibri Verlag.

Xia, J., Merinder, L. B., & Bellgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>.

Yalom, I. D. (1995). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie* (3. Aufl.). München: Pfeiffer.

Yalom, I. D. (2007). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie* (9. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

## **Anhang**

### **(siehe Anlage 1)**

#### **Anhang A:** Erhebungsinstrumente

- A1: Fragebögen Teilnehmer (Vor- und Nachbefragung)
- A2: Fragebögen Gruppenleitungen (Vor- und Nachbefragung)
- A3: Interview-Leitfaden Teilnehmer
- A4: Handout und Leitfaden Fokusgruppe Gruppenleitungen
- A5: Feedbackbögen Teilnehmer (EH 1–5, EH 6, Abschluss)
- A6: Dokumentations- und Reflexionsbogen Gruppenleitungen

### **(siehe Anlage 2)**

#### **Anhang B:** Datenauswertung

- B1: SPSS-Output quantitative Befragung Teilnehmer
- B2: SPSS-Output quantitative Befragung Gruppenleitungen
- B3: Auswertung leitfadengestützte Interviews Teilnehmer
  - B3.1: Transkriptionen (Interview I–VIII)
  - B3.2: Kategoriensystem Inhaltsanalyse
  - B3.3: Zusammenfassungen und Strukturierungen (Interview I–VIII)
- B4: Auswertung Fokusgruppen Gruppenleitungen
  - B4.1: Zusammenfassungen (Fokusgruppe I–IV)
  - B4.2: Übergreifende Strukturierung

#### **Anhang C :** Manual *gesund.sein* (Überarbeitete Ausgabe: „Version 2017“)

(Bei Interesse, bitte Kontakt mit dem Autor dieser Arbeit aufnehmen)