

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang: Bachelor in Sozialer Arbeit

Kurs: Sozialarbeit

Dominik Kull

**Förderliche und hinderliche Faktoren in der Zusammenarbeit mit
schizophreniebetreffender Klientel in Zwangskontexten Sozialer Arbeit**

Eine qualitative Untersuchung unter Peers

Diese Arbeit wurde am 04.01.2026 an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Studiengangleitung Bachelor

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2026

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

Abstract

Schizophreniebetreffende Menschen sind häufig von Stigmatisierung, sozialer Ausgrenzung und prekären Lebenslagen betroffen. Diese Umstände können dazu führen, dass sie auf soziale Unterstützungsleistungen angewiesen sind und in Zwangskontexte Sozialer Arbeit gelangen. Ziel dieser Bachelor-Arbeit ist es, förderliche und hinderliche Faktoren für die Zusammenarbeit zwischen schizophreniebetreffender Klientel und Sozialarbeitenden zu identifizieren. Methodisch basiert diese Bachelor-Arbeit auf qualitativer Forschung mit leitfadengestützten Interviews von Peers, die mittels strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Die theoretische Rahmung erfolgt unter anderem mit dem Einbezug der Konzepte von Salutogenese, dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell, von Empowerment sowie den spezifischen Bedingungen von Zwangskontexten Sozialer Arbeit. Die Auswertung verdeutlicht die Bedeutung von wertschätzender Beziehungsgestaltung, Transparenz, lebensweltlicher Orientierung, Empowerment und der Wahrung von Handlungsspielräumen als förderliche Faktoren. Als hinderliche Faktoren treten eingeschränkte Handlungsspielräume, Behinderungsmacht, gesundheitsbezogene Herausforderungen, systemische Übergänge sowie Scham und Stigmatisierung hervor. Abschliessend erfolgen Empfehlungen für die Praxis Sozialer Arbeit, die sich insbesondere auf die Beziehungsgestaltung, die Machtanwendung, Handlungsspielräume und den Umgang mit systemischen sowie gesundheitsbezogenen Herausforderungen beziehen.

Danksagung

Ich bedanke mich bei allen Personen, die mich in der Erstellung dieser Bachelor-Arbeit unterstützt haben. Mein besonderer Dank gilt den Interviewteilnehmer:innen, die bereit waren, ihre Erfahrungen zu teilen und damit diese Arbeit erst ermöglicht haben.

Ebenso danke ich Prof. Dr. Paula Krüger für die fachliche Unterstützung während des gesamten Schreibprozesses sowie für die konstruktiven Austauschsitzungen.

Mein Dank gilt zudem meiner Familie und meinen Freund:innen für die moralische Unterstützung und das entgegengebrachte Verständnis während dieser intensiven Lebensphase.

Ein weiterer besonderer Dank gilt den Studierenden, die mich seit Beginn meines Studiums begleitet haben und nach wie vor unverzichtbare Bezugspersonen in meinem Leben sind.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage	1
1.2	Praxisrelevanz	2
1.3	Problemstellung	3
1.4	Zielsetzung	4
1.5	Fragestellungen	4
1.6	Abgrenzung	5
1.7	Aufbau der Arbeit	6
2	Schizophrenie: Grundlagen und soziale Auswirkungen	7
2.1	Krankheit und Gesundheit	7
2.1.1	Bio-psycho-soziales-Modell	7
2.1.2	Salutogenese	8
2.2	Psychische Störungen	11
2.3	Schizophrenie	14
2.3.1	Symptomatik und Diagnostik	14
2.3.2	Ursachen	17
2.3.3	Vulnerabilitäts-Stress-Modell	17
2.3.4	Behandlung	19
2.3.5	Peers	20
2.3.6	Soziale Auswirkungen	21
2.3.7	Stigmatisierung	21
2.3.8	Scham	22
3	Zwangskontexte Sozialer Arbeit	24
3.1	Definition und Merkmale von Zwangskontexten	25
3.1.1	Kontaktaufnahme	25

3.1.2	Staatliches Handeln und das Doppelmandat	26
3.1.3	Eingeschränkte Handlungsspielräume.....	28
3.1.4	Macht.....	29
3.1.5	Tripelmandat	30
3.1.6	Widerstand	30
3.2	Zusammenarbeit in der Sozialen Arbeit.....	31
3.2.1	Grundsätze in der Zusammenarbeit mit schizophreniebetroffener Klientel	32
3.3	Methodisches Handeln in Zwangskontexten Sozialer Arbeit	34
3.3.1	Auftrags- und Rollenklärung.....	34
3.3.2	Motivation.....	35
3.3.3	Empowerment	36
3.3.4	Netzwerkarbeit und Case Management	38
3.3.5	Beziehungsarbeit.....	39
3.3.6	Umgang mit Widerstand	40
3.3.7	Umgang mit Scham	40
4	Forschungsdesign.....	42
4.1	Forschungsgegenstand	43
4.2	Feldzugang und Sampling	43
4.3	Datenerhebung	45
4.3.1	Entwicklung Leitfaden	46
4.4	Datenauswertung.....	48
5	Darstellung der Forschungsergebnisse.....	50
5.1	Erleben der Zusammenarbeit	50
5.1.1	Wertschätzung, Anerkennung und ernst genommen werden	50
5.1.2	Ermächtigung und Machtlosigkeit.....	52

5.1.3	Scham und Stigmatisierung	54
5.2	Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden	56
5.2.1	Systemische Barrieren	56
5.2.2	Gesundheitsbezogene Herausforderungen	58
5.2.3	Einschränkung von Handlungsspielräumen	60
5.3	Ideale Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden	61
5.3.1	Wahrung von Handlungsspielräumen und Empowerment	61
5.3.2	Einbezug des Umfelds und lebensweltliche Orientierung	62
5.3.3	Transparenz und Auftragsklärung	64
6	Diskussion der Forschungsergebnisse	66
6.1	Wertschätzung, Anerkennung und ernst genommen werden als salutogenetische Wirkfaktoren	66
6.2	Wahrung von Handlungsspielräumen als Empowerment	67
6.3	Lebensweltliche Orientierung und Einbezug des Umfelds als stabilisierende Faktoren	68
6.4	Transparenz und Auftragsklärung als Begrenzungsmacht	69
6.5	Behinderungsmacht und Einschränkung von Handlungsspielräumen als psychosoziale Stressoren	70
6.6	Gesundheitsbezogene Herausforderungen	72
6.7	Systemische Barrieren und Koordinationsdefizite	73
6.8	Scham und Stigmatisierung als Zugangs- und Kooperationshindernisse	74
6.9	Beantwortung der Fragestellung	76
7	Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit	78
7.1	Handlungsempfehlungen	78
7.2	Limitationen und Ausblick	81
8	Literaturverzeichnis	83
9	KI-Unterstützungsverzeichnis	89
10	Anhang	I

A. Interviewleitfaden	I
B: Einwilligungserklärung	III
C: Transkriptionsregeln	IV

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht Symptomatik von Schizophrenie (eigene Darstellung nach Stemmer-Lück, 2009, S. 289–293)	17
Tabelle 2 Themenblöcke Interviewleitfaden (eigene Darstellung)	47
Tabelle 3 Ablauf einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in sieben Phasen (eigene Darstellung nach Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 132)	49
Tabelle 4 Hauptkategorien (eigene Darstellung)	49

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
Bspw.	Beispielsweise
Bzw.	Beziehungsweise
Etc.	Et cetera
FU	Fürsorgerische Unterbringung
ICD-11	International Classification of Diseases, 11 th Revision
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel
z.T.	Zum Teil

1 Einleitung

Die vorliegende Bachelor-Arbeit widmet sich den Herausforderungen in Zwangskontexten Sozialer Arbeit, die sich im Umgang mit schizophreniebetroffener Klientel ergeben. Das erste Kapitel bietet einen Überblick über die Eckpunkte dieses Spannungsfeldes sowie der Schizophrenie, erklärt dabei die praktische Relevanz sowie die sich ergebende Problemstellung. Anschliessend folgen die Fragestellungen und der Aufbau der Arbeit. Dabei verwendet der Autor bewusst den Begriff «schizophreniebetroffen». Dieser verhindert umständliche Formulierungen, ist identitätsschonend und soll Pathologisierungen vermeiden.

1.1 Ausgangslage

Weltweit sind knapp 24 Millionen Menschen von Schizophrenie betroffen (Solmi et al., 2023). Gemäss ICD-11 zählt Schizophrenie zu den psychischen Störungen. Als typische Symptome gelten dabei Störungen des Denkens, des Erlebens sowie der Wahrnehmung. Dies kann sich unter anderem in Wahnvorstellungen, Halluzinationen und dem Gefühl einer Beeinflussung von äusseren Kräften zeigen (World Health Organization, 2025, S. 405). Die Verlaufsformen sind dabei unterschiedlich und treten oft in Episoden auf. Die Ursachen sind allerdings noch nicht vollständig geklärt. Es wird aber vermutet, dass diese auf verschiedene, umgebungsbedingte Faktoren sowie die genetische Veranlagung zurückzuführen sind (DGPPN, 2019, S. 17).

Die Betroffenen erleben häufig Stigmatisierung, Diskriminierung sowie soziale Isolation und befinden sich oft in prekären, sozialen Lagen (Röh & Schreieder, 2022, S. 50). Gemäss OECD (2012) sind sie bspw. häufiger von Arbeitslosigkeit sowie tieferen Löhnen betroffen und somit auch einem grösseren Armutsrisiko ausgesetzt (S. 30, 45). Laut einer US-Studie schlägt sich die strukturelle Benachteiligung nicht nur in der Arbeitsmarktintegration, sondern auch auf dem Wohnungsmarkt nieder (Hammel et al., 2017). Die beschriebenen Umstände können dazu beitragen, dass Betroffene vermehrt auf soziale Unterstützungsleistungen angewiesen sind und sich in einem Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle bewegen, wie es für Zwangskontexte der Sozialen Arbeit charakteristisch ist.

Nach Zobrist und Kähler (2017) sind Zwangskontexte Sozialer Arbeit durch eine (meistens) fremdgesteuerte Kontaktaufnahme sowie für alle Beteiligten geltende, gesetzliche Vorgaben geprägt. Für die Betroffenen ergeben sich daraus begrenzte Möglichkeiten, Entscheidungen autonom zu treffen. Des Weiteren können durch die Fachkräfte Sanktionen verhängt werden, was wiederum Ausdruck der ungleichen Machtverhältnisse sowie der rechtlich-organisatorischen Vorgaben ist (S. 31). Im Umgang mit der Klientel wird von den Sozialarbeitenden erwartet, dass sie diese nach bestem Wissen und Gewissen unterstützen. Es soll ein Arbeitsbündnis entstehen und soziale Probleme sollen gelöst, vermieden oder immerhin die Symptome davon bekämpft werden. Dabei sind die Professionellen aber nicht nur der Klientel, sondern auch der Kontrolle der Hilfesuchenden verpflichtet und müssen allfällige Interventionen im Sinne des Staates vornehmen (Zobrist & Kähler, 2017, S. 33–34).

1.2 Praxisrelevanz

Bei Betrachtung des Berufskodex' werden die vorher beschriebenen Anforderungen an die Sozialarbeitenden noch weiter expliziert, denn die Soziale Arbeit steht demgemäss für Gleichbehandlung, Selbstbestimmung, Partizipation, Integration und Ermächtigung. Die Handlungsfähigkeit der Betroffenen soll weiterentwickelt oder bewahrt und ihre Partizipation am öffentlichen Leben gefördert werden. Neben der Stärkung der Rechte der Klientel sollen aber auch deren Pflichten eingefordert werden (AvenirSocial, 2010, S. 10, 13). In Zwangskontexten Sozialer Arbeit können diese Ansprüche zu einem berufsethischen Dilemma führen. Gerade bei schizopreniebetroffenen Menschen sind sie z.T. nur schwierig umsetzbar. Denn die vorher erwähnten Symptome wie Wahnvorstellungen, Denkstörungen sowie Misstrauen, können die Zusammenarbeit erheblich erschweren bzw. verunmöglichen. Weiter sind die Sozialarbeitenden je nach Zwangskontext gesetzlich bzw. institutionell dazu verpflichtet, mit den Betroffenen zusammenzuarbeiten, wobei die geringe Freiwilligkeit der Inanspruchnahme das Dilemma noch weiter verschärft. Unklar bleiben vor allem die Herausforderungen aus Sicht der betroffenen Klientel und

welche Faktoren sich negativ sowie positiv auf eine gelingende Zusammenarbeit auswirken.

1.3 Problemstellung

Die vorangegangenen Ausführungen machen die praktische Relevanz der Thematik deutlich. Dennoch zeigt sich ein Mangel an wissenschaftlicher Auseinandersetzung: In der sozialarbeiterischen Fachliteratur finden sich bislang kaum spezifische Studien oder konzeptionelle Ansätze zum Umgang mit schizophreniebetroffener Klientel in Zwangskontexten. Insbesondere fehlt es an empirischen Untersuchungen, die die Perspektive der Betroffenen einbeziehen, bspw. dazu, wie sie die Zusammenarbeit mit Fachpersonen erleben, welche Barrieren sie wahrnehmen und welche Faktoren eine gelingende Arbeitsbeziehung aus ihrer Sicht fördern oder hemmen. Für die berufliche Praxis bedeutet dies, dass Sozialarbeitende oft auf allgemeine Methoden zurückgreifen müssen, die nicht spezifisch auf diese Klientel abgestimmt sind. Zobrist und Kähler (2017) halten etwa fest, dass in Zwangskontexten Sozialer Arbeit allgemein nur unzureichende Daten vorliegen und erst Anhaltspunkte über die Wirkfaktoren sowie ausschlaggebenden Variablen innerhalb dieses Spannungsfelds gewonnen werden konnten, unabhängig ob die Klientel von Schizophrenie betroffen ist oder nicht. Sie verweisen aber auch darauf, dass differenzierte und fallorientierte Herangehensweisen positive Veränderungen hervorrufen können (S. 40–41). Um professionell handeln zu können und dem jeweiligen Auftrag als auch den im Berufskodex geforderten Prinzipien Sozialer Arbeit gerecht zu werden, müssen Fachpersonen also ihr Wissen gezielt erweitern (AvenirSocial, 2010, S. 10, 13). Staub-Bernasconi (2019) trifft denn mit dem Tripelmandat die Annahme, dass Theorie, Praxis und Profession verflochten sind und sich die Professionellen in der Erfüllung ihres Auftrags auf wissenschaftsbasierte Grundlagen stützen müssen (S. 87).

1.4 Zielsetzung

Die vorangehenden Ausführungen machen die Praxisrelevanz sowie die Notwendigkeit der Wissenserweiterung zur optimalen Erfüllung des jeweiligen Auftrags als sozialarbeitende Person sichtbar. Diese Bachelor-Arbeit soll das Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle sowie die Sichtweise der schizophreniebetroffenen Klientel auf die Zusammenarbeit mit den Fachpersonen Sozialer Arbeit aufzeigen. Für die Sozialarbeitenden ist es von grosser Wichtigkeit, förderliche und hinderliche Faktoren zu kennen. Diese sollen mittels qualitativen Leitfadeninterviews herausgearbeitet und in Handlungsempfehlungen für die Praxis transformiert werden. Diese Bachelor-Arbeit richtet sich an Fachpersonen der Sozialen Arbeit, die in Zwangskontexten mit schizophreniebetroffenen Menschen arbeiten. Des Weiteren sollen Verantwortliche in Institutionen, die in die Prozessgestaltung involviert sind, von dieser Arbeit profitieren können. Zudem sollen auch in einem ganzheitlichen, strukturellen Rahmen, also der Politik, Denkanstösse stattfinden.

1.5 Fragestellungen

Aufgrund der in den vorangehenden Kapiteln beschriebenen Ausgangslage, praktischen Relevanz, der Problemstellung und daraus abgeleiteten Zielsetzung ergibt sich für die vorliegenden Bachelor-Arbeit folgende Forschungsfrage, welche im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses steht:

- Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren ergeben sich in Zwangskontexten Sozialer Arbeit in der Zusammenarbeit zwischen schizophreniebetroffener Klientel und Sozialarbeitenden?

Daraus sollen mit der Praxisfrage Schlussfolgerungen für die Praxis der Sozialen Arbeit gezogen werden:

- Welche Handlungsempfehlungen lassen sich aus den Ergebnissen für die Praxis im Umgang mit schizophreniebetroffener Klientel in Zwangskontexten Sozialer Arbeit ableiten?

Zur Beantwortung der Forschungs- sowie Praxisfrage müssen zunächst grundlegende, theoretische Zusammenhänge beantwortet werden:

- Wie wird Schizophrenie in der Fachliteratur beschrieben?
- Welche Merkmale prägen die Zusammenarbeit zwischen Klientel und Sozialarbeitenden in Zwangskontexten Sozialer Arbeit?

Die vorgestellten Fragen geben die inhaltliche Auseinandersetzung und den Aufbau der vorliegenden Bachelor-Arbeit vor, welche in Kapitel 1.7 erläutert werden.

1.6 Abgrenzung

Diese Arbeit konzentriert sich auf die Perspektive von Menschen mit einer Schizophrenie-Diagnose in Zwangskontexten Sozialer Arbeit. Im Fokus stehen ihr Erleben der Zusammenarbeit mit Fachpersonen sowie jene Faktoren, die aus ihrer Sicht eine konstruktive Arbeitsbeziehung fördern oder behindern.

Andere Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit sowie andere Störungsbilder werden nicht berücksichtigt. Ebenso sind keine Vergleiche zwischen den verschiedenen Interviewpartner:innen innerhalb von Zwangskontexten oder mit anderen Diagnosen vorgesehen. Medizinische Behandlungsverläufe werden nicht dargestellt.

Darüber hinaus werden rechtliche Fragestellungen zur Legitimität von Zwangsmassnahmen, zu Sanktionsmöglichkeiten oder zur FU nicht behandelt. Auch vertiefte Analysen der institutionellen Rahmenbedingungen innerhalb von Zwangskontexten der Sozialen Arbeit sind nicht Gegenstand dieser Arbeit.

Das Erkenntnisinteresse liegt vielmehr auf dem sozialarbeiterischen Handlungsfeld sowie auf dem Erfahrungswissen der betroffenen Klientel.

1.7 Aufbau der Arbeit

Nach der Einleitung werden in Kapitel 2 die theoretischen Grundlagen zum Störungsbild der Schizophrenie dargelegt. Kapitel 3 befasst sich mit den Bedingungen sowie methodischen Aspekten von Zwangskontexten Sozialer Arbeit. In Kapitel 4 wird das Forschungsdesign beschrieben. Anschliessend werden in Kapitel 5 die Ergebnisse der empirischen Untersuchung dargestellt und in Kapitel 6 in Verbindung mit den theoretischen Grundlagen diskutiert. Den Abschluss bilden die Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit mit Handlungsempfehlungen sowie Limitationen und einem Ausblick.

2 Schizophrenie: Grundlagen und soziale Auswirkungen

Im nachfolgenden Kapitel wird das Störungsbild der Schizophrenie beschrieben. Dabei wird neben den wichtigsten Eckpunkten wie Ursachen, Diagnostik sowie den sozialen Auswirkungen, vorangehend auch der Gesundheits- und Krankheitsbegriff geklärt. Die Ausführungen sollen ein Verständnis für unterschiedliche Auffassungen dieses Phänomens schaffen und gleichzeitig soll mit dem bio-psycho-sozialen Modell und der Salutogenese eine erste theoretische Rahmung für die weitere Bearbeitung entstehen.

2.1 Krankheit und Gesundheit

Vorderhand sollten die Begriffe «Krankheit» und «Gesundheit» geklärt werden. Dies, um einen möglichst umfassenden Blick auf das Erscheinungsbild der Schizophrenie zu erhalten und dieses in einen grösseren Kontext einzuordnen. Dabei sind Krankheiten und Störungen seit Anbeginn der Menschheit mit ihrem Dasein verbunden. Ihre Ausprägung bzw. ihre Wahrnehmung sind dabei vom gesellschaftlichen und historischen Kontext geprägt - bspw. nehmen Normen, Werte, Kulturen und im Besonderen der medizinische Fortschritt grossen Anteil an der Wahrnehmung von Krankheiten (Brändli, 2013). Dies deutet darauf hin, dass diese beiden Begriffe einem steten Wandel unterliegen. Daher soll im nachfolgenden Kapitel der Krankheits- und Gesundheitsbegriff skizziert werden.

2.1.1 Bio-psycho-soziales-Modell

Das biomedizinische Krankheitsmodell bildet seit über 100 Jahren die Grundlage des wissenschaftlichen Arbeitens sowie der Praxis und darf als Paradigma bezeichnet werden. Dessen Funktionsweise beruht auf dem Kausalitätsprinzip und fokussiert eine pathologische Perspektive. Es erklärt Gesundheit durch die Abwesenheit von Krankheit und verzichtet auf den Einbezug von sozialen Faktoren. Dabei ist es seit den 1970er Jahren diverser Kritik ausgesetzt (Faltermaier, 2023a, S. 55–59). George L. Engel anerkannte zwar die Vorteile sowie das Erfordernis, dass Krankheiten biomedizinisch erfasst und erforscht werden müssen. Seiner Ansicht nach

ergaben sich daraus aber zwei gravierende Denkfehler. Einerseits führt die biomedizinische Perspektive zu Reduktionismus: Gesundheit und Krankheit werden dabei auf physikalische bzw. biochemische Prozesse beschränkt. Gesellschaftliche, soziale, politische, ökonomische und ökologische Determinanten sowie ihre Interaktion mit Krankheitsprozessen und Gesellschaftsstrukturen werden dabei aussen vor gelassen. Andererseits entsteht ein Ausschluss aus dem Krankheitsbegriff, wenn körperliche und psychische Beschwerden nicht nach diesem Muster erklärt werden können (Faltermaier, 2023a, S. 59). Daraus schlussfolgerte er, dass das biomedizinische Modell dogmatische Züge angenommen hatte und vorgefundene Fakten fälschlicherweise dem Paradigma untergeordnet wurden, anstatt dieses an die neuen Erkenntnisse anzupassen (Engel, 1977, S. 130–131).

Abschliessend definieren lässt sich das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell dahingehend als Erweiterung des biomedizinischen Modells um eine soziale Komponente und bildet damit eine Abkehr von rein biomedizinischen Erklärungsansätzen. Es betont die Wichtigkeit von Lebensumständen, Beziehungsnetzen und subjektiven Erfahrungen. Es geht davon aus, dass Gesundheit und Krankheit durch das komplexe Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Einflussfaktoren entsteht. Dabei findet dieses Modell auch internationale Anerkennung bspw. durch die WHO und wurde bisher von diversen Autor:innen weiterentwickelt (Beushausen, 2024).

2.1.2 Salutogenese

Krankheit wird erst durch Symptome fass- und erkennbar, während sie selbst unsichtbar bleibt. Mithilfe der beschriebenen theoretischen Modelle kann sie jedoch analytisch sichtbar gemacht werden. Gleiches gilt für Gesundheit, für die es ebenfalls keine direkt beobachtbaren Merkmale gibt. Vielmehr wird ihr Zustand jeweils über abweichende Symptome, also über Nicht-Gesundheit, erfasst (Hafen, 2007, S. 33). Faltermaier (2023a) verweist ebenfalls auf die Schwierigkeit eine anerkannte und klare Begriffsbestimmung für Gesundheit vorzunehmen. Wobei mehrere Versuche unternommen wurden. Als prominenteste gilt wohl die Erklärung der WHO. Zu finden in der Präambel der Verfassung der WHO vom 22. Juli 1946, genehmigt

durch die Bundesversammlung am 19. Dezember 1946 und in der Schweiz in Kraft seit dem 07. April 1948 (WHO-Verfassung, SR 0.0810.1): «Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen» (S. 44).

Vor diesem Hintergrund entwarf Aaron Antonovsky (1923 – 1994) als Antwort auf die bisherigen Krankheitsmodelle ein Konzept mit Fokus auf die Erhaltung, Entstehung und Förderung von Gesundheit (salus = Gesundheit, Unverletzlichkeit, Heil, genesis = Entstehung). Es gilt insbesondere innerhalb der Gesundheitswissenschaften als einflussreich und erfährt vor allem in der Gesundheitsförderung breite Anwendung (Bengel, 2021; Faltermaier, 2023b). Während die erwähnten Krankheitsmodelle trennscharf zwischen gesund und krank unterscheiden, verwendet die Salutogenese ein sogenanntes Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, wobei Gesundheit und Krankheit die jeweiligen Endpunkte bilden. Menschen schwingen, ähnlich einem Pendel, zwischen den beiden Polen hin- und her, wobei die Salutogenese genau diese Schwingungen zu erklären versucht. Somit darf das Kontinuum als ein Herzstück der Salutogenese bezeichnet werden (Faltermaier, 2023a, S. 79).

Im Konzept der Salutogenese, sind die Stressoren, die allen Menschen alltäglich begegnen, nicht per se negativ konnotiert, vielmehr können sie bei erfolgreicher Bewältigung eine Verschiebung näher zum Gesundheitspol (H+) bewirken und somit auch eine positive Wirkung entfalten. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Stressoren bewältigt werden können. Durch ihr Auftreten lösen Stressoren Spannungen aus, die, wie in Abbildung 1 dargestellt, auch zu einem Zusammenbruch und damit zu einer Bewegung in Richtung Krankheitspol (H-) führen können. Zudem ist hervorzuheben, dass Personen gleichzeitig sowohl gesundheitsfördernde als auch krankmachende Elemente aufweisen können. In diesem Verständnis relativiert Antonovsky die WHO-Definition, die Gesundheit als Zustand umfassenden Wohlbefindens beschreibt (Bengel, 2021; Lindström & Eriksson, 2019, S. 30–31).

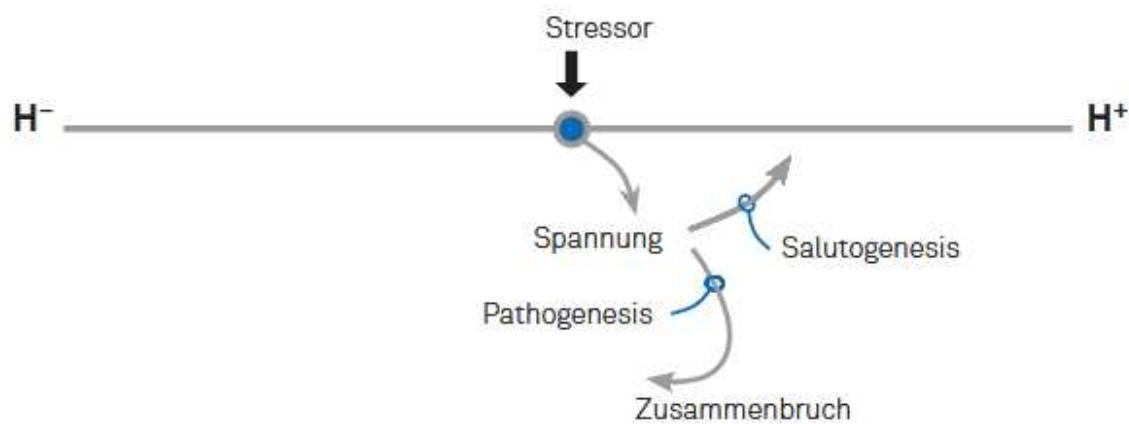


Abbildung 1 Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Lindström & Eriksson, 2019, S. 31)

Zur Bewältigung von Stressoren benötigen Menschen generalisierte Widerstandsressourcen (GWR). Es ist die Summe der Merkmale einer Person, Gruppe oder ihrer Umwelt, die zur erfolgreichen Bewältigung von Belastungen führt. Damit bilden sie ein Kernelement der Gesunderhaltung von Menschen, sie sind aber nicht auf bestimmte Szenarien beschränkt, sondern entfalten ihre Wirkung in einer Vielzahl von strapazierenden Situationen. Zu den angesprochenen Ressourcen zählen neben biologischen, bspw. vererbten Faktoren auch materielle sowie psychosoziale Aspekte. Gesellschaftliche und historische Rahmenbedingungen sowie die persönliche Biografie und familiäre Verhältnisse bilden die Grundlage der erworbenen, generalisierten Widerstandsressourcen. Das alleinige Bestehen dieser Ressourcen ist aber noch nicht ausreichend für die erfolgreiche Bewältigung von Stressoren, vielmehr müssen sie in einer gesundheitsfördernden Weise angewendet werden. Somit schaffen die generalisierten Widerstandsressourcen die Grundlage, für kohärente Lebenserfahrungen von Menschen. Sie geben ihnen Sicherheit, soziale Teilhabe, persönliche Kontrolle und schaffen einen Ausgleich zwischen Über- und Unterforderung (Faltermaier, 2023a, S. 81–82; Lindström & Eriksson, 2019, S. 39–40).

Aus diesen konsistenten Lebenserfahrungen entwickelt sich während des Aufwachsens eine stabile Lebensorientierung und die Überzeugung eines verstehbaren, bewältigbaren und sinnvollen Lebens – diese tiefe Überzeugung wird Kohärenzgefühl («Sense of Coherence – SoC) genannt. Es besteht gemäss Faltermaier, (2023a, S. 82–83) aus den drei folgenden Komponenten:

- Gefühl der Verstehbarkeit («sense of comprehensibility») – die Welt erscheint geordnet und die Person ist in der Lage sie zu verstehen.
- Gefühl der Bewältigbarkeit («sense of manageability») – die anstehenden Herausforderungen können mit den bestehenden Ressourcen gemeistert werden.
- Gefühl der Sinnhaftigkeit («sense of meaningfulness») – das Leben ist lebenswert und es lohnt sich, etwas dafür zu tun.

Unklar bleibt dabei, ob das Kohärenzgefühl ein Charakterzug oder eine Lebenseinstellung ist. Belastungen können aber aufgrund eines besseren Ressourceneinsatzes effizienter bewältigt werden und die Person verschiebt sich auf dem Kontinuum Richtung Gesundheit (Faltermaier, 2023a, S. 82–83).

Damit findet die Darstellung des Gesundheits- und Krankheitsbegriffes ihren Abschluss und die kommenden Kapitel konzentrieren sich auf die Beschreibung der Schizophrenie als Störungsbild.

2.2 Psychische Störungen

Wie aus den vorangehenden Erklärungen klar wurde, können «Krankheit» und «Gesundheit» aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden. Im folgenden Kapitel soll die Schizophrenie mit einer bio-psycho-sozialen sowie salutogenetischen Perspektive näher betrachtet werden.

Dabei stellt sich die Frage nach einer Definition von psychischen Störungen. Wobei diese Frage nur schwer zu beantworten ist. Laut Stemmer-Lück (2009) existiert keine allgemeingültige Definition, vielmehr sind diese wandelbar und orientieren sich am gesellschaftlichen sowie historischen Kontext, an Krankheits- und

Gesundheitsmodellen sowie je nach persönlichem Krankheitsverständnis auch an den betroffenen Personen selbst (S. 23).

Wittchen et al. (2020) schreiben dazu:

Diagnosen psychischer Störungen sind als zeitlich begrenzte Konstrukte anzusehen, die auf dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Forschung und Erkenntnis in einem Konsensusverfahren von internationalen Experten [sic!] für einen gewissen Zeitraum festgelegt werden. Wann immer neue Erkenntnisse nahelegen, einzelne Störungen, Einteilungsgründe oder Strukturen zu ändern, wird eine neuerliche Revision vorgenommen. (S. 8)

Allerdings konnten vier Überschneidungen aus der Fachliteratur destilliert werden, welche den gängigen Definitionen innewohnen. Als erstes ist «Devianz» zu nennen, also ein, für die geltenden Normen, unübliches Verhalten. Als zweiter Punkt gilt der «Leidensdruck». Dabei ist zu berücksichtigen, dass neben den vom Leiden akut betroffenen Personen auch jene einzubeziehen sind, die keinen Leidensdruck verspüren, sich gegebenenfalls sogar wohlfühlen und ihre psychische Störung nicht als solche wahrnehmen. Typischerweise leidet oft das Umfeld unter Persönlichkeitsstörungen oder gewissen Psychosen, was neben übersteigertem Wohlbefinden genauso Teil der Diagnose sein kann. Drittens folgt die «Beeinträchtigung», die durch psychische Störungen erfolgen kann. Die Betroffenen sind dabei in unterschiedlichem Masse in ihrer Lebensbewältigung eingeschränkt. Dabei ist dies vom Schweregrad der psychischen Störung wie auch dem sozialen Umfeld abhängig. Als letztes gemeinsames Merkmal wird die «Gefährdung» genannt, wobei diese über alle Störungsbilder hinweg insgesamt selten auftritt. Eine verzerrte Wahrnehmung sowie eingeschränktes Urteilsvermögen können jedoch in Selbst- oder Fremdgefährdung münden (Stemmer-Lück, 2009, S. 24–25).

Eine weithin anerkannte Definition bietet die APA (1989 u. 2013; zit. in Wittchen et al., 2020, S. 9):

Eine psychische Störung ist als Syndrom definiert, welches durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamem Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten. Eine normativ erwartete und kulturell anerkannte Reaktion auf übliche Stressoren oder Verlust, wie z.B. der Tod einer geliebten Person, sollte nicht als psychische Störung angesehen werden. Sozial abweichende Verhaltensweisen (z. B. politischer, religiöser oder sexueller Art) und Konflikte zwischen Individuum und Gesellschaft sind keine psychischen Störungen, es sei denn, der Abweichung oder dem Konflikt liegt eine der oben genannten Dysfunktionen zugrunde. (S. 9)

Für die vorliegende Arbeit wird, entsprechend den modernen, sozialwissenschaftlichen und psychologischen Modellen, der Begriff «Störung» verwendet. Auf eine Einteilung in krank bzw. defekt und gesund wird bewusst verzichtet. Dieser Gedanke entspricht auch der Annahme, dass zwischen normalen und normabweichenden Vorgängen ein Kontinuum besteht (Stemmer-Lück, 2009, S. 23).

Zusammenfassend zeigt sich, dass für psychische Störungen nur schwer eine abschliessende Definition gefunden werden kann. Entsprechende Versuche sind Teil eines fortlaufenden wissenschaftlichen Diskurses und zudem vom kulturellen und historischen Kontext sowie von individuellen Erfahrungen abhängig. In den nachfolgenden Kapiteln werden die Schizophrenie und ihre Hintergründe auf der Grundlage der bisherigen Erkenntnisse dargestellt.

2.3 Schizophrenie

Der Begriff «Schizophrenie» wurde von Eugen Bleuler aus dem Altgriechischen abgeleitet und bedeutet wörtlich «gespaltener Geist». Das zugrundeliegende Wort weist auf das Zwerchfell, das im antiken Griechenland als Sitz der Seele galt. Mit dieser Begriffsprägung wollte Bleuler auf den durch die Erkrankung als gespalten verstandenen Geist aufmerksam machen (Gonthier, 2019, S. 242). Die Schizophrenie gilt als die häufigste Form von Psychosen, diese beschreiben einen eingeschränkten oder verlorenen Realitätsbezug. Psychosebetroffene sind in der Wahrnehmung und der Reaktion auf Umweltreize derart eingeschränkt, dass sie kaum ihre täglichen Aufgaben oder soziale Rollen erfüllen können. Die Schizophrenie wirkt sich besonders stark auf ihr Erleben und Verhalten aus. Die psychotischen Episoden können in Form von Halluzinationen oder Wahnvorstellungen auftreten (Stemmer-Lück, 2009, S. 289).

2.3.1 Symptomatik und Diagnostik

Gemäss der ICD-11 äussert sich Schizophrenie durch Störungen in verschiedenen Bereichen mentaler Funktionen. Typischerweise betroffen sind insbesondere das Denken und die Wahrnehmung. Betroffene entwickeln beispielsweise Wahnvorstellungen, erleben Sinnestäuschungen oder zeigen unzusammenhängende Gedankengänge. Darüber hinaus können kognitive Fähigkeiten beeinträchtigt sein, z.B. in Form von Wortfindungsstörungen oder Aufmerksamkeitsdefiziten. Auch das Selbsterleben kann gestört sein: Betroffene sind mitunter überzeugt, dass ihre inneren Vorgänge wie Gedanken, Gefühle oder Handlungen von aussen gesteuert werden (World Health Organization, 2025, S. 405). Dieses Phänomen wird als Ich-Störung bezeichnet (Hautzinger & Heil, 2021). Im Rahmen von Schizophrenie kann die Volition eingeschränkt sein (World Health Organization, 2025, S. 405). Diese beschreibt die Fähigkeit, die nötigen Handlungen zur Zielerreichung zu planen sowie umzusetzen (Achtziger & Gollwitzer, 2021). Die Gefühlsregungen einer Person werden als Affekt bezeichnet und umfassen positive sowie negative emotionale Zustände (Eschenbeck, 2021). Die Schizophrenie kann sich auch auf diesen Bereich auswirken, indem Betroffene unter anderem verarmte oder inadäquate emotionale

Reaktionen zeigen. Auch das Verhalten kann für Ausstehende bizarr oder sinnlos erscheinen. Die Leitsymptome bilden anhaltende Wahnvorstellungen und Halluzinationen, die Beeinflussung durch Dritte, Kontrollverlust und Passivität. Zur Diagnosestellung müssen die Symptome mindestens über einen Monat bestehen und dürfen nicht durch eine andere Erkrankung oder den Konsum bzw. Entzug von Medikamenten oder Drogen erklärbar sein (World Health Organization, 2025, S. 405).

Mit Einführung des ICD-11 fiel die vorherige Unterteilung in neun Subtypen weg, dies aufgrund der geringen Aussagekraft sowie Instabilität der Diagnosestellung. Stattdessen werden nun kodierte Zusatzmerkmale, sogenannte «qualifiers», verwendet (Gaebel, 2012, S. 896). Die Diagnosestellung ist herausfordernd, da keine Labortests existieren, die einen unmissverständlichen Beweis bieten können. Es ist kein objektiver Tatbestand wie bspw. ein gebrochener Arm oder eine Blinddarmentzündung, sondern vielmehr ein wissenschaftlicher Konsens (Rössler, 2011, S. 886).

Caspar et al. (2018) erklären weiter, dass kein einzelnes Symptom besteht, welches alle Betroffenen teilen. Manche leiden also an Wahnvorstellungen, andere an Denkstörungen, wieder andere erleben beide Symptome oder auch keines davon und sind dafür von den übrigen betroffen. Daraus entsteht eine grosse Heterogenität an klinischen Erscheinungsbildern. Als hilfreich erweist sich die Unterscheidung zwischen Positiv- und Negativsymptomatik. Ersteres bezieht sich auf Erfahrungen oder Verhaltensweisen, die zusätzlich zum normalen Erleben auftreten, bspw. Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder das Gefühl der Beeinflussung von aussen. Zweites betrifft den Rückgang oder Verlust von Funktionen, wie etwa Denk- und Affektstörungen (S. 83). Stemmer-Lück (2009) fügt mit den psychomotorischen Symptomen noch eine dritte Kategorie hinzu, welche sich auf körperliche Auffälligkeiten beziehen (S. 289, 293). Tabelle 1 fasst die Symptome zusammen und soll als Übersicht dienen.

KATEGORIE	SYMPTOME	BEISPIELE
Positivsymptome	Halluzinationen	Taktil (Wahrnehmungen wie bspw. kribbeln), akustisch, Geruch und Geschmack, körperlich (bspw. Organe fühlen sich schwer an etc.), visuell.
	Wahnvorstellungen	Verfolgungswahn, Beziehungswahn (Betroffene beziehen Objekte und Ereignisse auf sich persönlich bspw. versteckte Hinweise in der Zeitung), Grössenwahn, Kontrollwahn (Handlungen und Gedanken werden von aussen gesteuert).
	Desorganisierte Sprechweise	Unzusammenhängendes Sprechen und Denken, Gedankensprünge, unlogische gedankliche Verknüpfungen.
Negativsymptome	Inadäquate Affekte	Emotionen passen nicht zur Situation (Traurigkeit bei lustigen Inhalten, plötzliche Gefühlsausbrüche).
	Spracharmut	Wiederholende Sätze mit wenig inhaltlicher Information oder allgemein geringe verbale Kommunikation.
	Abgestumpfter und flacher Affekt	Reduzierter oder fehlender emotionaler Ausdruck.
	Gleichgültigkeit, Antriebsschwäche	Mangelnde Hygiene, Schwierigkeiten in der Entscheidungsfindung, fehlendes Interesse an alltäglichen Dingen.
Psychomotorische Symptome	Sozialer Rückzug	Rückzug aus sozialem Umfeld, Beschäftigung mit eigener Gedankenwelt.
	Katatone Haltungstereotypen	Ritualisierte, wiederholende Bewegungen.

	Katatoner Stupor	Fehlende Reaktionsfähigkeit und Verharren in Bewegungslosigkeit und ungewöhnlichen Haltungen.
	Katatone Erregung	Übermässige Bewegungsaktivität.

Tabelle 1 Übersicht Symptomatik von Schizophrenie (eigene Darstellung nach Stemmer-Lück, 2009, S. 289–293)

2.3.2 Ursachen

Schizophrenie wird mittlerweile als multifaktoriell begriffen. Ihr Auftreten lässt sich nicht nur an der Genetik festmachen, wobei diese zweifellos einen grossen Einflussfaktor darstellt. Vielmehr ist sie auf eine gegenseitige Beeinflussung von genetischer Disposition und der Umwelt der Betroffenen zurückzuführen. Das Spektrum dieser Beeinflussung reicht dabei von pränatalen Vorgängen, Lebensumständen während des Heranwachsens, oder dem Lebensraum in welchem die (zukünftig) Betroffenen leben, bis hin zum Migrationsstatus. Des Weiteren ist der Drogenkonsum, vor allem Cannabis, ein erheblicher Faktor in der Entwicklung von Schizophrenie (Rössler, 2011, S. 885).

2.3.3 Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell basiert auf der Annahme, dass Menschen eine individuelle Anfälligkeit (Vulnerabilität) für bestimmte Erkrankungen bzw. Störungen aufweisen. Dies aufgrund ihrer Genetik, erworbenen biologischen Faktoren (bspw. Alkoholmissbrauch) oder psychologischen und sozialen Belastungen (bspw. Traumatisierungen). Die jeweilige Verletzlichkeit führt dabei nicht zwangsläufig zur Störung. Erst mit dem Auftreten von Stressoren, wie kritischen Lebensereignissen oder starken Belastungen und der Absenz von Schutzfaktoren wie sozialen Netzen und Bewältigungsstrategien kann eine psychische Störung bzw. Symptome auftreten (Hammer & Plössl, 2015, S. 15–19). Dies wird in Abbildung 2 durch das Übertreten der hypothetischen Vulnerabilitätsschwelle dargestellt.

Des Weiteren wird hier die Bedeutung der drei Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells (Beushausen, 2024) sowie die Schutzfaktoren der Salutogenese verdeutlicht (Lindström & Eriksson, 2019, S. 39–40).

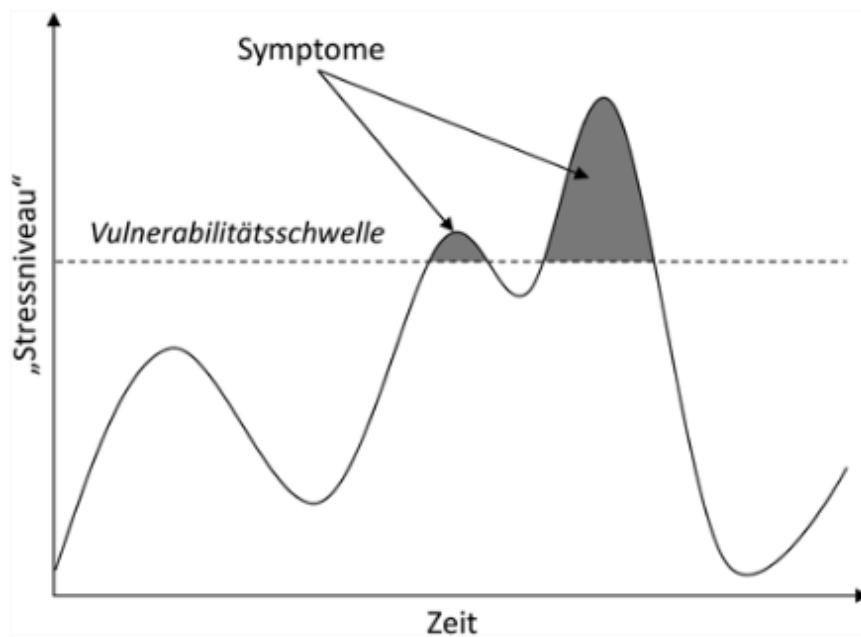


Abbildung 2 Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Caspar et al., 2018, S. 87)

Dabei machen auch Menschen ohne psychiatrische Diagnose psychoseähnliche Erfahrungen, ohne dass sich daraus eine klinische Relevanz ergibt. Diese können bspw. durch starken Stress oder Schlafentzug hervorgerufen werden. Diese Beobachtungen stützen die sogenannte Kontinuumhypothese, die davon ausgeht, dass zwischen «gesundem» und psychotischem Erleben keine scharfe Trennlinie verläuft. Aus dieser Perspektive werden psychotische Symptome wie bspw. Wahn nicht als grundlegend andersartig wahrgenommen, es ist eher ein Ausdruck normalpsychologischer Vorgänge unter besonderen Bedingungen. Von Wahn betroffene Personen unterliegen etwa oft kognitiven Verzerrungen oder selektiver Informationsverarbeitung, Prozesse, die in schwächerer Form bei allen Menschen zu beobachten sind (Caspar et al., 2018, S. 87–88).

2.3.4 Behandlung

Die Behandlung der Schizophrenie gestaltet sich aufgrund ihrer multifaktoriellen Bedingungen und der immer noch unbekannten Ursachen als äusserst kompliziert. Daher kann hier nur eine Übersicht dargelegt werden. Schizophrenie ist eine schwerwiegende Störung und rund 60-70% der Betroffenen benötigen jahrelange medizinische Versorgung. Es bestehen verschiedene Ansätze zur Behandlung, die sich an den bio-psycho-sozialen Ebenen orientieren. Erstens eine medikamentöse Therapie zur Eindämmung der Symptomatik, wobei Neuroleptika zur Anwendung kommen. Diese blockieren bestimmte Rezeptoren im Gehirn und wirken regulierend (Rey, 2011, S. 835–836). Allerdings können diese Medikamente starke Nebenwirkungen auslösen und die Auswirkungen einer langfristigen Einnahme sind noch nicht vollständig geklärt. Betroffene berichten demnach oft von seltsamem Erleben, was häufig zur Absetzung führt (Clamor et al., 2020, S. 978–979). Daher ist die Psychoedukation ein wichtiger Bestandteil der Behandlung, da sie Wissen über das Störungsbild und die Einnahme der Medikation vermittelt. Dies soll Coping-Mechanismen sowie die Mitverantwortung stärken (Rey, 2011, S. 838–839). Des Weiteren bildet die Medikation oft die Grundlage für die psychotherapeutische Behandlung (Stemmer-Lück, 2009, S. 303). Dazu zählt bspw. die kognitive Verhaltenstherapie, die darauf abzielt, psychotische Symptome und die damit verbundenen Belastungen zu reduzieren sowie gelingendere Bewertungs- und Bewältigungsmuster zu fördern (Clamor et al., 2020, S. 983). Familientherapien können zudem belastende Interaktions- und Kommunikationsmuster bearbeiten und familieninterne Problemlöse- sowie Bewältigungsstrategien vermitteln (Stemmer-Lück, 2009, S. 305–306).

Abschliessend kommen sozialtherapeutische und psychosoziale Rehabilitationsansätze zur Anwendung, welche die sozialen Fertigkeiten sowie die alltagspraktischen Kompetenzen der Betroffenen stärken und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erhöhen sollen. Dazu zählen bspw. Trainings von sozialen Fähigkeiten, milieutherapeutische Angebote, rehabilitative Beschäftigungsmöglichkeiten sowie Selbsthilfegruppen, die zur Stabilisierung und persönlichem Krisenmanagement beitragen (Stemmer-Lück, 2009, S. 307–308).

Nach Rey (2011, S. 835) können die eben beschriebenen Behandlungskonzepte übergeordnet in drei Säulen unterteilt werden:

1. Somatisch-physiologische Behandlung und Psychoedukation.
2. Psychotherapie und Sozial- sowie Familientherapie.
3. Die Sozialtherapie (Rehabilitation).

In dieser Aufstellung werden nochmals besonders die drei Ebenen des bio-psycho-sozialen-Modells sowie deren Verflechtungen sichtbar (Beushausen, 2024). Ebenfalls verdeutlicht wird hier die Wichtigkeit von gesundheitsbezogenen Aspekten wie etwa der Herstellung von generalisierten Widerstandsressourcen und der Entwicklung eines Kohärenzgefühls gemäss dem Konzept der Salutogenese (Faltermaier, 2023a, S. 81–82; Lindström & Eriksson, 2019, S. 39–40).

2.3.5 Peers

Im vorangehenden Kapitel wurde die Wichtigkeit von Erfahrungsaustausch und Vernetzung angesprochen. Dabei nehmen Peers eine wichtige Rolle ein. Sie sind selbst von Erkrankungen oder psychischen Störungen betroffen und haben oft bereits Erfahrungen in der psychiatrischen Versorgung gemacht. Sie haben Bewältigungsstrategien entwickelt und erkennen etwa Frühwarnzeichen für psychische Krisen, bei sich selbst wie auch bei der Klientel. Sie kennen die Schwierigkeiten im Alltag der betroffenen Personen und es fällt ihnen daher leichter, einen Zugang und eine vertrauensvolle Beziehung herzustellen. Gerade in Bereichen mit asymmetrischen Machtverhältnissen können sie Klient:innen ermöglichen, ihre Perspektive stärker einzubringen. Mit einer entsprechenden Ausbildung, bspw. EX-IN (Experienced Involvement), können sie im Gesundheitssystem als Genesungsbegleiter:innen arbeiten. Dabei ist die Peer-Arbeit eng mit dem Trialog-Gedanken verknüpft – einem Gespräch mit drei Parteien. Es soll einen Austausch unter Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen ermöglichen. Somit kann ein Abgleich von unterschiedlichen Perspektiven, Rollenverständnissen und Krankheitskonzepten stattfinden. Ziel ist es, neue Erkenntnisse zu gewinnen und Lösungsansätze zu entwickeln, sowohl auf

behandelnder als auch auf politischer Ebene (Utschakowski, 2023, S. 383–385, 390–391).

2.3.6 Soziale Auswirkungen

Wie in Kapitel 1.1 bereits erwähnt, sind Menschen mit einer psychischen Störungen oft von prekären, sozialen Lagen betroffen (Röh & Schreieder, 2022, S. 50). Gegenüber der restlichen Bevölkerung zeigt sich, dass die Betroffenen weniger verdienen, häufiger von Arbeitsplatzverlust betroffen sind und die Erwerbslosenquote fast doppelt so hoch ist. Sie weisen ein dreimal grösseres Risiko einer Verschuldung auf und sind häufiger mit der Bezahlung der Miete im Verzug. Zudem sind sie eher von Armut und Obdachlosigkeit betroffen (Richter, Eikermann & Reker, 2006; Von Kardorff & Ohlbrecht, 2010; zit. in Von Kardorff, 2011, S. 41). Sie verfügen des Weiteren über kleinere Freundes- und Bekanntenkreise und der Aufbau oder Erhalt von wichtigen Unterstützungsressourcen fällt ihnen dementsprechend schwer (Von Kardorff, 2011, S. 40). Dahingehend wird im folgenden Kapitel die Stigmatisierung von Schizophreniebetroffenen thematisiert.

2.3.7 Stigmatisierung

Stigmatisierung steht für die gesellschaftliche Zuschreibung von negativ bewerteten Merkmalen an Personen (Döring, 2021, S. 47). Schizophreniebetroffene sind in besonderem Ausmass von Stigmatisierung und Diskriminierung betroffen. Denn diese richtet sich auch gegen Institutionen und Fachpersonen, die mit den Betroffenen arbeiten, sowie ihr soziales Netz (DGPPN, 2019, S. 21). Hinzukommt, dass die Schizophrenie von allen psychischen Störungen mit am meisten stigmatisiert ist. Die Betroffenen werden als gefährlich und unberechenbar verurteilt. Es zeigt sich, dass diese Haltung in den vergangenen Jahren in der Gesellschaft zugenommen hat, wobei dies offenbar mit dem Fokus auf bio-medizinische Krankheitsmodelle zusammenhängt (DGPPN, 2019, S. 21; Schomerus & Angermeyer, 2017). Neben den direkten Störungsfolgen müssen sie sich also auch mit sozialen Folgen der Schizophrenie auseinandersetzen. Daher wird die Stigmatisierung auch als «zweite Erkrankung» bezeichnet (Finzen, 2013; zit. in DGPPN, 2019, S. S. 21). Diese kann

sich in einer tieferen Lebensqualität, vermindertem Selbstwert und dem Verlust von persönlichen Lebenszielen äussern (Corrigan et al., 2009).

Neben der stigmatisierenden Wirkung von psychischen Störungen können Zwangskontexte Sozialer Arbeit ebenso davon betroffen sein. Eine schweizerische Studie zum Bezug von Sozialhilfe zeigt, dass bedürftige Personen oft lange warten, bis sie einen Sozialdienst aufsuchen, 90% verwenden zuvor eigene Bewältigungsstrategien. Die grössten Hindernisse vor der Anmeldung sind Angst vor Autonomieverlust und Stigmatisierung, Scham sowie ein geringes Selbstwertgefühl (Neuenschwander et al., 2012; zit in. Zobrist & Kähler, 2017, S. 17). Dahingehend kann Stigmatisierung auch Scham auslösen und zu Diskriminierungserfahrungen führen (Döring, 2021, S. 47).

2.3.8 Scham

Scham bezieht sich auf die Erfüllung von sozialen Normen und Regeln und funktioniert dabei wie ein soziales Barometer. Es dient der sozialen Regulation der anerzogenen, sozialen Werte unserer Gesellschaft. Dabei ist es nicht nur das Empfinden einer temporären Verlegenheit, sondern beinhaltet starke Gefühle der Minderwertigkeit. Daraus kann eine starke Selbstabwertung entstehen, die sich gegen die gesamte Person richtet, anstatt gegen einzelne Handlungen, die gesellschaftlich als negativ bewertet werden. Dies kann wiederum zu sozialem Rückzug und Isolation führen. Scham ist an die Werte und Haltungen einer Gesellschaft bzw. Kultur gekoppelt und kann sich mit wechselnden Rahmenbedingungen ebenfalls verändern (Döring, 2021, S. 14). Damit steht Scham auch in engem Zusammenhang mit Stigmatisierung. Bei schizophreniebetroffenen Menschen kann sich Scham zudem aus der Symptomatik ergeben bzw. dadurch verstärkt werden. Die Grenzen des Selbst sind durch die Erfahrungen, von aussen gesteuert oder beeinflusst zu werden, beeinträchtigt. Vermeiden des Blickkontakts oder ein allgemeiner, sozialer Rückzug kann als Wiederherstellung von sozialräumlichen Grenzen interpretiert werden (Hilgers, 2013, S. 97).

Dazu kann das im Rahmen der Symptomatik auftretende, von geltenden Normen abweichende Verhalten, zu einer weiteren Verschlechterung der ohnehin vulnerablen sozioökonomischen Lebenslage führen (Stemmer-Lück, 2009, S. 289–293). Dementsprechend erscheint es auch logisch, dass die Betroffenen, wie in Kapitel 1 dargelegt, vermehrt auf soziale Unterstützungsleistungen angewiesen sind und sich auch in Zwangskontexten Sozialer Arbeit wiederfinden.

3 Zwangskontexte Sozialer Arbeit

Die Soziale Arbeit wird in der öffentlichen Rezeption als helfender Beruf wahrgenommen und erlebt sich auch vorwiegend in ihrem Selbstverständnis so. Dass der Zwang im Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit ein ständiger Begleiter ist, geht oft vergessen, oder wird bewusst verdrängt. Denn oft sind die Fachkräfte eingebettet in einen bürokratisierten Staat, dessen Normen und Anweisungen sie zu befolgen und auszuführen haben. Dabei wird oft auf die Freiwilligkeit von Angeboten verwiesen und diese müssten per Definition fern von Zwang sein. Dieser Erstkontakt unterliegt aber oft nur einer scheinbaren Freiwilligkeit. Denn Zwang gehört zu den strukturellen Bedingungen Sozialer Arbeit. Die Einschränkung der Handlungsfähigkeit der Klientel ist selten das Ziel und doch sind sozialarbeiterische Interventionen oft damit verbunden. Dabei ist es schwierig, zwischen Freiwilligkeit und Zwang eine Grenze zu ziehen, denn selbst in «freiwilligen» Arbeitsfeldern kann sich durch institutionelle Erwartungen oder Erzeugung von Druck eine Verknappung der Handlungsoptionen ergeben. Dies ist eher eine subtile Form der Machtausübung. Daneben existieren auch «klarere» Zwangskontexte, wo bereits der Erstkontakt erzwungen ist, wie bspw. der Strafvollzug, oder wenn Sanktionsmöglichkeiten zur Anwendung kommen, welche im Vorhinein erdacht wurden, um die Klientel zu massregeln (Lutz & Lindenberg, 2021, S. 12–13). Vor diesem Hintergrund werden im folgenden Kapitel die Merkmale und Herausforderungen von Zwangskontexten Sozialer Arbeit und Ansätze für eine gelingende Zusammenarbeit mit betroffener Klientel erläutert, wobei ein Fokus auf jene mit Schizophrenie-Diagnose erfolgt.

3.1 Definition und Merkmale von Zwangskontexten

Die folgende Definition von Zobrist und Kähler (2017) bildet verschiedene Dimensionen von Zwangskontexten Sozialer Arbeit ab und soll als Grundlage dienen. Die nachfolgenden Ausführungen orientieren sich daher an der Struktur und Argumentation des theoretischen Bezugsrahmens der beiden Autor:innen, wobei eine Kontextualisierung zu schizophreniebetroffener Klientel vorgenommen wird.

Zwangskontexte sind strukturelle Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit, die zu eingeschränkten Handlungsspielräumen bei Klienten [sic!], Fachkräften und Zuweisern [sic!] führen und durch institutionelle Sanktionsmöglichkeiten sowie asymmetrische Machtverhältnisse gekennzeichnet sind. Die Interaktionen zwischen Klienten und Fachkräften konstituieren sich aufgrund von rechtlichen Normen und finden i.d.R. fremdinitiiert statt. In Zwangskontexten werden teilweise Zwangselemente als Interventionen eingesetzt, welche die Autonomie der Klienten erheblich beschränken. (S. 31)

Aus dieser Definition lassen sich unterschiedliche Aspekte destillieren. Sie verweist etwa auf die Form der Kontaktaufnahme sowie die Verankerung des staatlichen Handelns in Zwangskontexten Sozialer Arbeit. Des Weiteren verweist sie auf die beschränkten Handlungsspielräume, von welchen alle Beteiligten betroffen sind, sowie die den Zwangskontexten inhärente Machtproblematik. Abschliessend wird die Notwendigkeit zur professionsethischen und theoretischen Legitimation aufgegriffen (Zobrist & Kähler, 2017, S. 31–32).

3.1.1 Kontaktaufnahme

Oft werden Zwangskontexte mit der Kontaktaufnahme in Verbindung gebracht. Zobrist und Kähler (2017) unterscheiden dabei in selbstinitiiert, von einem Netzwerk ausgehend und aufgrund von rechtlichen Normen (S. 14). Dabei wird für erstere Kategorie hervorgehoben, dass gerade besonders vulnerablen Personen häufig die Befähigung fehlt, selbstständig Fachpersonen Sozialer Arbeit aufzusuchen (Wirth, 1982; zit. in Zobrist & Kähler, 2017, S. 17). In der Folge sind sie durch die andauernde

Problemverschärfung eher von Zwangskontexten Sozialer Arbeit betroffen bzw. werden sie zur Inanspruchnahme der Unterstützungsleistung gezwungen (Dewberry Rooney, 2009; zit. in Zobrist & Kähler, 2017, S. 17). Die Ausführungen zur Symptomatik sowie den sozialen Auswirkungen legen nahe, dass dieser Umstand auch für Schizophreniebetreffende zutrifft, was auch der beruflichen Erfahrung des Autors als Berufsbeistand entspricht.

Neben einer Problemeinsicht bzw. einer Veränderungsmotivation, was den Anschluss an ein soziales Angebot wahrscheinlicher macht, werden gemäss obigen Ausführungen also auch Ressourcen benötigt, um überhaupt den Zugang zu besagter Dienstleistung zu erhalten. Dabei haben sich soziale Kontakte als besonders wertvoll erwiesen (Wirth, 1982, Vogel et al., 2011; zit in. Zobrist & Kähler, 2017, S. 18). Durch sie kann eine netzwerkinitiierte Kontaktaufnahme entstehen. Die Bekannten stellen bspw. Informationen zur Verfügung, sprechen sich für die Inanspruchnahme aus oder üben informellen bzw. faktischen Druck aus (Zobrist & Kähler, 2017, S. 20–21). Abschliessend bestehen noch Kontaktaufnahmen durch rechtliche Vorgaben. Diese sind etwa auf gerichtliche Entscheidungen zurückzuführen, welche die Betroffenen zur Inanspruchnahme auffordern bzw. verpflichten. Durch diese Ausführungen wird klar, dass die Kontaktaufnahme neben motivationalen auch strukturelle Aspekte beinhaltet (Zobrist & Kähler, 2017, S. 23, 25).

3.1.2 Staatliches Handeln und das Doppelmandat

In der Schweiz macht staatliches Handeln einen grossen Teil der Sozialen Arbeit aus. Mit der Bundesverfassung, Gesetzen und Verordnungen besteht ein rechtlicher Rahmen, innerhalb dessen sich die Sozialarbeitenden bewegen müssen. Einerseits werden durch rechtliche Grundlagen erst Möglichkeiten geschaffen, bspw. die Auszahlung von Geldleistungen, andererseits bestimmen sie auch die Grenzen von sozialstaatlichem Handeln. Somit unterstützt dieser Rahmen die Sozialarbeitenden in der Erfüllung ihres Auftrags und gibt rechtsstaatliche Prinzipien vor (Hochuli-Freund & Stotz, 2017, S. 74–75).

Neben der Hilfe müssen die Sozialarbeitenden im aktivierenden Sozialstaat aber auch eine Kontrollfunktion erbringen. In diesem Sinne müssen sie abweichendes oder nicht erwünschtes Verhalten begrenzen oder eliminieren. Dazu stehen ihnen, im Rahmen ihrer Funktion bzw. ihres Auftrags, Sanktionsmöglichkeiten zur Verfügung (Lutz & Lindenberg, 2021, S. 101).

Die vorangehenden Ausführungen verdeutlichen den Zusammenhang von Hilfe und Kontrolle sowie Zwangskontexten Sozialer Arbeit und heben diesen Widerspruch als strukturelles Merkmal hervor. Einerseits agieren die Professionellen der Sozialen Arbeit in beraterischen, unterstützenden oder begleitenden Settings. Andererseits bewegen sich die Fachkräfte in bürokratisierten Systemen. Sie orientieren sich bei der Erfüllung ihres Auftrags an staatlichen Normen, übernehmen Kontrollfunktionen und sind teilweise von staatlicher Finanzierung abhängig. Die Sozialarbeitenden müssen einer Verwaltungslogik mit dem Ziel der Gleichbehandlung und standardisierten Anwendung von Regeln gerecht werden. Dies aber stets mit Blick auf die individuelle Lebenslage sowie Ansprüche der Klientel und einem vertrauensbasierten Beziehungshandeln, welches oft auf Flexibilität und Aushandlung angewiesen ist. Daraus können Dilemmata entstehen, wenn bspw. die individuelle Hilfe auf bürokratische Barrieren trifft oder die Kontrollfunktion den Vertrauensaufbau torpediert. Es ist eine Grundkonstellation die als Doppelmandat bezeichnet wird (Hochuli-Freund & Stotz, 2017, S. 49–50). Gerade in der Zusammenarbeit mit schizopreniebetroffener Klientel treten diese Herausforderungen für Sozialarbeitende besonders hervor. Die Symptomatik kann etwa Verhalten hervorrufen, dass im aktivierenden Sozialstaat als abweichend interpretiert wird und entsprechend sanktioniert werden müsste. Daraus können sich für Klient:innen sowie Fachpersonen eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten ergeben.

3.1.3 Eingeschränkte Handlungsspielräume

Lutz & Lindenberg (2021) erklären Zwang in einem engeren und einem weiteren Sinn: «Weiter Zwang beinhaltet die allgegenwärtigen materiellen, sozialen oder zwischenmenschlichen Einschränkungen der Entscheidungsfreiheit und Handlungsmöglichkeiten, unabhängig davon, ob die Einschränkung beabsichtigt ist oder nicht. Wir stellen uns im Gefüge der menschlichen Angelegenheiten und des menschlichen Zusammenwirkens aktiv darauf ein» (S. 22). Hierbei verbleiben den Betroffenen noch weitere Handlungsmöglichkeiten und die Einschränkung wird daher nicht als unmittelbarer Zwang empfunden. Dieser weite Zwang ist also etwas, dem alle Menschen in ihrem Alltag begegnen, bzw. gar benötigen, um Entscheidungen zu treffen. Enger Zwang bedeutet hingegen, wenn eine Person gezwungen wird, also gegen ihren Willen, eine bestimmte Handlung zu unterlassen oder auszuführen. Es erfolgt also eine aktive Beschneidung der Handlungsoptionen der betroffenen Person (Lutz & Lindenberg, 2021, S. 21–22).

Zobrist und Kähler (2017) ergänzen dazu, dass die Betroffenen innerhalb der gegebenen Strukturen frei handeln können, aber nicht darüber hinaus, wobei der vorgefundene Rahmen auch Chancen bieten kann. Weiter Zwang sind eher strukturelle Begebenheiten, welche die Betroffenen tangieren. Für engen Zwang liegt indessen ein klares Machtungleichgewicht zuungunsten der Klientel vor, was zur kompletten oder teilweisen Einschränkung der Handlungsoptionen führen kann. Dieser Umstand spricht wiederum für geschaffene Regeln und Strukturen, welche Machtüberhänge von einzelnen Akteur:innen zulassen und somit für institutionelle Settings. Wobei in Zwangskontexten nicht in jedem Fall enger Zwang ausgeübt wird, wirkt die bloße Option auf die Entscheidungsfreiheit sowie Handlungen der Beteiligten ein (S. 28). Für schizophreniebetreffene Personen könnten dies im Fall von weitem Zwang etwa die sozioökonomischen Auswirkungen sein, welche sie in die Abhängigkeit von Zwangskontexten Sozialer Arbeit bringen oder die Inanspruchnahme von Sozialversicherungsleistungen. Für den engen Zwang liessen sich bspw. FU oder Auflagen im Rahmen der Existenzsicherung als Beispiele nennen.

Zur Stärkung der Autonomie aller Beteiligten schlagen Zobrist und Kähler (2017) vor, die Handlungsspielräume genau zu benennen und die Wahrnehmung davon auf beiden Seiten aktiv zu fördern (S. 29). Die angesprochene Machtthematik wird im kommenden Kapitel vertieft.

3.1.4 Macht

Macht übernimmt in institutionellen Kontexten eine soziale Kontrollfunktion. Sie unterstützt die Durchsetzung von gesellschaftlichen Normen sowie die Sanktion von regelabweichendem Verhalten. Dies kann durch Bestrafung oder auch als Vor-enthaltung von positiven Anreizen geschehen. Gleichzeitig ist Macht nicht ausschliesslich repressiv, sondern kann auch eine Schutzfunktion übernehmen, Handlungsalternativen schaffen und Selbstbestimmung ermöglichen (Staub-Bernasconi, 2018, S. 410–411). Auf diesem Hintergrund kann Macht in Behinderungs- und Begrenzungsmacht eingeteilt werden. Ersteres trägt zur Festigung von bestehenden Herrschaftsverhältnissen bei, indem die unterliegenden Personen eingeschränkt und gegebenenfalls diszipliniert werden. In diesem Sinne ermöglicht sie der privilegierten Gruppe die Öffnung bzw. Erweiterung von Handlungsspielräumen zu ihren Gunsten. Zweiteres trägt zur Chancengleichheit bei und soll den uneingeschränkten Machtausbau eindämmen. Damit wird eine faire Ressourcenverteilung und Beteiligung an Einflussmöglichkeiten für die weniger Mächtigen angestrebt (Staub-Bernasconi, 2018, S. 414, 418, 434).

Gerade in der Zusammenarbeit mit schizophreniebetroffener Klientel ist ein besonders reflektierter Umgang mit Macht gefragt, da die betroffene Klientel z.T. sehr vulnerabel ist und mitunter Schutzmassnahmen notwendig sind, um eine Selbst- oder Fremdgefährdung zu verhindern. Allerdings kann es so auch zu einem Vertrauensverlust gegenüber der Fachperson kommen. Die den Zwangskontexten Sozialer Arbeit zugrundeliegende und eben beschriebene Machtasymmetrie, sowie die Möglichkeit der Anwendung von Behinderungsmacht, verlangt gemäss Zobrist und Kähler (2017) eine vertiefte Auseinandersetzung sowie eine ethische Beurteilungsgrundlage, welche mit dem Tripelmandat im kommenden Kapitel erklärt wird (S. 44, 48, 49).

3.1.5 Tripelmandat

Um diesem Spannungsverhältnis professionell begegnen zu können, schlägt Staub-Bernasconi (2019) eine Erweiterung zum Tripelmandat vor. Die Autorin beschreibt darin die Akteur:innen der Sozialen Arbeit als Interaktionsdreieck in dem drei Gruppen Ansprüche formulieren: erstens die Gesellschaft bzw. der Staat, zweitens die Klient:innen als Adressat:innen sowie drittens die Profession selbst mit ihrem wissenschaftlich-ethischen Selbstverständnis. Neben dem vorher beschriebenen staatlichen und klient:innenorientierten Mandat, wird zusätzlich ein professionelles Mandat vorgeschlagen, welches sich an einer wissenschaftlich und ethisch begründeten Grundlage orientiert. Es fordert von den Sozialarbeitenden nach «bestem Wissen und Gewissen» zu handeln. Die Soziale Arbeit soll sich damit einerseits an wissenschaftlichen Erkenntnissen und andererseits an einem international anerkannten Ethikkodex orientieren. Dies ermächtigt die Profession zur kritischen Reflexion und dem stellungsbezug gegenüber gesetzlichen Normen und institutionellen Anforderungen – insbesondere bei rechtlicher Legitimität aber ethischer Verworfenheit. Wobei dies gerade in Zwangskontexten der Sozialen Arbeit von grosser Bedeutung ist (S. 87–89, 92). Das Tripelmandat kann somit besonders in der Zusammenarbeit mit schizophreniebetroffener Klientel Orientierung bieten. Das professionelle Mandat ermöglicht dabei eine Bearbeitung des beschriebenen Spannungsfelds und den reflektierten Einsatz von Begrenzungsmacht. Nichtsdestotrotz kommt es in Zwangskontexten Sozialer Arbeit oft zu Widerstand seitens der Klientel, was im nachfolgenden Kapitel erklärt wird (Klug & Zobrist, 2021, S. 81).

3.1.6 Widerstand

Das Phänomen «Widerstand» bezieht sich gemäss Klug und Zobrist (2021) auf Verhaltensweisen der Klientel, die hemmend oder erschwerend auf den Veränderungsprozess einwirken. Dazu zählen etwa die Nichteinhaltung von getroffenen Vereinbarungen, eine vordergründig kooperative Haltung, Manipulation oder verschiedene Formen von Vermeidung, wobei diese Aufzählung nicht abschliessend ist (S. 81). Dies kann mit der Reaktanztheorie nach Brehm (1966) erklärt werden. Diese beschreibt, wie Menschen auf die Einschränkung ihrer Entscheidungs- und

Handlungsfähigkeit reagieren. Solche Beschneidungen können bei den Betroffenen eine motivationale Spannung auslösen, mit dem Ziel, den eingeschränkten (oder verlorenen) Handlungsspielraum wiederzugewinnen. Die Intensität der Reaktanz hängt von der persönlichen Bewertung der Wichtigkeit der verlorenen Freiheit sowie dem erlebten Ausmass der Einschränkung ab. Der Abbau von Reaktanz erfolgt durch den Wiedergewinn des Handlungsspielraums, durch vergleichbare Handlungen, durch aggressives Verhalten oder durch eine veränderte Wahrnehmung der Handlungsalternativen, wobei das Gebotene weniger attraktiv erscheint, das Verbotene reizvoller (Dickenberger, 2022). Klient:innen weisen individuelle Ursachen für Widerstände auf, dazu gehören etwa auch Krankheiten und psychische Störungen oder das Verhalten der Fachperson (Widulle, 2012, S. 114). Des Weiteren kann Widerstand auch in Scham- und Schuldgefühlen begründet sein (Klug & Zobrist, 2021, S. 84). Daher sollten sich die Sozialarbeitenden ihrer Gesprächsmethodik bewusst sein und diese gegebenenfalls anpassen (Widulle, 2012, S. 114–115).

Es lässt sich also festhalten, dass Widerstand in der Zusammenarbeit einerseits eine nachvollziehbare Reaktion auf Einschränkungen der Handlungsspielräume darstellt und andererseits auf subjektive Gründe der Klientel sowie das Verhalten der Fachpersonen zurückzuführen ist. Umso wichtiger ist es, dass Fachpersonen entsprechende Methoden anwenden können, um diesen Umständen professionell zu begegnen.

3.2 Zusammenarbeit in der Sozialen Arbeit

Die Kooperation bzw. die Zusammenarbeit bildet ein strukturelles Merkmal Sozialer Arbeit. Dies ergibt sich aus den Anforderungen der Systeme, in denen diese Profession angesiedelt ist. Die Gründe liegen in der steigenden Komplexität der Lebenslagen der Klientel, der Individualisierung und Professionalisierung von Unterstützungssystemen. Durch die wachsende Komplexität der betroffenen Lebenswelten ergibt sich auch eine Erhöhung der Systemdichte. Die Klientel ist unterschiedlich an die erwähnten Subsysteme angeschlossen oder möchte zukünftig daran teilhaben. Dies macht professionelle Kooperation zu einer zentralen Aufgabe der Sozialen Arbeit (Merten, 2015, S. 21–23, 61).

Nach Merten (2015) kann Kooperation als eine bewusst gestaltete, auf Gleichwertigkeit basierende und arbeitsteilige Form der Zusammenarbeit beschrieben werden, die auf Aushandlung, Respekt und dem Einbezug verschiedener Perspektiven basiert. Die beabsichtigte Wirkung der Kooperation ist die Erweiterung der Handlungsspielräume der Klientel sowie eine Verbesserung der Lebenslage derselben (S. 61–62). Hochuli-Freund und Stotz (2017) heben in diesem Zusammenhang noch die strukturelle Asymmetrie der Arbeitsbeziehung hervor. Dabei wird grundsätzlich die schrittweise Reduktion bzw. die Einstellung der Zusammenarbeit angestrebt (S. 110). In der vorliegenden Bachelor-Arbeit werden die beiden Begriffe «Kooperation» und «Zusammenarbeit» synonym verwendet.

In der Sozialen Arbeit lassen sich zwei Ebenen der Zusammenarbeit unterscheiden. Zum einen die interaktive Koproduktion zwischen Fachpersonen und Klientel: Durch dialogische und partizipative Aushandlungsprozesse bringen sie gemeinsam soziale Dienstleistungen hervor, die nicht einseitig von der sozialarbeitenden Person «verabreicht» werden können. Zum anderen findet Zusammenarbeit auf der fachlichen Ebene statt, nämlich in Form von kollegialer oder interprofessioneller Kooperation mit anderen Fachbereichen und Berufsgruppen (Hochuli-Freund & Stotz, 2017, S. 84).

3.2.1 Grundsätze in der Zusammenarbeit mit schizophreniebetroffener Klientel

Aufgrund der bisherigen Ausführungen ist klar geworden, dass die Zusammenarbeit mit schizophreniebetroffener Klientel mitunter sehr herausfordernd sein kann. Es bestehen unterschiedliche Störungsbilder und die Eigenheiten des Zwangskontextes Sozialer Arbeit lassen die Vermutung zu, dass vielfältige Grundsätze sowie Methoden zur Anwendung kommen müssen. In einem ersten Schritt folgen allgemeine Grundsätze für den Umgang für Menschen mit einer psychischen Störung und anschliessend einige, die bei Schizophreniebetroffenen zur Anwendung kommen.

Brusa-Hoevels (2025) bemerkt, dass die Klient:innen kein Verschulden an ihrer Störung trifft und trotzdem müssen sie die daraus resultierenden Schwierigkeiten meistern. Dabei sind sie die Expert:innen ihres Lebens und ihre Handlungen

müssen in ihrem sozialen und biografischen Kontext gesehen werden. Fachpersonen sollten behutsam auf die möglichen Folgen ihres Verhaltens hinweisen. Die Autorin spricht sich für ein ressourcenorientiertes Arbeiten aus, welches sich an den Konzepten von Recovery und Empowerment orientiert. Des Weiteren ist eine belastbare Arbeitsbeziehung von grosser Wichtigkeit, wobei die Beratungen strukturiert erfolgen sollten. Die gemeinsam erarbeiteten Ziele müssen der Klientel entsprechend gestaltet sein und das Umfeld, Angehörige wie auch andere Fachpersonen, soll in die Erreichung sowie die allgemeine Zusammenarbeit eingebunden werden (S. 12–15).

Stemmer-Lück (2009) schlägt einen behutsamen Beziehungsaufbau mit einem ausbalancierten Verständnis von Nähe und Distanz vor. Wird den Betroffenen zu viel Nähe entgegengebracht, kann dies heftige, emotionale Reaktionen zur Folge haben. Zudem soll der Klientel Verständnis für ihre Situation, etwa erlebte Krisen, entgegengebracht werden, wobei aber der Fokus im Beratungsgespräch nicht auf der psychotischen Symptomatik liegen sollte (S. 304–305). Caspar et al. (2018) ergänzen diesen Ansatz um die Validierung der Gefühle sowie Reaktionen auf die psychotischen Symptome, ohne die Symptomatik selbst, bspw. Verfolgungswahn, zu bestätigen (S. 89).

Es lässt sich abschliessend festhalten, dass die Zusammenarbeit mit schizophreniebetreffender Klientel hohe Anforderungen an die Sozialarbeitenden in Zwangskontexten stellt und ein methodisches Vorgehen gefordert ist. Laut Zobrist und Kähler (2017) zeigt sich, dass auch in Zwangskontexten positive Entwicklungen möglich sind – insbesondere dann, wenn professionelles Handeln sich an klaren methodischen Standards orientiert. Die beiden Autor:innen schufen dafür drei Ansatzpunkte, die sie im «methodischen ABC in Zwangskontexten» vereinen. Es enthält die Klärung von Auftrag und Rolle, die Förderung der Motivation sowie die Beziehungsgestaltung (S. 40–41).

3.3 Methodisches Handeln in Zwangskontexten Sozialer Arbeit

Das vorangehende Kapitel verdeutlicht die Notwendigkeit zur Anwendung von methodischen Grundsätzen in der Zusammenarbeit mit schizophreniebetroffener Klientel, dies besonders im komplexen Anspruchsfeld von Zwangskontexten Sozialer Arbeit. Das methodische ABC bietet hierfür einen Bezugsrahmen und soll das Handeln der Fachkräfte strukturieren und systematisieren. Die Auftragsklärung steht zwar zu Beginn der Zusammenarbeit, muss jedoch während des gesamten Prozesses stetig wieder aufgegriffen werden. Die Motivationsförderung erfolgt anschließend, wobei ein besonderes Augenmerk auf die Passgenauigkeit der Vorgehensweise gelegt werden sollte. Die Beziehungsarbeit ist schliesslich während allen Arbeitsschritten von grosser Bedeutung. Je nach Fallkonstellation besteht aber eine unterschiedliche Gewichtung dieser drei Elemente (Zobrist & Kähler, 2017, S. 49).

In den folgenden Kapiteln werden diese drei übergeordneten Aspekte sowie mögliche Methoden, die dabei zur Anwendung kommen können, beleuchtet. Eine vertiefte methodische Auseinandersetzung erfolgt aufgrund der begrenzten Zeichenzahl der vorliegenden Bachelor-Arbeit nicht. Die dargestellten Vorgehensweisen sind daher nicht als abschliessend zu verstehen, sondern dienen als Wegweiser für verwandte Herangehensweisen. Sie basieren auf den Erkenntnissen aus den Interviews, wobei davon ausgegangen werden kann, dass vergleichbare Methoden ähnliche Wirkungen entfalten.

3.3.1 Auftrags- und Rollenklärung

Die Auftrags- und Rollenklärung nimmt in fachlichen Diskussionen einen unbestreitbar hohen Stellenwert ein. Sie erfordert eine Selbstreflexion der Fachkraft zum doppelten Mandat (bzw. Tripelmandat) und eine, an die Klientel gerichtete, Erklärung dieser Rahmenbedingungen bzw. Handlungsspielräume sowie von Rechten und Pflichten. Dabei sollten unbedingt auch allfällige Auftraggeber:innen ausserhalb der eigenen Organisation benannt werden. Zudem sollten die Betroffenen grösstmöglichen Zugang zu Informationen erhalten und ein Verständnis über die Rollen aller beteiligten Akteur:innen haben, wobei sich diese mit der Zeit verändern

können. Dabei sollte beachtet werden, nicht direkt das «Problemverhalten» zu etikettieren und die Klientel damit in eine Abwehrhaltung zu bringen. Die Problemeinsicht sollte vielmehr erst im weiteren Verlauf der Zusammenarbeit thematisiert werden. Besonders wichtig ist es zudem, unüberschreitbare Grenzen bzw. unverhandelbare Grundsätze klar zu kommunizieren (Zobrist & Kähler, 2017, S. 53–59). Als konkrete Methode bietet sich aus Sicht des Autors der vorliegenden Bachelor-Arbeit die «4+1 A's» der Auftragsklärung von Schlippe und Schweitzer (2016) an. Diese ermöglicht die Schaffung von Transparenz, die Offenlegung der Handlungsspielräume und schafft ein strukturiertes Vorgehen sowie ein gemeinsames Verständnis über Ziele und Erwartungen (S. 239–240). Gerade in der Zusammenarbeit mit schizophreniebetroffener Klientel ist die Strukturierung, Transparenz und die gemeinsame Zielerarbeitung von grosser Wichtigkeit (Brusa-Hoevels, 2025, S. 14–15).

3.3.2 Motivation

Anschliessend an die Auftrags- und Rollenklärung folgt im methodischen ABC die Motivationsförderung. Diese spielt in institutionellen Zwangskontexten denn auch eine zentrale Rolle und sollte dementsprechend auch methodisch beachtet werden (Zobrist & Kähler, 2017, S. 49, 64).

Klug und Zobrist (2021) schlagen eine Unterscheidung in Behandlungs- und Veränderungsmotivation vor. Ersteres meint die Bereitschaft einer Person sich einer vorgeschlagenen oder verpflichtenden Massnahme zu unterziehen. Letzteres beschreibt die persönliche Veränderungsbereitschaft der Klientel, etwas an ihren Lebensumständen zu ändern, ungeachtet, ob eine Fachperson sie dabei unterstützt. In Zwangskontexten Sozialer Arbeit sind dabei verschiedene Szenarien denkbar. Etwa wenn die Klientel Beratungen nur wahrnimmt, um den nachteiligen Effekten des Fernbleibens zu entgehen oder es besteht eine Veränderungsbereitschaft, aber auch eine Abneigung gegenüber der Beratungsperson. Wichtig ist dabei, dass ohne Zustimmung der Klientel oder reiner Kontaktmotivation keine Hilfe durch die Sozialarbeitenden gelingen kann, da die Unterstützungsleistung so nur auf ein «Angebot» reduziert bleibt. Die Fachpersonen müssen also eine Veränderungsbereitschaft erarbeiten (S. 16, 22–24).

Als geeignete Methode zur Feststellung der Veränderungsmotivation lässt sich das transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente, das inzwischen mehrfach weiterentwickelt wurde, heranziehen. Es differenziert zwischen sechs Stadien der Veränderung, beginnend bei der fehlenden Veränderungsabsicht bis zur Etablierung von neuem Verhalten (Zobrist & Kähler, 2017, S. 74–75). Zobrist und Kähler (2017) schlagen neben klärungsorientierten Methoden, auch solche zur Stärkung von Ressourcen und der Ermöglichung von Selbstwirksamkeitserfahrungen vor (S. 76). Aus den beiden durchgeführten Interviews wurde deutlich, dass besonders die Ressourcenorientierung eine zentrale Rolle spielt.

3.3.3 Empowerment

Soziale, materielle und persönliche Ressourcen sind auch in Zwangskontexten unverzichtbar, da ohne sie keine Veränderungsprozesse durchgeführt und somit auch keine nachhaltigen Verbesserungen für die Klientel erzielt werden können. Dabei gehört es zum Auftrag der Sozialarbeitenden die Klientel, für die in Zwangskontexten erwarteten oder selbst gewünschten Veränderungen, zu ermächtigen. Einen vielbeachteten Ansatz bietet hierbei das Empowerment (Zobrist & Kähler, 2017, S. 95). Herriger (2014) beschreibt Empowerment als:

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. Empowerment – auf eine kurze Formel gebracht – zielt auf die (Wieder) Herstellung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Alltags. (S. 20)

Zu den Zielen von Empowerment gehört die Erschliessung und Stärkung von Ressourcen, welche die Klientel für ein eigenverantwortliches Leben benötigen und die Ausschöpfung ihrer Handlungsspielräume fördern. Die Klient:innen sollen von den Sozialarbeitenden dazu ermächtigt werden, eigene Wünsche zu erkennen, Ziele zu

entwickeln und diese umzusetzen, um ihre Lebensumstände aktiv gestalten zu können. Zudem soll die Klientel in der Wahrnehmung ihrer partizipativen Rechte gestärkt sowie in der Erschliessung von Informations- und Ressourcenquellen befähigt werden (Sohns, 2009, S. 81–83). Damit weist das Empowerment deutliche Parallelen zu der bereits beschriebenen Salutogenese auf (vgl. Kapitel 2.1.2).

Die Sozialarbeitenden sollen sich an die Autonomie des Subjekts halten. Damit ist die Respektierung der Individualität des Gegenübers gemeint. Des Weiteren sollen die Fachpersonen das Umfeld der Klientel miteinbeziehen. Hierzu gehört nicht nur die Identifikation von Faktoren, die Ressourcen fördern oder beeinträchtigen, sondern auch die aktive Einflussnahme darauf. Abschliessend soll die Arbeitsbeziehung von Partnerschaftlichkeit geprägt sein. Die Fachperson sowie die Klientel sind beides Expert:innen und begegnen sich auf Augenhöhe (Sohns, 2009, S. 83–84). In diesem Zusammenhang lässt sich Empowerment mit der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit in Verbindung bringen. Die Fachkräfte verwenden die Lebenswelt der Betroffenen als Bezugspunkt ihres professionellen Handelns. Dabei soll die Unterstützung dementsprechend gestaltet werden, dass diese im Alltag der Klientel umgesetzt werden kann und somit eine direkte Wirkung stattfindet (Thiersch, 2020, S. 88–89). In Anlehnung an diese theoretischen Ausführungen führt Empowerment zur Erweiterung von Handlungsspielräumen im Alltag und zu einer unmittelbaren Selbstbestimmungs- und Selbstwirksamkeitserfahrung.

Herriger (2014) nennt als mögliche Methoden unter anderem die motivierende Gesprächsführung sowie die Ressourcendiagnostik (Herriger, 2014, S. 89, 93). Zobrist und Kähler (2017) ergänzen diese um die Netzwerkarbeit und heben die Einbindung des sozialen Netzwerks als besonders erfolgsversprechend hervor (S. 95).

3.3.4 Netzwerkarbeit und Case Management

Ein Netzwerk wird als lockere Kooperation von mehreren, unabhängigen Akteur:innen verstanden, welche unterschiedliche Interessen aber ein gemeinsames, übergeordnetes Ziel verfolgen. Die Netzwerkarbeit schafft ein Bindeglied und bringt die unterschiedlichen Ressourcen der Beteiligten sowie ihre Perspektiven und Interessen zusammen. Dabei soll sie diese in einen neuen Kontext übertragen und neue Lösungsansätze kreieren (Merten, 2015, S. 41). Für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit benötigt es vor allem die Mitwirkung von allen am System beteiligten Parteien. Für die Soziale Arbeit bedeutet dies, dass sie einerseits die subjektive Lebenslage bzw. Bedürfnisse der Klientel und andererseits die objektiven Rahmenbedingungen, also die strukturellen Anforderungen der involvierten Institutionen etc. miteinbeziehen muss. Zentrale Faktoren für eine effiziente Versorgung sind ein stabiler, niederschwelliger Zugang zur Dienstleistung über unterschiedliche Lebens- oder Krankheitsphasen hinweg. Die Klientel muss sich konsequent am ausgehandelten Unterstützungskonzept beteiligen. Die Fachpersonen halten sich im Unterstützungsprozess an das Empowerment-Konzept und koordinieren (je nach Auftrag) die Versorgung zwischen den verschiedenen Akteur:innen (Uebelhart, 2015, S. 349, 352–353).

Einen Ansatz zur Koordination in komplexen Versorgungsprozessen bietet das Case Management. Es soll die vorher angesprochene Zugänglichkeit zum Unterstützungssystem gewährleisten bzw. es aufeinander abstimmen und die Kooperation der systemrelevanten Akteur:innen garantieren. Dabei ist auch ein Fokus auf das nahe soziale Umfeld zu legen. Familienangehörige, Freund:innen etc. können eine tragende Rolle übernehmen und positiv auf den Unterstützungsprozess einwirken (Amstutz, 2015, S. 317, 319).

Das Case Management gliedert sich in verschiedene Phasen, welche einen iterativen Charakter aufweisen, sie sind zyklisch. Krisen und andere Vorkommnisse müssen berücksichtigt werden und können etwa zu Rückschritten oder veränderten Ausgangslagen führen. Für eine gelingende Koordination im Sinne des Case

Managements ist Kooperation zwingend notwendig, wobei der Beziehungsarbeit eine essenzielle Bedeutung zukommt (Amstutz, 2015, S. 318–320).

3.3.5 Beziehungsarbeit

Die Beziehungsarbeit spielt eine zentrale Rolle in Zwangskontexten und nimmt eine gewichtige Rolle in einer erfolgreichen Arbeitsbeziehung ein (Zobrist & Kähler, 2017, S. 97). Die Sozialarbeitenden müssen differenzierte und individualisierte Beziehungsangebote schaffen, die sich an den Bedürfnissen der Klientel orientieren. Die Beziehungsarbeit sollte bewusst, strukturiert und reflektiert gestaltet werden (Klug & Zobrist, 2021, S. 59–61). Grundsätzlich soll dabei eine wertschätzende, transparente und akzeptierende, neugierige Haltung zum Ausdruck kommen. Die Sozialarbeitenden sollten dabei ihre Beziehungsgestaltung als «geleitend» zwischen einem direktiven und sehr klientelzentrierten Stil verorten und sich ihrer Ausdrucksweise bewusst sein (Zobrist & Kähler, 2017, S. 108–109).

Empathie ist auch in Zwangskontexten Sozialer Arbeit eine zentrale Komponente. Durch sie entsteht ein verstehendes Einfühlen in die Lebenswelt der Betroffenen und ist somit eine Grundlage für eine unterstützende Zusammenarbeit. In Fällen von klarem selbst- oder drittgefährdendem Verhalten sollte aber ein reflektierter Umgang damit stattfinden, um keine Legitimation oder Verstärkung hervorzurufen. Dahingehend muss die Fachkraft eine Balance finden zwischen empathischem Verständnis und dem Aufzeigen von Grenzen sowie der individuellen Verantwortung für die Folgen dieser Handlungen (Zobrist & Kähler, 2017, S. 112). Dies entspricht auch den Grundsätzen der Zusammenarbeit mit schizophreniebetreffender Klientel, wobei sich Brusa-Hoevels (2025) im Hinblick auf die besagte Klientel für ein behutsames Vorgehen ausspricht (S. 15).

3.3.6 Umgang mit Widerstand

Dabei darf die Beziehungsgestaltung aber nicht isoliert betrachtet werden, sondern muss unter den Merkmalen von Zwangskontexten eingeordnet werden. Gerade die begrenzten Handlungsspielräume wirken negativ auf die Beziehungsgestaltung ein (Vogt, 2012; zit. in Zobrist & Kähler, 2017, S. 97). Reaktanz und Widerstand sind daher als relevante Einflussfaktoren einzubeziehen (Rooney, 2009; zit. in Zobrist & Kähler, 2017, S. 97). Gemäss Widulle (2012) sollen die Fachpersonen dementsprechend einen reflektierten Methoden-Umgang pflegen. Es sollte darauf geachtet werden, alternative Handlungsoptionen zu schaffen, Ratschläge zu vermeiden, Widerstand auf einer Metaebene anzusprechen und Arbeitsbündnisse zu erarbeiten sowie sich auf diese zu beziehen. Abschliessend gilt auch Widerstand als eine Art der Zusammenarbeit und muss unter Umständen so hingenommen werden (S. 115). Zobrist und Kähler (2017) betonen aber die aktive Bearbeitung dieses Phänomens und plädieren insbesondere für die Schaffung bzw. Wiederherstellung von Handlungsspielräumen (S. 107).

3.3.7 Umgang mit Scham

Scham sollte in der Zusammenarbeit als legitimes Gefühl ernst genommen werden. Neben Offenheit und Verständnis ist jedoch darauf zu achten, dass die Akzeptanz von Scham unauffällig und nicht explizit erfolgt, da andernfalls die Gefahr besteht, zusätzliche Schamgefühle auszulösen. Die Zusammenarbeit soll zudem auf Augenhöhe stattfinden, dies verhindert die Entstehung von Scham über die Abhängigkeit von der sozialarbeitenden Person oder die Unfähigkeit der Klientel, bestimmte Aufgaben selbstständig zu bewältigen. Der professionelle Umgang mit Scham erfordert zudem eine Schamtoleranz der Sozialarbeitenden, da sie im Zuge der Zusammenarbeit nicht nur mit den Gefühlen der Klientel konfrontiert werden, sondern auch mit ihren eigenen. Es besteht die Gefahr, dass zu bearbeitende Probleme aufgrund dessen nicht angesprochen werden. Als Ausweg bietet sich ein reflektierter Umgang mit der eigenen Scham an, um nicht in abwehrende oder beschämende Muster zu verfallen (Hell, 2019, S. 74–75).

Die Erkenntnisse aus den Kapiteln zu «Soziale Auswirkungen», «Stigmatisierung» und «Scham» weisen zudem auf eine soziale und strukturell bedingte Entstehung dieses Gefühls hin. In diesem Sinne sind Wertvorstellungen, Normen und Zuschreibungen durch die Gesellschaft damit verwoben. Die Sozialarbeitenden haben hier also auch einen Auftrag der Haltung. Sie müssen beschämende Strukturen erkennen, die Klientel vor Stigmatisierung schützen und so den sozialen Wandel fördern, Dies entspricht auch den Werten des Berufskodex', welcher die Fachkräfte zur Achtung der Menschenwürde, der Stärkung der Rechte der Klientel sowie zur Bekämpfung von Diskriminierung verpflichtet (AvenirSocial, 2010, S. 9–11).

4 Forschungsdesign

Das folgende Kapitel betrachtet das Forschungsdesign, Kriterien der qualitativen Sozialforschung, den Forschungsgegenstand in Verbindung mit der Festlegung der Zielgruppe sowie das Leitfadeninterview als Erhebungsmethode und abschliessend die Datenauswertung.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wendet der Autor Methoden aus der qualitativen Sozialforschung an. Diese beziehen sich, im Gegensatz zu quantitativen Ansätzen, in der Regel auf eine geringe Anzahl von Fällen. Ziel dieses induktiven Vorgehens ist es, durch Interpretation und Analyse vom Einzelfall auf allgemeinere Zusammenhänge zu schliessen (Bauer & Hussy, 2023, S. 17, 20–21). Dieses Erkenntnisinteresse steht im Zentrum der vorliegenden Bachelor-Arbeit. Die Methodenvielfalt der qualitativen Forschung ist gemäss Kuckartz und Rädiker (2024) äusserst gross (S. 19). Neben den bereits erwähnten Merkmalen gibt es noch weitere Prinzipien gegenüber quantitativen Methoden. Der Forschungsgegenstand wird in seiner natürlichen Lebenswelt untersucht, wobei offene Verfahren zur Anwendung kommen, welche die wenigen Fälle holistisch untersuchen. Es soll bewusst die Perspektive der Befragten erfasst werden. Dabei entstehen Daten in visueller oder verbaler Form, welche wiederum von den Forschenden interpretiert werden. Die qualitative Forschung wird auch als «interaktiv» bezeichnet, da die aktive Beteiligung der Untersuchenden, etwa bei der Datenerhebung durch ein Leitfadeninterview, unterschiedliche Reaktionen bei den Beteiligten hervorrufen kann. Was wiederum nach einer kritischen Hinterfragung bei der Datenauswertung verlangt (Schreier, 2023, S. 206–210).

4.1 Forschungsgegenstand

Der Autor arbeitet als Berufsbeistand und führt Erwachsenenschutzmassnahmen sowie Sozialabklärungen durch. In diesem Zusammenhang sah er sich immer wieder mit einer gewissen Ohnmacht in der Zusammenarbeit mit schizophrenie-betroffener Klientel konfrontiert. Im Zuge der Erarbeitung der Disposition zur Bachelor-Arbeit setzte sich der Autor vermehrt mit entsprechender Literatur zum Störungsbild der Schizophrenie sowie zu Zwangskontexten Sozialer Arbeit auseinander. Dabei zeigte sich, was bereits im Kapitel 1.3 zur Sprache kam: Das Forschungsfeld des Zwangskontextes Sozialer Arbeit lahmt an verfügbaren Daten und Untersuchungen zu Herausforderungen und zur Zusammenarbeit mit der besagten Klientel. In diesem Sinne beinhaltet der Forschungsgegenstand die Klärung bzw. Feststellung von förderlichen und hinderlichen Faktoren in der Zusammenarbeit mit schizophrenie-betroffener Klientel in Zwangskontexten Sozialer Arbeit.

4.2 Feldzugang und Sampling

Die Bestimmung der Stichprobe erfolgte vor dem Beginn der Befragung nach bestimmten Merkmalen, die dem Forschungsgegenstand entsprachen und sich zudem aus theoretischen Bezügen ergaben. Dies nennt man Vorab-Festlegung (Mayer, 2013, S. 39). Für die Beantwortung der Forschungsfrage sollten Personen befragt werden, die mit einer Schizophrenie-Diagnose leben sowie als Klient:in mit Zwangskontexten innerhalb der Sozialen Arbeit in Berührung gekommen sind. Um die Perspektive von Betroffenen zu erfragen sowie den Feldzugang zu gewährleisten, wurde eine Befragung von Peers geplant – idealerweise mit EX-IN-Ausbildung (Experienced Involvement). Dies bietet einerseits den Vorteil, dass diese Personen bereits Fachwissen betreffend ihre Störung aufweisen und aufgrund ihrer Ausbildung auch strukturiert in andere, professionelle Kontexte einbringen können und andererseits darf die Annahme getroffen werden, dass sie als ausreichend stabil gelten, um an einem Leitfadeninterview teilzunehmen (EX-IN Schweiz, o. J.).

Dadurch und aufgrund der beschriebenen Grundlagen geht der Autor davon aus, dass Peers ihre biografischen Erfahrungen in Fachwissen transformiert haben, was

für das vorliegende Forschungsvorhaben von besonderem Interesse ist (Utschakowski, 2023, S. 390–391). Somit müssen die Teilnehmenden drei Kriterien erfüllen: Sie müssen von Schizophrenie betroffen sein, als Peers arbeiten und als Klient:innen mit einem oder mehreren Zwangskontexten Sozialer Arbeit in Kontakt gekommen sein. Zudem ist die Fähigkeit zur mündlichen Kommunikation in deutscher Sprache Voraussetzung für die Teilnahme. In diesem Zusammenhang klärte der Autor vorgängig ab, ob die vorliegende Bachelor-Arbeit unter das Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (HFG) vom 30.09.2011, AS 2013 3215 fällt. Dies wurde aufgrund des nur sehr geringen Zusammenhangs des Forschungsgegenstands mit der Therapie von Schizophrenie aber verneint (E-Mail, 10. Juli 2025).

Die Teilnehmenden sollten über Gatekeeper, konkret über eine E-Mail-Anfrage mit dem Verein EX-IN Schweiz, gewonnen werden. Der Verein leitete die Anfrage an seine Absolvent:innen weiter und verschaffte dem Autor somit Zugang zum Forschungsfeld (Mayer, 2013, S. 46). Die Anfrage an den Verein EX-IN erklärte das Forschungsvorhaben und beinhaltete eine Definition von Zwangskontexten Sozialer Arbeit. Diese Anfrage ergab jedoch wenig bis keinen Rücklauf. Es meldeten sich vier Personen, wobei zwei nicht von Zwangskontexten Sozialer Arbeit betroffen waren und eine Person zu wenig stabil für ein Interview war. Diese Personen eigneten sich somit nicht für die Befragung. Die vierte Person erfüllte alle Kriterien und arbeitet zudem als Genesungsbegleiter in einer Psychiatrie, was als Gewinn für das Forschungsvorhaben zu werten ist.

Aufgrund des geringen Rücklaufs entschied der Autor, weitere Vereine sowie Psychiatrien anzuschreiben. Dabei sei ein Telefonat mit einer Leitungsperson einer kantonalen Psychiatrie erwähnt. Die Person erklärte, dass sie elf Peers beschäftigen aber niemand davon von Schizophrenie betroffen sei (Telefongespräch, 2025, 18. August). Daraus lassen sich keine allgemeingültigen Erkenntnisse ableiten, die Information dient aber als möglicher Hinweis zur Einordnung der Schwierigkeit des Feldzugangs. Mit der Anfrage an Pro Mente Sana konnte schliesslich eine weitere Person gewonnen werden, welche zwar keine Peer-Ausbildung aufweist, aber bereits seit fünf Jahren in diesem Bereich arbeitet. Zudem verfügt diese Person «nur»

über eine Verdachtsdiagnose der Schizophrenie ist aber von einer komplexen post-traumatischen Belastungsstörung sowie einer akuten polymorphen psychotischen Störung betroffen. Zur Verdeutlichung der Schwierigkeit des Samplings sei noch erwähnt, dass die Pro Mente Sana die Anfrage an rund 200 Personen mit Bezug zu psychischen Störungen verschickt hat, welche sich explizit für Anfragen zur Verfügung stellen (E-Mail, 08. September 2025). Die zwei Interviewpartner:innen wurden vorgängig per E-Mail über das Forschungsvorhaben informiert und erteilten ihre schriftliche Zustimmung zur Durchführung.

4.3 Datenerhebung

Der Autor entschied sich zur Untersuchung des Forschungsgegenstands für ein Leitfadeninterview mit Expert:innen. Diese Methode steht in der Tradition der Offenheit qualitativer Forschung und bewährt sich zudem besonders, wenn es um gezielte Aussagen zu einem Forschungsgegenstand geht. Leitfadeninterviews bestehen aus einem vorab erstellten Leitfaden mit offenen Fragen. Sie schaffen einen strukturellen Rahmen und geben den Beteiligten Orientierung in der Bearbeitung des Themas. Dies trägt einerseits zur Vergleichbarkeit der Daten von unterschiedlichen Interviews bei und andererseits wird mit der Struktur eine gezielte Datenerhebung ermöglicht. Allerdings können die Befragten nach wie vor offen antworten, was das Teilen von eigenen Erfahrungen vereinfacht. Wobei die interviewende Person dazu angehalten ist, das Interview inhaltlich zu steuern (Mayer, 2013, S. 37–38).

Der Autor verwendet mit dem Expert:inneninterview eine spezielle Form des Leitfadeninterviews. Die Befragten treten dabei als Expert:innen auf. Normalerweise liegt der Fokus des Erkenntnisinteresses mehr im Fachbereich als in den biografischen Erfahrungen der interviewten Personen. Sie bilden somit eher Vertreter:innen einer Gruppe und dementsprechend muss während des Interviews darauf geachtet werden, dass die Befragten den Fokus auf ihr professionelles Handlungsfeld und nicht ihre biografischen Erfahrungen richten (Mayer, 2013, S. 38). In diesem Fall liegt allerdings eine andere Ausgangslage vor. Wie bereits erwähnt, wurden bewusst Peers ausgewählt, da ihre biografischen Erfahrungen einen wichtigen Teil ihres Fachwissens ausmachen und sie dieses so als Expert:innenwissen weitergeben können

(Utschakowski, 2023, S. 390–391). Diese Methode eignet sich daher besonders, um die professionelle Sichtweise von Peers zu erheben. Die beiden Interviews fanden im Oktober 2025 statt, dauerten zwischen 40 und 50 Minuten und wurden mittels Aufnahmegerät aufgezeichnet, wobei vorgängig eine schriftliche Zustimmung eingeholt wurde.

4.3.1 Entwicklung Leitfaden

Gemäss Bogner et al. (2014) sind Leitfäden in ihrer Ausgestaltung sehr unterschiedlich, in Abhängigkeit vom Interviewstil sowie den zu untersuchenden Themen. Empfohlen wird eine Unterteilung in Themenblöcke mit z.T. vorformulierten Fragen oder einer einfachen Sammlung von Schlagwörtern. Um eine statistische Vergleichbarkeit zu wahren, sollten diese Fragen bzw. Themen in jedem der Interviews, zumindest inhaltlich, angesprochen werden. Wie diese zur Sprache kommen, obliegt der befragenden Person. Sollten sich aus diesen zu wenig Daten bzw. Informationen ergeben, empfiehlt es sich, im Vorfeld entsprechende Nachfragen zu definieren. Bestenfalls können die erstellten Themenblöcke zudem unabhängig voneinander im Gespräch verschoben werden, um den teils völlig unterschiedlichen Gesprächsverläufen Rechnung zu tragen (S. 28–30). Ein besonderes Augenmerk fiel dabei, wie von Bogner et al. (2014) vorgeschlagen, auf den Interviewbeginn (S. 59). Aufbauend auf den vorangehenden Ausführungen entwickelte der Autor der vorliegenden Bachelor-Arbeit die folgenden über- sowie untergeordneten Themen:

Einleitung

- Erläuterung Rahmenbedingungen Leitfadeninterview inkl. Vorstellung interviewende Person.
- Aufzeichnung des Interviews und Umgang mit Datenschutz.

Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden in Zwangskontexten Sozialer Arbeit

- Positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit.
- Negative Erfahrungen in der Zusammenarbeit

• Erleben der Zusammenarbeit.
Ideale Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden in Zwangskontexten Sozialer Arbeit • Rahmenbedingungen für eine ideale Zusammenarbeit • Beitrag der Sozialarbeitenden zur idealen Zusammenarbeit. • Beitrag der Klientel zur idealen Zusammenarbeit.
Herausforderungen • Besonderheiten von Zwangskontexten Sozialer Arbeit. • Herausforderungen in Zwangskontexten Sozialer Arbeit für Menschen mit Schizophrenie.
Förderliche und hinderliche Faktoren • Förderliche und hinderliche Verhaltensweisen / Methoden der Sozialarbeitenden. • Förderliche und hinderliche Umstände im Umfeld der Betroffenen. • Förderliche und hinderliche Umstände in Zwangskontexten Sozialer Arbeit. • Förderliche und hinderliche strukturelle Gegebenheiten.
Abschluss • Möglichkeit zur Nachfrage oder Ergänzung. • Verdankung und Abschluss der Interviews.

Tabelle 2 Themenblöcke Interviewleitfaden (eigene Darstellung)

4.4 Datenauswertung

Im folgenden Kapitel erfolgt die Darstellung der Methode zur Datenauswertung. In einem ersten Schritt wurden die Interviews mittels dem KI-basierten Transkriptionstool «tögg» transkribiert. Dafür wurde im Vorhinein eine schriftliche Einwilligung der interviewten Personen eingeholt. Die generierten Texte wurden manuell überprüft und bei Bedarf korrigiert. Die in Anlehnung an Dresing und Pehl (2018, S. 21–23) definierten Transkriptionsregeln sind dem Anhang zu entnehmen.

Gemäss Kuckartz und Rädiker (2024) gehört die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse in der aktuellen Forschung zu den meist verwendeten. Sie konzentriert sich dabei auf verbale Daten, also auf den aus den Interviews, durch Aufnahme und Transkription, gewonnenen Text. Als Übersicht über die einzelnen Phasen dient Tabelle 3. Wobei die lineare Darstellung dem Prozess aufgrund seiner stetigen Rückbezüglichkeit auf die zu beantwortende Forschungsfrage nicht ganz gerecht wird (S. 105–107). Auf Phase fünf wurde in Anbetracht der geringen Datenmenge verzichtet.

Phase 1 Initiierende Textarbeit, Memos und Fallzusammenfassungen
Phase 2 Entwicklung von Hauptkategorien
Phase 3 Codierung des Datenmaterials mit Hauptkategorien (1. Codierprozess)
Phase 4 Induktive Bildung von Subkategorien
Phase 5 Codierung des Datenmaterials mit Subkategorien (2. Codierprozess)
Phase 6 Einfache und komplexe Analysen
Phase 7 Verschriftlichung der Ergebnisse und Dokumentation des Vorgehens

Tabelle 3 Ablauf einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in sieben Phasen (eigene Darstellung nach Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 132)

Die erste Kategorisierung (vgl. Tabelle 4) ergab sich, wie von Kuckartz und Rädiker (2024) empfohlen, aus den vorher vorgestellten Themenblöcken des Leitfadeninterviews (S. 129) (vgl. Tabelle 2).

Erleben der Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden
Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden
Ideale Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden

Tabelle 4 Hauptkategorien (eigene Darstellung)

5 Darstellung der Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse anhand der zuvor erstellten Hauptkategorien und den daraus gebildeten Subkategorien dargestellt. Es werden zusammenfassende Aussagen sowie allfällige Erläuterungen zur besseren Einordnung der Ergebnisse vorgenommen. Pausen werden mit «(...)» gekennzeichnet, Auslassungen hingegen mit «[...]». Manche der Aussagen stammen aus freiwilligen Aufenthalten in Psychiatrien, was die Frage nach dem Zwangskontext aufwirft. Aufgrund der in Psychiatrien bestehenden Machtasymmetrien, der eingeschränkten Handlungsspielräume sowie den Möglichkeiten zur Sanktionierung finden diese Zitate, aufgrund ihrer Nähe zur eingeführten Definition und in Anbetracht des geringen Datenmaterials, ebenfalls Beachtung bei der Bearbeitung des Forschungsgegenstands (vgl. Kapitel 3.1; Zobrist & Kähler, 2017, S. 31).

5.1 Erleben der Zusammenarbeit

Die Analyse des Interviewmaterials verdeutlichte unterschiedliche Facetten, wie die Teilnehmenden die Zusammenarbeit mit den Fachpersonen Sozialer Arbeit wahrgenommen haben. In den Erzählungen standen drei Aspekte des Erlebens der Zusammenarbeit im Fokus: «Wertschätzung, Anerkennung und ernst genommen werden», «Ermächtigung und Machtlosigkeit», «Scham und Stigmatisierung». Die folgenden Darstellungen bilden jene Elemente ab, die das subjektive Erleben der Zusammenarbeit von schizophreniebetroffenen Personen prägen und zeigen auf, unter welchen Bedingungen die Kooperation behindert oder erleichtert wird.

5.1.1 Wertschätzung, Anerkennung und ernst genommen werden

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde die Relevanz von Anerkennung und Wertschätzung durch Fachpersonen gegenüber der Klientel deutlich. Die Teilnehmenden berichten, dass sie fair behandelt wurden und sich ernstgenommen fühlten. Die Teilnehmerin beschreibt, das aktive Zuhören der Fachperson sowie das Eingehen auf ihre Anliegen, wodurch sie sich verstanden fühlte.

[...] in den Klinik Aufgehalten hat es mir genützt. Sie haben mich wahrgenommen, sie haben zugehört. Sie haben mit mir herausgefunden, ja, was brauche ich [...] und das ist wirklich der Punkt, wo ich gesagt habe, da bin ich verstanden worden (I1, Z. 70-77).

Der Teilnehmer berichtet, dass die sozialarbeitenden Fachpersonen auf seine Anliegen eingingen und ihn nicht entwerteten, weil er auf staatliche Unterstützung angewiesen war. Im Gegenteil, sie behandelten ihn mit Fairness.

Ja, weil die auf meine Anliegen eingegangen sind und mir nicht das Gefühl vermittelt haben, ich sei irgendwie der Letzte und sei unmöglich, dass ich jetzt das Geld kriegen soll. [...] Also vor allem sind sie fair gewesen [...] (I2, Z. 119-122).

Das Ernst-Genommen-Werden als Person erleichterte dem Betroffenen den Zugang zu einer Selbstwirksamkeitserfahrung und stiess einen positiven Entwicklungsprozess an.

Nein, die haben das, die haben das eher befördert, indem sie mich ernstgenommen haben. Also, ja die haben mich als Mensch ernstgenommen dort auf diesem Amt (I2, Z. 265-267).

Er beschreibt zudem, dass die Kooperationsbereitschaft und die Kommunikation auf Augenhöhe wesentlich zu einem positiven Erleben der Zusammenarbeit beigetragen haben.

Ja, eben die, also diese Kooperationsbereitschaft. Auch die auf diesem Büro, haben mir nicht das Gefühl vermittelt, ich sei jetzt der letzte oder es sei jetzt unmöglich, dass ich das wolle und kriegen soll und die haben auf Augenhöhe mit mir geredet. [...] Ich bin gern dorthin / also ja nicht ungern. (...) (I2, Z. 330-334).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Wertschätzung und Anerkennung als förderlich, in Hinblick auf ein positives Erleben der Zusammenarbeit, wahrgenommen werden.

5.1.2 Ermächtigung und Machtlosigkeit

Aus den Interviews wurde klar, dass sich das Erleben der Handlungsmacht in der Zusammenarbeit unterscheidet und in beide Richtungen, ermächtigend und machtlos machend, wahrgenommen wurde. Situationen in denen Entscheidungen ohne Beizug der Betroffenen gefällt wurden und Einschränkungen der Handlungsspielräume stattfanden, führten zu Ohnmacht. Es werden aber auch Momente beschrieben, die von den Befragten als handlungserweiternd und unterstützend wahrgenommen wurden.

Der Teilnehmer berichtet von seiner Ohnmacht, als ihm die sozialarbeitende Person seinen Handlungsspielraum einschränkte bzw. entzog. Diese Situation bewertete er als negativ und sie belastete ihn.

[...] und hat mir dann einfach 200 Franken von der Sozialhilfe abgezogen. [...] Ich habe gedacht, das hätte ich ja auch selber nochmal putzen können. Das hat er mir aber gar nicht angeboten (I2, Z. 45-48).

Weil ich machtlos gewesen bin, ja, ich musste es einfach schlucken (I2, Z. 66-67).

Die Teilnehmerin beschreibt ebenfalls eine Situation mit erlebter Machtlosigkeit. Während langen Klinikaufenthalten verlieren Klient:innen Einflussmöglichkeiten und Angelegenheiten werden von Drittpersonen übernommen und gesteuert.

[...] wenn man vielleicht sechs, neun Monate in der Klinik drin ist, dann verliert man die Wohnung, man kommt nicht mehr mit den Rechnungen nach und alles und das übernimmt alles nachher der Beistand (I1, Z. 287-290).

Neben den einschränkenden Situationen der Machtlosigkeit berichtet der Teilnehmer aber auch von Situationen in denen Handlungsspielräume erweitert oder erhalten wurden. In diesem Fall entschied die sozialarbeitende Person ihm seinen Roller zu belassen, was seine Mobilität sicherte. Dies erlebte er als ermächtigend.

Damit ich den Roller behalten konnte und ich glaube das hat es schon noch ausgemacht, bin ich schon sehr froh gewesen, obwohl sie das ja nicht gemusst hätten, das hätten sie nicht gemusst. Aber das haben sie gemacht, ich muss sagen das ist doch eine positive Erfahrung gewesen [...] (I2, Z. 57-61).

Ebenfalls als ermächtigend erlebt, werden Situationen in denen Eigeninitiative anerkannt und pragmatisch unterstützt wird. Dem Befragten wurde rückwirkend eine selbstorganisierte Zügelfahrt erstattet, obwohl das nicht dem regulären Vorgehen entsprach.

Dann haben sie gesagt: «Ja hey, so geht das natürlich nicht (unv.) das müsste ich vorher mit ihnen abmachen». Aber sie haben es dann trotzdem bezahlt (I2, Z. 132-133).

Des Weiteren berichtet der Teilnehmer von einer Selbstwirksamkeitserfahrung, die er durch die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitenden einer psychiatrischen Klinik gemacht hat.

Und irgendwie ist das eine positive Erfahrung gewesen, wie so eine Art Erlebnis einer Selbstwirksamkeit. Ich glaube das hat das hat mir dann / Wie soll ich sagen, das haben wir ein bisschen aus dem «ist doch alles Wurst und geht sowieso alles den Bach runter» herausgeholt, dass ich gemerkt habe: «Nein, man kann ja etwas am eigenen Leben ändern. Zum Positiven» (I2, Z. 244-248).

Die beiden Teilnehmenden erzählen aber auch von Erlebnissen, in der sie die Zusammenarbeit mit sozialarbeitenden Personen während eines freiwilligen Klinikaufenthalts aktiv vermieden, weil sie Angst vor einer grösseren Machtasymmetrie hatten bzw. befürchteten, in einen engeren Zwangskontext zu geraten oder ihre Autonomie zu verlieren.

[...] die Sozialämterunterstützung von Finanzen und so weiter, dort habe ich eigentlich immer so geschaut, dass ich irgendwie durchkomme, ohne diese Hilfe in Anspruch zu nehmen [...] wo ich gesagt habe: «Hey nein, da will ich nicht hin, vor allem ich will selber über mich bestimmen.» (...) Und das ist das gewesen, wo mich dazu bewogen hat, immer diese Hilfe abzulehnen (I1, Z. 57-65).

Aber das habe ich dann dort eben auch nicht gewollt, weil ich dann plötzlich Angst gehabt habe. Ich kriege dann einen Beistand und das habe ich dann nicht gewollt. Darum habe ich dann das Gespräch mit dem Sozialarbeiter nicht geführt [...] (I2, Z. 398-404).

Abschliessend kann festgehalten werden, dass das Erleben von Macht mit Autonomie, Kontrollverlust, strukturellen Rahmenbedingungen sowie der Wahrung von Handlungsspielräumen verknüpft ist.

5.1.3 Scham und Stigmatisierung

Neben den bereits angesprochenen Subkategorien zeigt das Datenmaterial, dass Scham und Stigmatisierung einen grossen Einfluss auf das Erleben bzw. die Vermeidung einer Kooperation haben. Die Betroffenen erwähnen Scham als innerliche Barriere, oder auch als externe Gewalt, welche aus gesellschaftlichen Zuschreibungen besteht und negativ auf die Zusammenarbeit einwirkt.

Der Teilnehmer beschreibt etwa, dass er aufgrund seiner Scham mit niemandem über seine persönlichen Probleme habe sprechen können. Wobei dies sein Umfeld sowie auch Fachpersonen betrifft. Dies erschwert nicht nur die Zusammenarbeit, sondern auch die Möglichkeit mit Sozialarbeitenden in Kontakt zu kommen.

Bei mir ist es oft das Problem gewesen, dass ich gar nicht geredet habe über das, wo mich beschäftigt hat. Mit niemandem. Und das ist nicht gut gewesen, das habe ich auch zuerst lernen müssen. Überhaupt über mein Inneres überhaupt zu reden. Ich habe mich so geschämt (I2, Z. 291-294).

Neben persönlichen Inhalten bezieht sich die erlebte Scham der Betroffenen aber auch auf eine mögliche Inanspruchnahme von Unterstützung aus Zwangskontexten Sozialer Arbeit. Die Betroffenen erzählen, dass gesellschaftliche Zuschreibungen eine erhebliche Hemmschwelle darstellen, wobei dieser Umstand vor allem bereits vor einer allfälligen Zusammenarbeit auftritt und somit auch zur Vermeidung von professioneller Unterstützung führt.

Ich denke, vor allem vom schambehafteten, jeder will gut sein, jeder will der Beste sein und / Oder man will es verstecken oder man will gar nicht, weil es dann irgendwie von Stigmatisierungen bis zu (...) Sachen kommt [...] Das wollte ich gar nicht von der Scham her, zum Beispiel den Staat ausnützen und was denken die anderen, die gehen arbeiten und wir gehen auf das Sozialamt und so weiter, wo vielleicht da die Hemmungen da sind. Also bei mir sind die Hemmungen da. Wirklich so man will dann nicht (I1, Z. 245-256).

Abschliessend beziehen sich die gesellschaftlichen Zuschreibungen auch auf die Schizophrenie selbst. Die Betroffenen werden stark stigmatisiert und etwa als gewalttätig verurteilt.

Schizophrenie gehen wir immer mit Gewalt rein/ in Verbindung setzen oder. Das ist typisch bei Schizophrenie [...] Jeder reagiert anders und ich habe jetzt mit Psychosen reagiert und nicht mit anders und das ist das, wo die Leute vielleicht dann immer verurteilen und beurteilen, obwohl sie gar nie alles wissen. Und das ist das, ja wo für ein Schizophreniepatient schwierig ist (I1, Z. 332-343).

Scham und Stigmatisierung wirken somit als interne und externe Faktoren auf die Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Fachpersonen ein und verzögern oder behindern diese.

5.2 Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden

Die Auswertung des Datenmaterials zeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen den Befragten und den Fachpersonen von verschiedenen strukturellen, interaktionellen und gesundheitsbezogenen Faktoren geprägt ist, die die Kooperation beeinträchtigen können. Diese Faktoren beeinflussen, ob, wie und in welchen Umfang Kooperation möglich ist. Dabei lassen sich insbesondere «systemische Barrieren», «gesundheitsbezogene Herausforderungen» sowie die «Einschränkung von Handlungsspielräumen» identifizieren.

5.2.1 Systemische Barrieren

Aus dem Datenmaterial geht hervor, dass in der Zusammenarbeit zwischen Klientel und Fachpersonen strukturell bedingte Hindernisse bestehen, welche die Kooperation oder Inanspruchnahme von Unterstützung behindern. Diese betreffen insbesondere Zuständigkeiten, Übergänge sowie die Koordination zwischen unterschiedlichen Settings und die personellen, sozialarbeiterischen Ressourcen. Diese strukturellen Einflussfaktoren führen oft zu Brüchen im Unterstützungsprozess.

Die Teilnehmerin berichtet etwa, dass nach Austritten aus stationären Unterbringungen keine Anschlusslösungen in ambulante, sozialarbeiterische Settings vorhanden waren und dies zum Abbruch der Unterstützung führte.

Was ich eher negativ erlebt habe, ist, dass dann nach den Klinikaufenthalten dann wie ein Bruch gewesen ist (I1, Z. 38-39).

[...] irgendwie keine Lösung wirklich gefunden, also für später für nachher, nach dem Klinikaufenthalt und das ist das wo ich ein bisschen schade gefunden habe.

[...] Wie können wir dann das Weiteraufbauen ohne Zwang (I1, Z. 89-91; 96).

Durch die Brüche bzw. die fehlende Begleitung fühlte sich die Betroffene überfordert und auf sich allein gestellt.

[...] natürlich man ist dann aus der Klinik und die meisten nicht mehr im Sozialarbeiter-Netz drin [...] dass man dann irgendwie alleine ein bisschen schauen muss. Und ich dort fast ein bisschen untergegangen bin oder sozusagen mit allem zusammen selber schauen, selber Handeln, Büroarbeiten [...] (I1, Z. 43-48).

Die Teilnehmerin berichtet zudem von häufigen Wechseln von Bezugspersonen und somit von fehlender Kontinuität in der Unterstützung durch Sozialarbeitende.

[...] und manchmal ist halt die Kommunikation, wo dann ja / oder auch Situationen, wo dann alles durcheinander kommt. Wo man dann gar nicht mehr ja. Eine Bezugsperson hat, eine feste Bezugsperson (I1, Z. 111-113).

Neben der fehlenden Kontinuität in der Begleitung spricht die Teilnehmende auch die Fragmentierung der Unterstützung an. Durch die parallellaufenden Unterstützungsangebote und die fehlende Gesamtkoordination entstand das Gefühl, zwischen die Systeme zu fallen. Wobei sie vermutet, dass diesem Umstand mit einem engeren Zwangskontext positiv begegnet werden könnte.

Die freiwillige Beratung hat einen Sozialarbeiter, die Psychiatrie hat wieder einen Sozialarbeiter, die Klinik, die Rehaklinik hat wieder einen Sozialarbeiter aber es ist / Jeder hat nur sein Paar und nicht das Allgemeinere und das ist das, wo ich ein bisschen problematisch gefunden habe in meinem Fall jetzt, wenn es nicht so brutal zwangsmässig gewesen ist, so zwangsmässig Beistand und so weiter. Und das ist dann für mich dann so, zwischen das System fallen (I1 Z. 165-170).

Dabei spricht sie auch die Koordinationsprobleme und die fehlende Abstimmung zwischen den Institutionen sowie den Ressourcen- bzw. Personalmangel an, welche die Zusammenarbeit weiter beeinträchtigen.

[...] und ein paarmal sind viele Hilfen dann auch wieder schlecht. [...] das Koordinieren. Das hat mir auch bisschen gefehlt (I1, Z. 157-160).

Man hat zu wenig Zeit, man hat zu wenig Geduld, man hat zu wenig / (...) Alles muss schnell schnell gehen. Man hat zu wenig Leute. Im Sozialen. [...] Oder das

Zusammenarbeiten zwischen diesen verschiedenen Dingen, das scheitert einfach dann, weil es dann jeder sagt: «Ja das ist nicht meins. Nicht mein ja Gärtchen» (I1, Z. 270-274).

Der Teilnehmer berichtet ebenfalls von einem strukturellen Defizit. Er hatte keine Kenntnisse, wie er sich bei der Sozialhilfe anmelden musste. Die Nichtkenntnis von Abläufen und Erwartungen stellte für ihn ein grosses Hindernis dar.

Interviewer: Wieso ist diese Situation so herausfordernd gewesen?

Interviewte Person: Ja weil ungewohnt gewesen ist, Neuland. Ich habe nicht gewusst, wie es funktioniert und das auch von niemandem gekannt, wo Sozialhilfe gekriegt hat. Ich habe niemanden gekannt, wo in so einer Situation gewesen ist. [...] Ja ich habe nicht gewusst, was mich erwartet (I2, Z. 352-358).

5.2.2 Gesundheitsbezogene Herausforderungen

Neben den systemischen Barrieren spielen auch gesundheitsbezogene Faktoren in der Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und Klientel eine grosse Rolle. Aus dem Datenmaterial geht hervor, dass Symptomatik und emotionale Belastungen die Kooperationsfähigkeit erheblich beeinflussen. Die interviewten Personen berichten etwa von Misstrauen, emotionaler Überforderung und sozialem Rückzug, was sich negativ auf die Zusammenarbeit mit den Fachpersonen auswirkt.

Die Teilnehmerin hebt das Misstrauen als wichtigen Aspekt in der Zusammenarbeit mit schizophreniebetroffener Klientel hervor. Es kann als Symptom auftreten und sich negativ auf die Kooperationsfähigkeit der Klientel auswirken.

Vor allem bei Schizophrenie bist du misstrauisch und lässt niemanden an dich heran oder und das ist das wo ich denke, das ist dann der Punkt, wo dann leider immer das zum Zwang kommt. Beistandmässig, dass man dann einen Beistand bekommt [...] (I1, Z. 236-239).

Der Teilnehmer erzählt von emotionaler Belastung, er befand sich in einer Phase der starken Motivationslosigkeit, die die Zusammenarbeit mit den Fachpersonen beeinträchtigt hat.

Ja ich bin halt damals so ein bisschen in einer Leck-mir-Stimmung drin gewesen. Ist mir alles gleich gewesen. «Jetzt geht sowieso alles den Bach runter [...] Ist halt keine konstruktive Lebenshaltung [...] (I2, Z. 209-212)

Eine weitere Herausforderung in der Zusammenarbeit zeigt sich ebenfalls in der Symptomatik der Schizophrenie. Diese kann sich auch in Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung und der Selbstdisziplin zeigen, insbesondere im Umgang mit Geld, wie der Teilnehmer ausführt.

[...] der Umgang mit dem Geld. Das braucht eine gewisse Selbstdisziplin und die ist eben manchmal schwierig aufzubringen [...] das Ich ein bisschen geschwächt [...] jemand mit Schizophrenie in so eine Geldnot hineinkommt. [...] I2, Z. 375-380)

Hinzukommt der soziale Rückzug sowie das eingeschränkte zwischenmenschliche Verhalten, das die Zusammenarbeit behindert oder allenfalls gar verunmöglicht.

[...] gerade solche Sachen im Sozialen ist man halt irgendwie [...] Gehemmt, gehindert an einem schönen zwischenmenschlichen Verhalten. [...]. Darum, viele pflegen ja auch ihre Sozialkontakte nicht mehr oder ja, also das ist mir auch so gegangen (I2, Z. 448-453).

Somit stellen gesundheitsbezogenen Faktoren nicht nur individuelle Belastungen dar, sondern sie betreffend auch direkt die Kooperation mit den Fachpersonen. Da etwa alltagspraktische Fähigkeiten, der Vertrauensaufbau und das zwischenmenschliche Verhalten betroffen sein können.

5.2.3 Einschränkung von Handlungsspielräumen

Derweil besteht eine zentrale Herausforderung in den asymmetrischen Machtverhältnissen und eingeschränkten Handlungsspielräumen. Diese Begrenzungen zeigen sich, wenn keine Mitbestimmung zugelassen wird oder Entscheidungen nicht verhandelbar sind.

Der Teilnehmer berichtet von einem alternativlosen, gekürzten Lebensunterhalt in der Sozialhilfe, obwohl er die Wohnung selbst nachgeputzt hätte. Wenn er denn nur die Möglichkeit dazu erhalten hätte. Dieses Beispiel zeigt dabei das Spannungsverhältnis zwischen Kontrolle, Unterstützung und den rechtlichen Rahmenbedingungen in Zwangskontexten Sozialer Arbeit (vgl. Kapitel 3.1.2).

Weil ich machtlos gewesen bin, ja, ich musste es einfach schlucken (I2, Z. 66-67).

[...] und hat mir dann einfach 200 Franken von der Sozialhilfe abgezogen. [...] Ich habe gedacht, das hätte ich ja auch selber nochmal putzen können. Das hat er mir aber gar nicht angeboten (I2, Z. 45-48).

Er erzählt des Weiteren über die hypothetische Einschränkung von Handlungsspielräumen, die mögliche Abwertung durch Sozialarbeitende bzw. das Ausspielen von Macht und dass in Zwangskontexten Sozialer Arbeit auch damit gerechnet werden müsse.

Ja, wenn sie, wenn sie mich zusammengeschissen hätten oder mich hätten spüren lassen, dass sie die Mächtigen sind. Oder dass ich sowieso untendurch muss. Diese Möglichkeit hätte es glaube ich schon gegeben oder es gibt sicher auch andere, wo das so erleben müssen, leider. So wie ich gehört habe, ja (I2, Z. 339-343).

Die Teilnehmerin berichtet ebenfalls von der Herausforderung, den Betroffenen genügend Handlungsspielraum zu geben und sie entsprechend einzubeziehen sowie ihnen etwas zuzutrauen.

Anstatt dass man immer noch, ja alles erledigt. Etwas zutrauen auch an den Betroffenen und da scheitert es meistens (I1, Z. 264-265).

Die Ausführungen verdeutlichen die Relevanz der Macht- und Ermessensausübung für die betroffene Klientel. Insbesondere bei fehlender Transparenz und Partizipation kann sich diese beeinträchtigend auf die Zusammenarbeit auswirken. Zudem ist die Erwartung der Klientel mitzudenken, dass eine negativ bewertete Machtausübung zum Einsatz kommen könnte.

5.3 Ideale Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden

Die Ergebnisse aus dem Interviewmaterial machen die Vorstellungen der Befragten deutlich, wie eine optimale Zusammenarbeit aussehen sollte. Neben den bereits erschlossenen Faktoren der Wertschätzung, Anerkennung und dem Ernstgenommen werden, betonen die Betroffenen die ebenfalls erwähnte Wahrung und Eröffnung von Handlungsspielräumen sowie die Förderung der Selbstbestimmung. Abschliessend erweist sich der Einbezug des Umfelds und eine lebensweltorientierte Herangehensweise von grosser Bedeutung für die Zusammenarbeit mit den Fachpersonen Sozialer Arbeit.

5.3.1 Wahrung von Handlungsspielräumen und Empowerment

Beide Teilnehmenden verweisen auf die Wichtigkeit zu selbstbestimmtem Handeln sowie eigene Entscheidungen treffen zu können. Eine ideale Zusammenarbeit besteht in der Folge nicht in der Übernahme von möglichst vielen Aufgaben durch die Sozialarbeitenden, sondern viel mehr in der Ermächtigung der Klientel.

Der Teilnehmer erzählt etwa, wie er sich gewünscht hätte, dass er eigenständig hätte handeln können.

Ich hätte mir gewünscht, dass er mir anbietet, dass ich jetzt nochmal nachputzen dürfte. Das hätte ich mir damals gewünscht, ja (...) (I2, Z. 82-83).

Die Teilnehmerin spricht sich ebenfalls für die Unterstützung ihres selbstbestimmten Handelns aus und gegen die vollständige Übernahme durch die Fachperson.

Ich will das gerne selber lernen und nicht das Abgeben [...] dass man es begleitet oder dass man nicht das Zeug abnimmt, sondern dass man das mit den Betroffenen lernt, dass es eine Routine wird (I1, Z. 101-105).

Sie betont weiter die Wichtigkeit der Erhaltung der Selbstständigkeit, insbesondere auch bei finanziellen Entscheidungen.

Ich will selber über die Finanzen bestimmen, wo ich es ausgabe und wo nicht oder ich will das selber erschaffen (I.1, Z. 62-64).

Der Teilnehmer berichtet über eine Situation, in der er sich eine Beistandsperson gewünscht hätte, im Nachhinein war er aber froh, hatte sich die damalige Sozialarbeiterin dagegen entschieden, da dies seine Selbstständigkeit erhielt.

Sie hat dann gefunden: «Sei nicht nötig». Ja, und das ist auch gut gewesen. Ich bin vielleicht froh, dass ich keinen Beistand gekriegt habe. [...] Mehr Selbstständigkeit ist / Im Moment komme ich auch gut klar mit den Finanzen (I2, Z. 160-161; Z. 193-194).

Es lässt sich festhalten, dass eine ideale Zusammenarbeit in der Stärkung von selbstbestimmtem Handeln sowie der möglichst grossen Wahrung der Autonomie besteht und nicht in der unüberlegten Übernahme aller Aufgaben für die Klientel durch die sozialarbeitende Person. Der Klientel soll die Verantwortung für das eigene Leben zugetraut werden.

5.3.2 Einbezug des Umfelds und lebensweltliche Orientierung

Die beiden Teilnehmenden beschreiben die Bedeutung des Einbezugs des Alltags sowie des Umfelds der Betroffenen. Die Sozialarbeitenden sollen eine lebensweltorientierte Haltung vertreten und nicht nur im institutionellen Rahmen verbleiben. Sie verweisen damit auf den Einbezug von Angehörigen und Bezugspersonen sowie Besuche im Wohnumfeld.

Die Teilnehmerin beschreibt, dass Unterstützung unbedingt auch vor Ort und nicht nur im Büro stattfinden soll, nur so kann die Lebensrealität von Betroffenen erfasst werden.

[...] dass man vielleicht auch einmal nicht im Büro trifft, sondern mal Zuhause zum Klient, also ja zum Betroffenen Zuhause hingehst und dass man vielleicht auch von Zuhause mal die Situation anschaut, [...] einfach mal dort eine Stunde verbringt und schaut ja was können wir denn bewirken (I1, Z. 224-233).

[...] dass man dann wirklich ein Setting macht, wo man nach Hause geht und mit wem lebt diese Person (I1, Z. 367-368).

In diesem Sinne heben die Teilnehmenden neben der Orientierung am alltäglichen Leben zudem besonders den Einbezug von nahestehenden Personen und Angehörigen hervor. Diese stellen für sie eine wichtige Ressource in der Zusammenarbeit dar und müssen am Prozess beteiligt werden.

Ja, dass man wirklich nicht nur den Betroffenen selber ins Boot holt, sondern auch wirklich die wo um ihn herumleben. Also das heisst im Angehörigen-Setting, wirklich die, wo ein enges Verhältnis haben [...] Und dass vielleicht dann auch die ein Wort haben und nicht nur der Betroffene (I1, Z. 361-376).

Der Teilnehmer schildert etwa, dass sein Vater ihn zur Sozialarbeiterin begleitete und er sich wünschen würde, dass die Fachpersonen die Angehörigen mehr in die Zusammenarbeit miteinbeziehen. Wobei aber die individuellen Bedürfnisse der Klientel beachtet werden sollten.

Ja, mein Vater ist sogar einmal mitgekommen mit mir zu dieser Frau L. [...] Ja eigentlich schon, (...) wenn möglich natürlich, das wollen ja nicht alle (I2, Z. 305-306; 322).

Die Teilnehmerin hält zudem die Teilhabe und öffentliche Präsenz in der Lebenswelt der Klientel fest.

[...] Aufklärungsarbeiten und vor allem auch mit dem Klienten mal auf die Strasse hinausgehen und dann mal schauen, wie verhalten die anderen Leute vom Dorf [...]. Oder dass der Sozialarbeiter vielleicht ein Gespräch führt und der Betroffene ist nebenan, aber dann ist er schon wieder ein bisschen integriert im Sozialen (I2, Z. 388-396).

Diese Aussagen verdeutlichen, dass eine Zusammenarbeit in der Lebenswelt der Betroffenen stattfinden soll und nicht nur durch institutionelle Rahmenbedingungen und standardisierte Abläufe geprägt sein sollte, sondern auch durch Nähe und Dialog sowie einem ehrlichen Interesse am Alltag der Klient:innen.

5.3.3 Transparenz und Auftragsklärung

Transparente Kommunikation sowie klare Vorstellungen über die Rollen und Verantwortlichkeiten der Sozialarbeitenden sind aus der Perspektive der Betroffenen wichtig, um eine gelingende Zusammenarbeit herzustellen. Des Weiteren trägt die Information über Grenzen des sozialarbeiterischen Handelns sowie der eigenen Rechte und Erwartungen ebenso dazu bei.

Beide Teilnehmenden sind sich einig, dass beim Eintritt in eine Psychiatrie frühzeitig Informationen bereitgestellt, eine Auftrags- und Rollenklärung vorgenommen sowie ein erster Kontakt zu einer sozialarbeitenden Person hergestellt werden sollte. Die Kontaktaufnahme sowie die Auftrags- und Rollenklärung sollen somit nicht dem Zufall überlassen werden.

Ja, wenn man beim Eintritt informiert würde [...] dass man es so zu einem festen Bestandteil macht (I2, Z. 431-434).

[...] dass man schon beim Eintrittsgespräch: ist es Zwang, ist es nicht Zwang, ist es freiwillig oder Zwang, dass man dort einen Sozialarbeiter reintut [...] (I1, Z. 290-292).

Der Teilnehmer erläutert, dass fehlende Informationen über Ansprechpersonen und Angebote die Inanspruchnahme von Unterstützung erschweren, in diesem Falle der Sozialhilfe.

wenn man darauf hingewiesen würde, wenn man einzieht oder zuzieht in so einen Ort. Das da kurz ein Porträt von dieser Person ist vom Sozialamt. [...] Könnte man sagen: «Das ist der Herr H. und leitet das Sozialamt und wenn sie in einer so schwierigen Situation sind, wenden sie sich an ihn» (I2, Z. 363-368).

Es zeigt sich, dass mithilfe von Transparenz sowie Auftragsklärung Unsicherheiten im (Erst-) Kontakt mit den Sozialarbeitenden reduziert werden können und eine gelingende Zusammenarbeit gefördert werden kann.

Es lässt sich abschliessend festhalten, dass neben der bereits erwähnten Anerkennung, Wertschätzung sowie ernst genommen werden, insbesondere die Beibehaltung oder Eröffnung von Handlungsspielräumen sowie die Ermächtigung diese zu nutzen, die Elemente einer idealen Zusammenarbeit bilden. Als weitere förderliche Umstände haben sich der Einbezug des sozialen Umfelds sowie transparente Kommunikation zur Stärkung der Sicherheit und Orientierung gezeigt.

In diesem Sinne konnten in den vorangehenden Kapiteln Faktoren herausgearbeitet werden, welche das Erleben der Betroffenen, die Herausforderungen sowie die ideale Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden betreffen. Diese Faktoren werden im kommenden Kapitel in Bezug zur beschriebenen Theorie gesetzt und diskutiert.

6 Diskussion der Forschungsergebnisse

Dieses Kapitel dient der Verknüpfung der theoretischen Grundlagen aus den Kapiteln 2 und 3 mit den in Kapitel 5 dargelegten Forschungsergebnissen. Dabei erfolgt eine Verdichtung der Ergebnisse. Zunächst werden die förderlichen Faktoren in der Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden interpretiert, im zweiten Teil werden die hinderlichen Faktoren abgehandelt.

6.1 Wertschätzung, Anerkennung und ernst genommen werden als salutogenetische Wirkfaktoren

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Wertschätzung, Anerkennung und das Ernst-Genommen-Werden wichtige Elemente einer positiv erlebten Zusammenarbeit darstellen. Sie lassen sich als Stärkung von psychosozialen Aspekten von generalisierten Widerstandsressourcen im Sinne der Salutogenese interpretieren. Diese tragen dazu bei, dass Situationen als sinnvoll, verständlicher und bewältigbar erlebt werden. Dadurch fällt die Bewältigung von Stressoren leichter, was kohärente Lebenserfahrungen ermöglicht und zu sozialer Teilhabe sowie persönlicher Kontrolle beiträgt. Wobei dies im Konzept der Salutogenese eine Verschiebung in Richtung Gesundheit auf dem Kontinuum bewirkt (Faltermaier, 2023a, S. 81–83; Lindström & Eriksson, 2019, S. 39–40). Im Sinne des Vulnerabilität-Stress-Modells stärkt dies die Schutzfaktoren der Betroffenen und kann das Auftreten von psychotischen Episoden eindämmen (Hammer & Plössl, 2015, S. 16). Als Praxisbeispiel sei etwa der Termin bei einer sozialarbeitenden Person angeführt, der bei Klient:innen grossen Stress auslösen kann. Wird dieser Kontakt jedoch wertschätzend gestaltet, können Selbstwirksamkeitserfahrungen und Bewältigungsstrategien entstehen, welche das selbstbestimmte Handeln weiter stärken.

Eine wertschätzende Beziehungsgestaltung entspricht auch den Aussagen von Stemmer-Lück (2009), die betont, den Betroffenen Verständnis entgegenzubringen, insbesondere in Krisen (S. 304–305). Ebenso weisen Klug und Zobrist (2021)

daraufhin, dass die Beziehung auf Augenhöhe gestaltet werden und eine akzeptierende Haltung zum Ausdruck kommen soll (S. 61).

Dahingehend darf angenommen werden, dass diese Faktoren in Zwangskontexten grundsätzlich eine zentrale Rolle spielen und von den Befragten positiv erlebt werden. Allenfalls sind sie aber für die interviewten, schizophreniebetroffenen Personen von besonderer Bedeutung, da sie deren Vulnerabilität gegenüber psychosozialen Stressoren zu reduzieren und ihre Selbstwirksamkeit zu stärken scheinen.

6.2 Wahrung von Handlungsspielräumen als Empowerment

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Wahrung bzw. Eröffnung von Handlungsspielräumen und die Wahrnehmung von selbstbestimmtem Handeln als klar ermächtigend erlebt werden. Es zeigt sich, dass nicht die Übernahme aller Aufgaben durch Fachpersonen als hilfreich empfunden wird, sondern wenn eine Anleitung bzw. eine Koproduktion zwischen Klientel und Sozialarbeitenden stattfindet. Es benötigt also die Bereitschaft und strukturelle Möglichkeiten der Fachkräfte, die Ressourcen der Betroffenen gezielt zu erkennen sowie zu aktivieren. Dies entspricht dem Ansatz des Empowerments. Es soll eine Befähigung zur Gestaltung der jeweiligen Lebenswelten stattfinden und nicht die Gestaltung nach den Vorstellungen der Sozialarbeitenden, dabei findet auch eine Beachtung der Individualität der Klientel statt (Sohns, 2009, S. 81–84).

In diesem Sinne lassen sich auch die Aussagen von Klug und Zobrist (2021) dazu in Verbindung setzen bzw. kann ein Bezug zur vorher erwähnten Gewährung von Anerkennung und Wertschätzung festgestellt werden (S. 61). Denn gemäss dem Empowerment sollen die Betroffenen in einer partnerschaftlichen Beziehung gesehen werden, als Koproduzent:innen und als Expert:innen ihrer Lebenswelt (Sohns, 2009, S. 83–84). Die Ermöglichung von selbstbestimmten Handlungen und die Wahrung bzw. Erweiterung von Handlungsspielräumen, etwa in finanzieller und organisatorischer Hinsicht, befähigt die Klientel und erschafft Selbstwirksamkeitserfahrungen. Dies entspricht wiederum der beabsichtigten Wirkung der Zusammenarbeit der Sozialen Arbeit – der Schaffung von Handlungsmöglichkeiten, der Verbesserung

der Lebenslage der Betroffenen und der Reduktion der Unterstützungsleistung durch die Fachkraft (Hochuli-Freund & Stotz, 2017, S. 110; Merten, 2015, S. 61–62).

Dabei sei nochmals auf die im vorherigen Kapitel gemachten Erkenntnisse zum Vulnerabilitäts-Stress-Modell verwiesen. Auch hier darf angenommen werden, dass die Stressbelastung durch die Schutzfaktoren gesenkt wird. Somit kann im Zusammenspiel von Anerkennung, der Wahrung bzw. Eröffnung von Handlungsmöglichkeiten und Selbstwirksamkeit von einer «salutogenetischen Empowerment-Wirkungskette» gesprochen werden.

Die beschriebenen, ermächtigenden Handlungen durch die Sozialarbeitenden können im Sinne von Staub-Bernasconi (2018) als Einsatz von Begrenzungsmacht verstanden werden. Macht wird dabei nicht zur Einschränkung von Handlungsräumen, sondern für deren Erweiterung verwendet (S. 418).

Dahingehend darf angenommen werden, dass für die befragten Personen Empowerment bzw. die Wahrung und Eröffnung von Handlungsspielräumen als zentrale Faktoren in der Stärkung von Selbstwirksamkeit, Autonomie und psychosozialer Stabilität gelten. Des Weiteren zeigt sich, dass Macht in den untersuchten Kontexten nicht nur einschränkend, sondern bei reflektiertem Einsatz auch als selbstbestimmungsfördernd erlebt wird. Empowerment erweist sich, gerade in Verbindung mit Begrenzungsmacht, in der durchgeführten Untersuchung somit als zentraler Mechanismus einer lebenswelt- und kooperationsorientierten Zusammenarbeit.

6.3 Lebensweltliche Orientierung und Einbezug des Umfelds als stabilisierende Faktoren

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Zusammenarbeit nicht ausschliesslich in institutionellen Settings stattfinden sollte. Die Unterstützung wird von den Betroffenen erst als wirksam erlebt, wenn sie die konkrete Lebensrealität erfasst und im Alltag ansetzt. Dies unterstreicht die Bedeutung einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit im Sinne von Thiersch (2020), die den Alltag der Klientel als zentralen

Bezugspunkt professionellen Handelns verwendet (S. 88–89). Die Ergebnisse zeigen denn auch die Bedeutung des Umfelds für die Lebenswelt der Betroffenen, das den Unterstützungsprozess aktiv oder auch im Hintergrund mittragen kann. Die Angehörigen können institutionelle Zugangsbarrieren abbauen, wirken entlastend und fungieren gemäss dem Trialog-Gedanken ebenfalls als Expert:innen, deren Fachwissen und Unterstützungsmöglichkeiten es aus Sicht der Sozialen Arbeit zu nutzen gilt (Utschakowski, 2023, S. 383–385). Die Ergebnisse spiegeln zudem die Annahmen der im Theorieteil dargelegten bio-psycho-sozialen Behandlungsmodelle wider, welche einen gezielten Einbezug der Angehörigen fordern sowie ihren Einfluss auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben darlegen (Rey, 2011, S. 835). Dabei sind jedoch unbedingt die Wünsche der Klientel bzw. datenschutzrechtliche Bestimmungen im Kontakt mit Angehörigen bzw. anderen Institutionen zu beachten.

Insgesamt kann für die vorliegende Untersuchung gesagt werden, dass die Zusammenarbeit mit den Befragten nicht isoliert, sondern mit den lebensweltbedingten Faktoren betrachtet werden muss. Ihre stabilisierende Wirkung entfaltet sie vor allem im Zusammenspiel von individueller Unterstützung, sozialer Einbettung und lebensweltlicher Orientierung.

6.4 Transparenz und Auftragsklärung als Begrenzungsmacht

Aus den Ergebnissen geht die Bedeutung einer klaren Auftrags- und Rollenklärung hervor, sie bildet eine Voraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit. Besonders für den Erstkontakt sozialarbeiterischer Unterstützung scheint sie für die Betroffenen äusserst wichtig zu sein. Fehlende Informationen führen zu Überforderung und verhindern die Inanspruchnahme der besagten Unterstützung. Frühzeitige Informationen und Transparenz reduzieren diesen Stressfaktor.

Gemäss Stemmer-Lück (2009) weisen schizophreniebetroffene Personen oft Gefühle von Kontrollverlust oder Misstrauen auf (S. 290–291). Es darf die Vermutung angestellt werden, dass diese Personengruppe daher ein besonderes Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle hat. Vor dem Hintergrund der Ausführungen von Zobrist und Kähler (2017, S. 31) zu den Bedingungen von Zwangskontexten Sozialer

Arbeit, kann angenommen werden, dass diese Merkmale die Symptomatik der Schizophrenie verstärken, einen erheblichen Stressfaktor für die Betroffenen darstellen und das Risiko für psychische Krisen erhöhen.

Umso wichtiger erscheint daher die Benennung des doppelten Mandats und die Aufzeigung von Möglichkeiten, Grenzen sowie der unterschiedlichen Rollen der beteiligten Akteur:innen (Zobrist & Kähler, 2017, S. 53–59). Dies verschafft den Betroffenen auch eine aktive Rolle und dient im Sinne des Empowerments als Befähigung sowie Erschliessung von Ressourcenquellen. Es entspricht zudem den Grundsätzen einer partnerschaftlichen Arbeitsbeziehung und schafft Kommunikation auf Augenhöhe (Sohns, 2009, S. 81–84). In Zwangskontexten wird Transparenz somit zu einer Art der Begrenzungsmacht im Sinne von Staub-Bernasconi (2018, S. 418), da die Machtverhältnisse offengelegt und so nicht mehr willkürlich erscheinen. Die damit verbundene Offenlegung von institutionellen Rahmenbedingungen, die Thematisierung von Macht sowie die Förderung von Partizipation entsprechen auch den machttheoretischen Folgerungen von Zobrist und Kähler (2017, S. 48). Diese Transparenz schafft Vertrauen, reduziert Ohnmachtsgefühle sowie Widerstand und ermöglicht die Erschliessung von Ressourcen. Dahingehend fügt sich die Transparenz in den vorliegenden Ergebnissen in die bereits eingeführte «salutogenetische Empowerment-Wirkungskette» ein, indem sie die Handhabbarkeit erhöht, die Selbstwirksamkeit stärkt und zur psychosozialen Stabilität beiträgt.

6.5 Behinderungsmacht und Einschränkung von Handlungsspielräumen als psychosoziale Stressoren

Erlebte Machtlosigkeit und eingeschränkte Handlungsspielräume dürfen aufgrund der Ergebnisse als zentrale, hinderliche Faktoren in der Zusammenarbeit betrachtet werden. Werden Entscheidungen ohne Partizipation der Betroffenen getroffen, oder zu viele Aufgaben durch die Fachkräfte übernommen, führt dies zu Gefühlen der Ohnmacht und zu Kontrollverlust. Diese Erfahrungen wirken sich negativ auf Selbstwirksamkeitserfahrungen sowie die Kooperation mit der Fachkraft aus. Sie lassen sich im Sinne des Doppelmandats einordnen. Die Sozialarbeitenden arbeiten

mit einem staatlichen Auftrag und somit im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle (Hochuli-Freund & Stotz, 2017, S. 49–50). Sie sollen der Klientel einerseits Unterstützung zukommen lassen, andererseits sollen sie aber normabweichendes Verhalten sanktionieren (Lutz & Lindenberg, 2021, S. 101). Für die Betroffenen ergibt sich somit aus einer abstrakten, staatlichen Logik ein direkter Eingriff in ihre Lebenswelt, der sie in ihrer Autonomie einschränkt, als Beispiel kann etwa die Kürzung der Sozialhilfe herangezogen werden. Solche Beschneidungen der Handlungsmöglichkeit können im Sinne von Lutz und Lindenberg (2021) als enger Zwang interpretiert werden (S. 21–22). Zobrist und Kähler (2017) verweisen darauf, dass die bloße Option von Zwang handlungssteuernd wirkt, wobei dieser Umstand durch die Ergebnisse bestätigt wurde (S. 28). Die Angst in Zwangskontexte Sozialer Arbeit zu geraten, bewirkte die Vermeidung von Unterstützungsangeboten. In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich also, dass bereits eine angenommene Machtausübung zu Vermeidungsverhalten und Rückzug führen kann.

In diesem Kontext lassen sich diese Erfahrungen als Ausdruck von Behinderungsmacht nach Staub-Bernasconi (2018) erklären. Diese zeigt sich dort, wo der Zugang zu Ressourcen eingeschränkt, Handlungsspielräume verringert oder entzogen und Mitbestimmung verhindert wird. Diese Erfahrungen stehen dabei in starkem Kontrast zur vorgängig beschriebenen Begrenzungsmacht (S. 414, 418). Allenfalls wirken die von Zobrist und Kähler (2017, S. 31–32) beschriebenen, den Zwangskontexten inhärenten Machtasymmetrien besonders belastend auf schizophreniebetroffene Klientel ein. In Anbetracht des Vulnerabilitäts-Stress-Modell ist davon auszugehen, dass Kontrollverluste und intransparente Machtanwendung durch eingeschränkte Handlungsspielräume als psychosoziale Stressfaktoren auftreten können, die einerseits negativ auf die Zusammenarbeit einwirken und andererseits psychische Krisen begünstigen können (Hammer & Plössl, 2015, S. 16).

Aus dieser Dynamik lässt sich ein Gegenstück zur formulierten, «salutogenetischen Empowerment-Wirkungskette» bilden. Die Ergebnisse legen nahe, dass Einschränkungen von Handlungsspielräumen, Intransparenz und Fremdbestimmung das Stresserleben der Befragten erhöhen, den Rückzug aus Unterstützungsprozessen

begünstigen und die Selbstwirksamkeit angreifen. In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich damit auch eine gegenläufige Dynamik, die mit einer Verschiebung auf dem Kontinuum Richtung Krankheit einhergeht (Faltermaier, 2023a, S. 81–83). Diese Dynamik kann als «stressverstärkende Wirkungskette eingeschränkter Handlungsspielräume» bezeichnet werden.

6.6 Gesundheitsbezogene Herausforderungen

Die Ergebnisse zeigen, dass neben strukturellen und machtbedingten Herausforderungen auch gesundheitsbezogene Faktoren einen erheblichen Einfluss auf die Zusammenarbeit haben. Zentrale Aspekte sind dabei Misstrauen, sozialer Rückzug und fehlende Motivation. Diese Faktoren lassen sich der Positiv- sowie Negativsymptomatik der Schizophrenie zuordnen (Stemmer-Lück, 2009, S. 290, 293 vgl. Tabelle 1). Alle drei Aspekte wirken sich in hinderlicher Weise direkt auf den Vertrauensaufbau, die Beziehungsgestaltung sowie auf die Fähigkeit zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten aus.

Darüber hinaus können Einschränkungen in der Alltagsbewältigung ebenfalls auf die Symptomatik der Schizophrenie zurückzuführen sein und zu finanziellen Problemen bzw. Überschuldung führen. Dies entspricht den Ausführungen zu den sozialen Auswirkungen für Menschen mit psychischen Störungen (Richter, Eikermann & Reker, 2006; Von Kardorff & Ohlbrecht, 2010; zit. in Von Kardorff, 2011, S. 41). Diese Erkenntnisse lassen sich wiederum als Stressfaktoren im Sinne des Vulnerabilitäts-Stress-Modell einordnen (Hammer & Plössl, 2015, S. 18–19).

Gesundheitsbezogenen Herausforderungen wirken sich nicht nur auf die Zusammenarbeit aus, sondern beeinflussen auch die Kontaktaufnahme zu Unterstützungsangeboten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sie den dargelegten, theoretischen Grundlagen entsprechen und vulnerablen Personen häufig die Befähigung zur Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen fehlt (Wirth, 1982; zit. in Zobrist & Kähler, 2017, S. 17). Dementsprechend erfolgt Unterstützung oft erst im Rahmen von Zwangskontexten (Dewberry Rooney, 2009; zit. in Zobrist & Kähler, 2017, S. 17).

Die vorliegende Untersuchung lässt vermuten, dass der Eintritt in solche Kontexte dazu führen kann, dass die dort vorherrschenden Machtasymmetrien als zusätzliche psychosoziale Stressfaktoren wirksam werden und eine weitere Verschiebung auf dem Kontinuum in Richtung Krankheit auslösen können (Faltermaier, 2023a, S. 81–83). Gesundheitsbezogene Herausforderungen wirken in den untersuchten Fällen somit nicht ausschliesslich individuell, sondern im Zusammenspiel mit strukturellen Rahmenbedingungen.

6.7 Systemische Barrieren und Koordinationsdefizite

Die Ergebnisse zeigen, dass die Zusammenarbeit zwischen schizophreniebetroffener Klientel und Sozialarbeitenden neben handlungseinschränkenden sowie gesundheitsbezogenen Faktoren auch durch systemische Herausforderungen erschwert werden kann.

Merten (2015) beschreibt Kooperation als eine bewusst gestaltete und arbeitsteilige Form der Zusammenarbeit, die eine Verbesserung der Lebenslage der Klientel erreichen soll (S. 61–62). Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass diese Zielsetzung dort nicht eingelöst werden kann, wo Übergänge unzureichend gestaltet und eine ungenügende Kooperation zwischen Institutionen stattfindet, was sich wiederum hinderlich auf die Zusammenarbeit mit den Fachpersonen auswirkt und für die Klientel zu Orientierungslosigkeit bzw. Überforderung führen kann.

Die von den Teilnehmenden beschriebene Fragmentierung der Unterstützung kann als Defizit in der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen gedeutet werden. Somit betrifft dies insbesondere die kollegiale und interprofessionelle Kooperation (Hochuli-Freund & Stotz, 2017, S. 84).

Sind mehrere Akteur:innen involviert, scheint es aufgrund der Ergebnisse, an einer übergeordneten Koordination von Unterstützungsprozessen zu fehlen. Die Netzwerkarbeit zielt darauf ab, die unterschiedlichen Ressourcen, Perspektiven und Interessen der Beteiligten zu bündeln sowie diese in eine übergreifende Problembewältigung zu transformieren (Merten, 2015, S. 41).

Das Case Management bietet hierbei einen sektorübergreifenden, koordinierenden und klient:innenzentrierten Ansatz (Amstutz, 2015, S. 317). Wobei ein besonderer Fokus auf die Niederschwelligkeit der Zugänge zu den Unterstützungsangeboten erfolgen sollte (Uebelhart, 2015, S. 353). Allenfalls ist das Fehlen einer solchen übergeordneten Koordination aufgrund der Symptomatik, wie sozialer Rückzug oder mögliche resultierende Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung, besonders folgenreich für schizophreniebetreffende Klientel (Stemmer-Lück, 2009, S. 289–293). Dies gerade in Hinblick auf die komplexen sowie vulnerablen Lebenslagen in der sie sich befindet (Röh & Schreieder, 2022, S. 50).

Es kann davon ausgegangen werden, dass systemische Barrieren, insbesondere fehlende Koordination, unklare Übergänge sowie Zuständigkeiten, gesundheitsbezogene Herausforderungen bzw. Belastungen verstärken. In diesem Sinne lässt sich diese Dynamik aufgrund von Intransparenz, fehlenden Mitbestimmungsmöglichkeiten in Unterstützungsprozessen sowie Orientierungslosigkeit ebenfalls in die «stressverstärkende Wirkungskette eingeschränkter Handlungsspielräume» einordnen.

6.8 Scham und Stigmatisierung als Zugangs- und Kooperationshinder-nisse

Scham und Stigmatisierung wirken als hinderliche Faktoren in der Inanspruchnahme von Unterstützung sowie in der Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitenden und Klientel. Sie wirken dabei als innere, individuelle Barrieren der Betroffenen, sie entstehen aber auch durch gesellschaftliche Zuschreibungen.

Auf individueller Ebene berichten die Interviewten von Schamgefühlen betreffend ihre psychische Störung sowie ihrer persönlichen Probleme. Dies kann dazu führen, dass belastende Themen ausgelassen werden und damit der Beziehungsaufbau sowie die Bearbeitung relevanter Probleme behindert wird, was den Ausführungen von Hell (2019, S. 74–75) entspricht. Sozialarbeitende sollten darauf achten, dies nicht als fehlende Kooperationsbereitschaft zu interpretieren, sondern Scham als

Ursache von Widerstand zu akzeptieren (Klug & Zobrist, 2021, S. 84). Dahingehend empfiehlt Widulle (2012) eine Anpassung der Gesprächsmethodik (S. 114–115).

Abgesehen von diesen inneren Barrieren empfinden die Betroffenen, aufgrund von gesellschaftlichen Zuschreibungen, eine hohe Hemmschwelle soziale Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Diese Aussagen passen wiederum zu den Befunden zur Stigmatisierung von Zwangskontexten, wonach Angst vor Autonomieverlust, Scham und Stigmatisierung Hauptgründe für die Nichtinanspruchnahme oder eine verzögerte Anmeldung sind (Neuenschwander et al., 2012; zit. in Zobrist & Kähler, 2017, S. 17).

Des Weiteren wird die starke Stigmatisierung von Schizophreniebetroffenen als gewalttätig genannt. Dies lässt sich in die theoretischen Ausführungen einordnen, dass die Schizophrenie von allen psychischen Störungen mit am meisten stigmatisiert ist (DGPPN, 2019, S. 21; Schomerus & Angermeyer, 2017). Wobei die Stigmatisierung als «zweite Erkrankung» wirksam werden kann (Finzen, 2013; zit. in DGPPN, 2019, S. 21). Für den vorliegenden Kontext lässt sich die Vermutung anstellen, dass für die Betroffenen, aufgrund der Überschneidungen, eine sich verstärkende Dynamik der Stigmatisierung entsteht.

Scham und Stigmatisierung dürfen aufgrund der vorangehenden Erkenntnisse also nicht als Randphänomene betrachtet werden, sondern als gewichtige Faktoren in der Inanspruchnahme von Unterstützung und deren Verlauf. Sie wirken in der vorliegenden Untersuchung hemmend auf den Kontaktaufbau und belastend auf die bestehende Zusammenarbeit und müssen dementsprechend auf einer individuellen sowie einer gesellschaftlichen Ebene mitgedacht werden.

6.9 Beantwortung der Fragestellung

Die vorliegende Bachelor-Arbeit beschäftigte sich mit der Frage, welche förderlichen und hinderlichen Faktoren sich in Zwangskontexten Sozialer Arbeit in der Zusammenarbeit zwischen schizophreniebetroffener Klientel und Sozialarbeitenden ergeben. Die Ergebnisse zeigen, dass die Zusammenarbeit von einem komplexen Zusammenspiel aus beziehungs-, macht-, gesundheitsbezogenen sowie strukturellen Faktoren besteht und sich nicht an einzelnen Aspekten festmachen lässt.

Die zentralen, förderlichen Faktoren bestehen in einer wertschätzenden Haltung, Anerkennung sowie das Ernst-Genommen-Werden der Betroffenen. Diese stärken die Selbstwirksamkeit und begünstigen die Schaffung von Bewältigungsstrategien der Hilfesuchenden. Ebenso förderlich wirken die Wahrung und Erweiterung von Handlungsspielräumen, Transparenz und die reflektierte Anwendung von Macht im Sinne der Begrenzungsmacht sowie ein lebensweltlicher Bezug. Dadurch entsteht Orientierung, eine Reduktion von Ohnmachtsgefühlen sowie die Stärkung von Partizipation. Ergänzend erweist sich der Einbezug des Umfelds, sofern von der Klientel gewünscht, ebenfalls als positiver Einflussfaktor. Ein Teil der Dynamik der förderlichen Faktoren lässt sich als «salutogenetische Empowerment-Wirkungskette» beschreiben: Wertschätzung, Mitbestimmung und nachvollziehbare Rahmenbedingungen stärken Selbstwirksamkeit sowie Handhabbarkeit, wirken damit stabilisierend und fördern die Zusammenarbeit, auch unter den Bedingungen von Zwangskontexten Sozialer Arbeit.

Als hinderliche Faktoren lassen sich eingeschränkte Handlungsspielräume, intransparente Entscheidungsprozesse und Machtasymmetrien im Sinne der Behinderungsmacht identifizieren. Fehlende Mitbestimmungsmöglichkeiten und erlebte Fremdbestimmung können Gefühle der Ohnmacht auslösen, die sich negativ auf die Selbstwirksamkeit, Motivation und Kooperation mit der Fachkraft auswirken. Gesundheitsbezogene Herausforderungen wie Misstrauen, sozialer Rückzug und Einschränkungen in der Alltagsbewältigung wirken ebenfalls hinderlich auf die Zusammenarbeit ein und können durch systemische Barrieren, wie fehlende Koordination, fragmentierte Unterstützung und brüchige Übergänge verstärkt werden.

Dieses Zusammenspiel kann teilweise als «stressverstärkende Wirkungskette eingeschränkter Handlungsspielräume» beschrieben werden, in welcher machtasymmetrische Bedingungen in Wechselwirkung zu gesundheitlichen Vulnerabilitäten treten und hinderlich auf die Zusammenarbeit wirken.

Der Zugang zu Unterstützungsangeboten sowie die laufende Zusammenarbeit wird zudem von Scham und Stigmatisierung beeinträchtigt, indem sie als innere sowie äussere Barrieren die Kontaktaufnahme und die Bearbeitung relevanter Themen erschweren.

Abschliessend lässt sich sagen, dass förderliche Zusammenarbeit in Zwangskontexten Sozialer Arbeit dort gelingt, wo Handlungsspielräume eröffnet oder gewahrt werden, Macht reflektiert angewendet wird, die Klientel ernst genommen und in einer aktiven Rolle unterstützt wird. Hinderliche Dynamiken lassen sich hingegen dort erkennen, wo Autonomie beschnitten, Orientierung erschwert und psychosoziale Belastungen verstärkt werden. Damit wird klar, dass die Betrachtung einzelner Aspekte der Komplexität der Zusammenarbeit mit schizophreniebetroffener Klientel in Zwangskontexten Sozialer Arbeit nicht gerecht wird.

7 Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit

In der vorliegenden Bachelor-Arbeit wurde die Fragestellung untersucht, was sich für hinderliche und förderliche Faktoren in der Zusammenarbeit in Zwangskontexten Sozialer Arbeit zwischen schizophreniebetroffener Klientel und Sozialarbeitenden ergeben. Dabei konnten zentrale Faktoren herausgearbeitet werden, aus welchen sich entsprechende Handlungsempfehlungen für die Praxis von Fachkräften ergeben.

7.1 Handlungsempfehlungen

Aus den Ergebnissen lassen sich insbesondere Empfehlungen in Bezug auf Beziehungsgestaltung, die Machtanwendung, die Wahrung bzw. Eröffnung von Handlungsspielräumen, die Offenlegung von Rahmenbedingungen und den Umgang mit systemischen Barrieren ableiten.

Als zentraler Punkt zeigt sich aus den Ergebnissen eine wertschätzende, anerkennende Haltung und das Ernstnehmen der schizophreniebetroffenen Klientel. Die Sozialarbeitenden sollen der Beziehungsgestaltung auch in Zwangskontexten über die gesamte Dauer der Zusammenarbeit einen hohen Stellenwert zuschreiben (Zobrist & Kähler, 2017, S. 49). Dementsprechend müssen die Fachkräfte differenzierte und individualisierte Beziehungsangebote schaffen, die sich an den Bedürfnissen der Klientel orientieren (Klug & Zobrist, 2021, S. 59).

Die Ergebnisse zeigen zudem die Auftrags- und Rollenklärung beim Erstkontakt, bei Übergängen, zwischen verschiedenen Settings sowie während Gesprächen als weiteren zentralen Faktor. Konkret müssen die unterschiedlichen Akteur:innen, deren Aufträge, Rollen, Erwartungen und Zuständigkeiten dargelegt und wiederholt aufgegriffen werden (Zobrist & Kähler, 2017, S. 53–59). Gerade für schizophreniebetroffene Klientel ist eine strukturierte, transparente und gemeinsame Vorgehensweise unerlässlich (Brusa-Hoevels, 2025, S. 14–15).

Die Ergebnisse zeigen auch, dass Macht in Zwangskontexten Sozialer Arbeit nicht automatisch als hinderlich deklariert werden kann. Vielmehr muss sie reflektiert und offen kommuniziert im Sinne der Begrenzungsmacht angewendet werden (Staub-Bernasconi, 2018, S. 411, 418). In Anlehnung daran kann für die schizophreniebetreffende Klientel eine strukturierende, schützende Wirkung entfaltet und Handlungsspielräume eröffnet werden.

Die Sozialarbeitenden sollten hierbei unbedingt das Tripelmandat berücksichtigen. Dadurch können die Ansprüche des Doppelmandats ins Verhältnis zu wissenschaftlichen und ethischen Standards gesetzt werden, was eine kritische Reflexion und allfälligen Stellungsbezug gegenüber gesetzlichen Normen und institutionellen Anforderungen ermöglicht (Staub-Bernasconi, 2019, S. 87–89, 92).

Auf der Grundlage der Ausführungen von Sohns (2009, S. 81–83), Thiersch (2020, S. 88–89) sowie Zobrist und Kähler (2017, S. 29) lassen sich die Wahrung bzw. Eröffnung von Handlungsspielräumen als zentrale Handlungsempfehlungen formulieren. In Anlehnung an diese Autor:innen sollten sich Sozialarbeitende nicht auf die komplette Übernahme von Aufgaben der schizophreniebetreffenden Klientel konzentrieren, sondern vielmehr befähigend im Sinne einer lebensweltorientierten Koproduktion agieren. Unterstützungsprozesse sowie Ziele sollten gemeinsam mit der Klientel und unter Einbezug des Umfelds gestaltet werden, dies fördert Partizipation sowie Selbstwirksamkeit.

Scham und Stigmatisierung spielen in der Wahrnehmung von sozialen Dienstleistungen sowie dem Verlauf der Zusammenarbeit eine gewichtige Rolle bzw. können sie diese beeinträchtigen. Dies erfordert neben einem professionellen Umgang mit Scham in der direkten Zusammenarbeit (Hell, 2019, S. 74–75) auch eine Sensibilisierung für gesellschaftliche Zuschreibungen und stigmatisierende Strukturen, wie sich aus den vorliegenden Ergebnissen zeigt. Dementsprechend sind die Sozialarbeitenden dazu aufgefordert, Scham in einem Gesamtkontext einer multifaktoriellen Vulnerabilität zu betrachten. Aus dem Berufskodex ergibt sich daher auch ein Auftrag der Haltung. Die Sozialarbeitenden sollen sich explizit für die Achtung der Menschenwürde und gegen diskriminierende Strukturen einsetzen (AvenirSocial,

2010, S. 9–11). Konkrete Massnahmen wären etwa die Verwendung von beschämungsfreier Sprache, das aktive Ansprechen von stigmatisierenden Zuschreibungen und institutionelle Anforderungen im Sinne des Tripelmandats nach Staub-Bernasconi (2019) kritisch zu hinterfragen (S. 91).

Auf der Grundlage der gemachten Erkenntnisse sollen die Fachkräfte möglichen Widerstand und fehlende Veränderungsmotivation der Klientel als nachvollziehbare Reaktion auf eingeschränkte Handlungsspielräume, gesundheitliche Vulnerabilität und erlebte Machtasymmetrien sehen (Dickenberger, 2022; Klug & Zobrist, 2021, S. 16, 84; Widulle, 2012, S. 114). Dahingehend müssen die Sozialarbeitenden mit den Betroffenen zusammen eine Veränderungsbereitschaft erarbeiten und in der Lage sein, situativ ihre Methodik an diese anzupassen. Widerstand ist als Bestandteil jeder Zusammenarbeit anzuerkennen und muss dementsprechend angesprochen sowie bearbeitet werden. Die Schaffung und Wiederherstellung von Handlungsspielräumen erweist sich dabei als zentrales Werkzeug zur Reduktion von Reaktanz (Widulle, 2012, S. 114–115; Zobrist & Kähler, 2017, S. 76, 107).

Die Zusammenarbeit mit der schizophreniebetroffenen Klientel darf nicht isoliert stattfinden. Vielmehr müssen die Sozialarbeitenden sich eine systemische Perspektive aneignen. Sie müssen im Sinne der Netzwerkarbeit die Ressourcen von unterschiedlichen Akteur:innen bündeln (Merten, 2015, S. 41). Des Weiteren müssen sie mithilfe des Case Managements eine organisations- und sektorübergreifende Koordination von individuellen Unterstützungsprozessen ermöglichen, um systemische Brüche abzuschwächen sowie niederschwellige Zugänge zu sozialen Dienstleistungen zu gewährleisten (Amstutz, 2015, S. 317).

Zudem müssen genau diese Zugänge zu besagten sozialen Dienstleistungen kritisch hinterfragt werden, da die Ergebnisse in Verbindung mit den erwähnten Studien zeigen, dass diese für die schizophreniebetroffene Klientel nur in ungenügender Weise zugänglich sind (Neuenschwander et al., 2012; Wirth, 1982; Dewberry Rooney, 2009; zit. in Zobrist & Kähler, 2017, S. 17).

In diesem Sinne ergibt sich auch hier ein Auftrag aus dem Berufskodex der Sozialen Arbeit, der die Fachkräfte dazu auffordert, Zugangsbarrieren abzubauen, die Partizipation und Integration der Betroffenen zu stärken und den sozialen Wandel zu fördern (AvenirSocial, 2010, S. 9–10).

7.2 Limitationen und Ausblick

Die vorliegende Bachelor-Arbeit unterliegt mehreren Limitationen, die bei der Einordnung der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Eine erste Einschränkung betrifft die berufliche Rolle des Autors, der als Beistand im Erwachsenenschutz tätig ist. Die berufliche Erfahrung ermöglichte zwar ein vertieftes Verständnis von Zwangskontexten Sozialer Arbeit, könnte jedoch Einfluss auf thematische Schwerpunktsetzungen sowie die Ergebnisse genommen haben. Dieser potenziellen Beeinflussung wurde mit einer reflexiven Haltung und einer theoriegeleiteten Auswertungsmethode begegnet, sie kann jedoch nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Die Bedingungen von Zwangskontexten Sozialer Arbeit wurden in starker Anlehnung an Zobrist und Kähler (2017) erarbeitet. Dies erfordert eine kritische Betrachtung, da dadurch eine spezifische, theoretische Perspektive eingenommen und allenfalls andere Aspekte von Zwangskontexten unbeachtet blieben.

Eine weitere Limitation ergibt sich aus der Zusammensetzung der Stichprobe. Einerseits bestand diese nur aus zwei Personen, andererseits verfügt eine der Teilnehmenden nicht über eine formalisierte Peer-Ausbildung, arbeitet aber in diesem Kontext. Abschliessend muss nochmals die Heterogenität des Störungsbilds der Schizophrenie betont werden (Caspar et al., 2018, S. 83). Es darf daher die Frage aufgeworfen werden, ob und wie die gewonnen Erkenntnisse auf andere schizophreniebetreffene Personen zutreffen.

Auch die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Settings der Sozialen Arbeit ist eingeschränkt. Die Ergebnisse sind stark an Zwangskontexte Sozialer Arbeit gebunden, sodass unklar bleibt, inwieweit die herausgearbeiteten hinderlichen und

förderlichen Faktoren auch in anderen Arbeitsfeldern auftreten. Zwar ist davon auszugehen, dass einzelne Aspekte auch ausserhalb von Zwangskontexten Sozialer Arbeit relevant sind, deren Wirkung und Ausprägung dürften jedoch kontextabhängig variieren. Zudem ist zu berücksichtigen, dass Zwangskontexte Sozialer Arbeit selbst in unterschiedlicher Ausgestaltung auftreten, weshalb offenbleibt, ob die Erkenntnisse aus spezifischen Feldern auf andere Zwangskontexte übertragen werden können.

Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Abgrenzung zwischen störungsspezifischen Faktoren der Schizophrenie und den Bedingungen von Zwangskontexten Sozialer Arbeit. Diese Ebenen überlagern sich, sodass eine eindeutige Zuordnung ausgelöster Phänomene wie bspw. Rückzug, Misstrauen oder Widerstand nicht möglich war.

Für zukünftige Forschungen ergeben sich aus dieser Bachelor-Arbeit mehrere Anknüpfungspunkte. Zukünftige Untersuchungen könnten mit grösseren Stichproben arbeiten, die Methodenwirksamkeit vertieft betrachten oder herausarbeiten, welche Faktoren primär auf das Störungsbild und welche auf die Bedingungen von Zwangskontexten zurückzuführen sind. Ebenso erscheint eine Erweiterung der Stichprobe sinnvoll, etwa durch den Einbezug von Angehörigen oder weiteren Fachpersonen. Darüber hinaus bieten sich Untersuchungen zu Zugangsbarrieren sozialer Dienstleistungen sowie zu Wirkzusammenhängen zwischen verfügbaren Ressourcen, institutionellen Rahmenbedingungen und der Begleitung der Klientel an.

Insgesamt verdeutlicht die vorliegende Bachelor-Arbeit die hohe Komplexität, mit der Fachkräfte in Zwangskontexten der Sozialen Arbeit konfrontiert sind, ebenso wie die erheblichen Herausforderungen, denen Menschen mit einer Schizophrenie-Diagnose im Alltag begegnen. In diesem Sinne unterstreicht diese Arbeit die Bedeutung einer Sozialen Arbeit, die auch unter schwierigen Bedingungen Beziehung ermöglicht, Handlungsspielräume wahrt und sich beharrlich für ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben aller Menschen einsetzt.

8 Literaturverzeichnis

- Achtziger, A., & Gollwitzer, P. M. (2021). Volition. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch Lexikon der Psychologie*. Hogrefe. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/volition>
- Amstutz, J. (2015). Kooperation im Case Management. In U. Merten & U. Kaegi (Hrsg.), *Kooperation kompakt: Professionelle Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit* (S. 313–333). Verlag Barbara Budrich.
- AvenirSocial (Hrsg.). (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis* [Broschüre]. https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/SCR_Berufskodex_De_A5_db_221020.pdf
- Bauer, J. F., & Hussy, W. (2023). Psychologie und Sozialwissenschaften als empirische Wissenschaften. In M. Schreier, G. Echterhoff, J. F. Bauer, N. Weydmann, & W. Hussy, *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (S. 1–56). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66673-9_1
- Bengel, J. (2021). Salutogenese. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch Lexikon der Psychologie*. Hogrefe. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/salutogenese>
- Beushausen, J. (2024). Biopsychosoziales Modell. In *Socialnet Lexikon*. <https://www.socialnet.de/lexikon/29091>
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19416-5>
- Brändli, S. (2013). Krankheit. In *Historisches Lexikon der Schweiz*. <https://hls-dhs-dss.ch/articles/016312/2013-12-19/>
- Brusa-Hoevels, E. (2025). *Workshop 6 –Das Einmal-eins im Kontakt mit psychisch erkrankten Personen* [Präsentationsfolien]. https://www.hslu.ch/-/media/campus/common/files/dokumente/sa/fachtagungen-und-kongresse/tagung-kes-2025/ws-6-brusa.pdf?sc_lang=de-ch
- Caspar, F., Pjanic, I., & Westermann, S. (2018). *Klinische Psychologie*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93317-7>

- Clamor, A., Frantz, I., & Lincoln, T. M. (2020). Psychotische Störungen und Schizophrenie. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 947–1003). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_44
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- DGPPN. (2019). *S3-Leitlinie Schizophrenie (Langfassung, Version 1.0)*. AWMF-Register Nr. 038-009. [Leitlinie]. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (Hrsg. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html>
- Dickenberger, D. (2022). Reaktanz, Reaktanztheorie. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch Lexikon der Psychologie*. Hogrefe. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/reaktanz-reaktanztheorie>
- Döring, D. (2021). *Scham: Einem belastenden Gefühl auf der Spur*. maudrich.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Aufl.). Eigenverlag.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Eschenbeck, H. (2021). Affekt. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch Lexikon der Psychologie*. Hogrefe. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/affekt>
- EX-IN Schweiz. (o. J.). *EX-IN Schweiz*. Abgerufen 4. Oktober 2025, von <https://www.ex-in-schweiz.ch/>
- Faltermaier, T. (2023a). *Gesundheitspsychologie* (3., aktualisierte Auflage). W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-041183-8>
- Faltermaier, T. (2023b). *Salutogenese*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I104-3.0>
- Gaebel, W. (2012). Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 895–898. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs104>
- Gonther, U. (2019). Der sich und Anderen fremd werdende Mensch (Schizophrenie). In K. Dörner, U. Plog, T. Bock, P. Brieger, A. Heinz, & F. Wendt (Hrsg.), *Irren*

ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie (25. Auflage, S. 235–283). Psychiatrie Verlag. <https://doi.org/10.5771/9783884148877>

Hafen, M. (2007). Was ist Gesundheit und wie kann sie gefördert werden?: Gesundheit und Krankheit als Kontinuum. *Sozial Extra*, 31(5–6), 32–36. <https://doi.org/10.1007/s12054-007-0059-4>

Hammel, J., Smith, J., Scovill, S., Campbell, R., & Duan, R. (2017). *Rental housing discrimination on the basis of mental disabilities: Results of pilot testing (Final Report)*. U.S. Department of Housing and Urban Development, Office of Policy Development and Research. <https://www.huduser.gov/portal/publications/MentalDisabilities-FinalPaper.html>

Hammer, M., & Plössl, I. (2015). *Irre verständlich: Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen* (3. Aufl.). Psychiatrie Verlag.

Hautzinger, M., & Heil, C. (2021). Ich-Störung. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch Lexikon der Psychologie*. Hogrefe. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/ich-stoerung>

Hell, D. (2019). *Lob der Scham: Nur wer sich achtet, kann sich schämen*. Verlag Herder.

Herriger, N. (2014). *Empowerment in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung* (5. akt. Aufl.). Kohlhammer Verlag.

Hilgers, M. (2013). *Scham: Gesichter eines Affekts* (4., erw. Aufl.). Vandenhoeck & Ruprecht.

Hochuli-Freund, U., & Stotz, W. (2017). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit: Ein methodenintegratives Lehrbuch* (4., akt. Aufl.). Kohlhammer Verlag.

Klug, W., & Zobrist, P. (2021). *Motivierte Klienten trotz Zwangskontext: Tools für die Soziale Arbeit* (3., überarb. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag.

Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2024). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz* (6. Aufl.). Juventa Verlag.

Lindström, B., & Eriksson, M. (2019). Grundlagen der Salutogenese (C. Meier Magistretti, Übers.). In C. Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen: Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 25–107). Hogrefe.

- Lutz, T., & Lindenberg, M. (2021). *Zwang in der Sozialen Arbeit: Grundlagen und Handlungswissen*. Verlag W. Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-035734-1>
- Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6., überarb. Aufl.). Oldenbourg Verlag München.
- Merten, U. (2015). Professionelle Kooperation: Eine Antwort auf die Zersplitterung und Ausdifferenzierung sozialer Dienstleistungen. In U. Merten & U. Kaegi (Hrsg.), *Kooperation kompakt: Professionelle Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit* (S. 21–69). Verlag Barbara Budrich.
- OECD (Hrsg.). (2012). *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264124523-en>
- Rey, E.-R. (2011). Psychotische Störungen und Schizophrenie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 797–856). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-13018-2_38
- Röh, D., & Schreieder, E. (2022). *Sozialpsychiatrie als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit* (R. Bieker, Hrsg.). W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-036898-9>
- Rössler, W. (2011). Epidemiologie der Schizophrenie. *Swiss Medical Forum*, 11(48), 885–888. <https://doi.org/10.5167/UZH-58497>
- Schomerus, G., & Angermeyer, M. C. (2017). Changes of Stigma over Time. In W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius (Hrsg.), *The Stigma of Mental Illness—End of the Story?* (S. 157–172). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_9
- Schreier, M. (2023). Qualitative Forschungsansätze. In M. Schreier, G. Echterhoff, J. F. Bauer, N. Weydmann, & W. Hussy, *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (S. 205–245). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66673-9_5
- Sohns, A. (2009). In B. Michel-Schwartz (Hrsg.), *Methodenbuch Soziale Arbeit: Basiswissen für die Praxis* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 75–101). VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-91453-4>

- Solmi, M., Seitidis, G., Mavridis, D., Correll, C. U., Dragioti, E., Guimond, S., Tuominen, L., Dargél, A., Carvalho, A. F., Fornaro, M., Maes, M., Monaco, F., Song, M., Il Shin, J., & Cortese, S. (2023). Incidence, prevalence, and global burden of schizophrenia—Data, with critical appraisal, from the Global Burden of Disease (GBD) 2019. *Molecular Psychiatry*, 28(12), 5319–5327. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02138-4>
- Staub-Bernasconi, S. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität* (2., vollst. überarb. u. akt. Aufl.). UTB. <https://doi.org/10.36198/9783838547930>
- Staub-Bernasconi, S. (2019). *Menschenwürde - Menschenrechte - Soziale Arbeit: Die Menschenrechte vom Kopf auf die Füße stellen*. Verlag Barbara Budrich.
- Stemmer-Lück, M. (2009). *Verstehen und Behandeln von psychischen Störungen: Psychodynamische Konzepte in der psychosozialen Praxis*. Kohlhammer Verlag.
- Thiersch, H. (2020). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – revisited. Grundlagen und Perspektiven*. Beltz.
- Uebelhart, B. (2015). Netzwerkarbeit, Kooperation und Versorgungsketten. In U. Merten & U. Kaegi (Hrsg.), *Kooperation Kompakt: Professionelle Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit* (S. 335–356). Verlag Barbara Budrich.
- Utschakowski, J. (2023). In J. Bischof, D. Deimel, C. Walther, & R.-B. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Lehrbuch* (S. 381–401). Psychiatrie Verlag. <https://doi.org/10.36198/9783838558479>
- Von Kardorff, E. (2011). Systematische Diskriminierung: Zur Situation psychisch kranker Menschen. *Sozial Extra*, 35(11–12), 39–42. <https://doi.org/10.1007/s12054-011-0412-5>
- von Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2016). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Das Grundlagenwissen* (3., unveränd. Aufl.). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Widulle, W. (2012). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit: Grundlagen und Gestaltungshilfen* (2., durchges. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19118-8>

- Wittchen, H.-U., Knappe, S., & Hoyer, J. (2020). Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 3–28). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_1
- World Health Organization. (2025). *International classification of diseases, eleventh revision (ICD-11)*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>
- Zobrist, P., & Kähler, H. D. (2017). *Soziale Arbeit in Zwangskontexten: Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann* (3., vollst. überarb. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag.

9 KI-Unterstützungsverzeichnis

Gemäss den Richtlinien der Hochschule Luzern Soziale Arbeit mit Gültigkeit ab September 2025 muss die Verwendung von KI-Tools offengelegt werden. ChatGPT (OpenAI) wurde ausschliesslich zur sprachlichen Überarbeitung sowie Umformulierung verwendet, um den wissenschaftlichen Sprachstil zu optimieren. Sämtliche durch KI unterstützten Bearbeitungen wurden einer kritischen Prüfung unterzogen und in einem weiteren Schritt eigenständig paraphrasiert. Die Aufbereitung des empirischen Materials erfolgte durch das KI-gestützte Transkriptionstool tögg (recapp IT) zur automatischen Transkription von Audioaufnahmen, dies mit vorgängiger Zustimmung durch die Betroffenen. Die Transkripte wurden anschliessend vollständig manuell nachkontrolliert.

KI-basiertes Hilfsmittel	Verwendungszeitraum	Einsatzform	Betroffene Teile	Prompt
OpenAI (2025), ChatGPT (GPT-5.2)	02.08.2025– 02.01.2026	Sprachliche Optimierung und Korrektur von Rechtschreibung und Grammatik.	Ganze Arbeit (S. 1-82)	Formuliere die folgenden Textstellen in wissenschaftlichen Sprachstil um und korrigiere gegebenenfalls Rechtschreibung und Grammatik. Der fachliche Inhalt darf nicht verändert werden.
Recapp IT (2025), tögg	23.10.2025– 29.10.2025	Automatische Transkription von Audioaufnahmen.	Interview-Transkripte	Deutsch/Dialekt Textausgabe Schriftdeutsch

10 Anhang

A. Interviewleitfaden

Leitfadeninterview im Rahmen der Bachelor-Arbeit – Zusammenarbeit mit schizophreniebetroffener Klientel in Zwangskontexten Sozialer Arbeit

1. Einleitung

- a. Vorstellung meiner Person
- b. Information zum Forschungsvorhaben und zur Interviewdauer (Bezug auf Vorabinformation durch E-Mail)
- c. Nochmalige Erklärung Zwangskontexte Sozialer Arbeit (Bezug auf Vorabinformation durch E-Mail)
- d. Hinweis auf ausführliche Antworten und Nachfragen bei Unklarheiten
- e. Gesprächsaufzeichnung und Wahrung Datenschutz
- f. Information, Interview kann jederzeit abgebrochen werden

2. Ich habe Sie im Vorfeld gebeten, sich ein positives Erlebnis mit Sozialer Arbeit in Zwangskontexten zu überlegen, erzählen Sie mir bitte davon.

- a. Wie haben Sie die sozialarbeitende Person in dieser Situation erlebt?
- b. Was hat sie aus Ihrer Sicht besonders gut gemacht?

3. Ich habe Sie im Vorfeld gebeten, sich ein negatives Erlebnis mit Sozialer Arbeit in Zwangskontexten zu überlegen, erzählen Sie mir bitte davon.

- a. Was hat die Situation besonders negativ erscheinen lassen?
- b. Was hat die sozialarbeitende Person falsch gemacht?

4. Wie würde die ideale Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitenden und schizophreniebetroffener Klientel aussehen?

- a. Welche Rahmenbedingungen müssen dafür erfüllt sein?

- b. Was können die Sozialarbeitenden dazu beitragen?
- c. Muss die betroffene Klientel ebenfalls etwas «mitbringen»?

5. Welche Herausforderungen ergeben sich in der Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitenden und Betroffenen in Zwangskontexten Sozialer Arbeit?

- a. Was ist besonders typisch für diese Situationen?
- b. Bestehen Herausforderungen die besonders Menschen mit einer Schizophrenie-Diagnose betreffen?

6. Was trägt dazu bei, dass die Zusammenarbeit zwischen den Sozialarbeitenden und den Betroffenen gelingt – oder eben nicht?

- a. Welche Verhaltensweisen oder Methoden von Sozialarbeitenden haben Sie als hilfreich erlebt?
- b. Welche Verhaltensweisen oder Methoden von Sozialarbeitenden haben Sie als hinderlich erlebt?
- c. Welche Umstände im Umfeld der Betroffenen haben eine positive bzw. negative Auswirkung?
- d. Wie tragen strukturelle Gegebenheiten zu einer gelingenden oder eben nicht gelingenden Zusammenarbeit bei?

7. Abschluss

- a. Anmerkungen, Ergänzungen
- b. Verdankung und Abschluss des Interviews

B: Einwilligungserklärung**Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung
personenbezogener Interviewdaten**

Titel Bachelorarbeit: Förderliche und hinderliche Faktoren in der Zusammenarbeit mit schizophreniebetroffener Klientel in Zwangskontexten Sozialer Arbeit

Durchführende Studierende: Dominik Kull

Begleitperson: Paula Krüger

Interviewerin/Interviewer: Dominik Kull

Interviewdatum: 23.10.2025

Beschreibung des Vorgehens (zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☒ mündliche Erläuterung
☐ schriftliche Erläuterung

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann vom Studierenden mittels töggl in Schriftform gebracht. Alle Daten werden in der Schweiz gespeichert und verarbeitet. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt.

Für die Auswertung werden ausschliesslich Tools und Verfahren angewendet, die den datenschutzrechtlichen Vorgaben entsprechen.

In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviewinhalte nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann.

Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts bzw. Publikation der Bachelorarbeit werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen.

☐ ja ☐ nein

Ich bin damit einverstanden, für zukünftige themenverwandte Forschungsprojekte kontaktiert zu werden. Hierzu bleiben meine Kontaktdaten über das Ende des Forschungsprojektes hinaus gespeichert.

☐ ja ☐ nein

Vorname; Nachname in Druckschrift

Ort, Datum / Unterschrift

C: Transkriptionsregeln

In Anlehnung an Dresing und Pehl (2018) wurden folgende Transkriptionsregeln definiert:

- Zur Erhöhung der Lesbarkeit werden die Interviews wörtlich von schweizerdeutscher in die hochdeutsche Sprache transkribiert und der Dialekt inhaltlich korrekt, aber grammatikalisch geglättet.
- Eine besondere Beachtung findet dabei die Beibehaltung des Ausdrucks sowie des Sinns der Aussagen.
- Lückenfüller wie «ähm», «mhm» und ähnliches werden weggelassen.
- Auf eine Hervorhebung von Lautstärke oder Betonung wird verzichtet. Zudem werden jegliche Daten anonymisiert, welche Rückschlüsse auf Personen zulassen (S. 21–23).