

Jasmine Burkhard, Marion Weibel

Transkultureller Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, und deren Gesundheitskompetenzstärkung in der Sozialen Arbeit

Bachelorthesis der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit. Dezember 2013

Sozialwissenschaftlicher Fachverlag «Edition Soziothek». Die «Edition Soziothek» ist ein Non-Profit-Unternehmen des Vereins Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern. Der Verein ist verantwortlich für alle verlegerischen Aktivitäten.

**Schriftenreihe Bachelor- und Masterthesen der
Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit**

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor- und Masterthesen von Studierenden der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit publiziert, die mit dem Prädikat „sehr gut“ oder „hervorragend“ beurteilt und vom Ressort Diplomarbeit der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit zur Publikation empfohlen wurden.

Jasmine Burkhard, Marion Weibel: Transkultureller Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, und deren Gesundheitskompetenzstärkung in der Sozialen Arbeit

© 2014 «Edition Soziothek» Bern
ISBN 978-3-03796-503-0

Verlag Edition Soziothek
c/o Verein Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern
Hallerstrasse 10
3012 Bern
www.soziothek.ch

Jede Art der Vervielfältigung ohne Genehmigung des Verlags ist unzulässig.

Jasmine Burkhard
Marion Weibel



Abb. 1: Injured woman terrified

Transkultureller Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, und deren Gesundheitskompetenzstärkung in der Sozialen Arbeit

Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor-Diploms

Berner Fachhochschule
Fachbereich Soziale Arbeit

Abstract

Die Professionellen der Sozialen Arbeit spielen eine wichtige Rolle in der Begleitung und Unterstützung von Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind. Vermehrt nehmen Betroffene mit einem Migrationshintergrund deren Hilfe in Anspruch. Dabei wird deutlich, dass diese Gruppe von Migrantinnen oft über eine verminderte Gesundheitskompetenz verfügt. Da die Zusammenhänge von Migration, häuslicher Gewalt, transkultureller Kompetenz und Gesundheitskompetenz weitgehend unerforscht sind, ergibt sich die folgende Fragestellung:

Was kennzeichnet einen professionellen transkulturellen Umgang von Fachpersonen der Sozialen Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, und wie kann dadurch die Gesundheitskompetenz der Migrantinnen gestärkt werden?

Die vorliegende Bachelor-Thesis verbindet Wissen über die Themen Migration, häusliche Gewalt und Gesundheitskompetenzstärkung mit dem Konzept der transkulturellen Kompetenz. Somit wird neues Wissen für die Praxis generiert, welches Institutionen, die mit von häuslicher Gewalt betroffenen Migrantinnen arbeiten, als Anregung für einen professionellen Umgang dienen soll. Anhand von Literaturarbeit wird ein theoretischer Idealtypus eines professionellen transkulturellen Umgangs entwickelt. Dieser wird anschliessend in einer qualitativen Forschung explorativen und theorie-überprüfenden Charakters mithilfe von vier problemzentrierten Experteninterviews überprüft und durch weitere wichtige Komponenten ergänzt. Abschliessend führt dies zu einem idealen Modell eines professionellen transkulturellen Umgangs mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, welcher die Betroffenen in ihrer Gesundheitskompetenzstärkung unterstützt. Dieser idealtypische Umgang beinhaltet unter anderem Empathie, Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Fachperson und Klientel, professionelle Distanz, Schweigepflicht, Einsatz von Übersetzenden sowie den Einbezug von Familienangehörigen. Die Interventionen müssen überdies ziel-, lösungs-, und themenorientiert erfolgen. Damit dieser idealtypische Umgang zu einer Gesundheitskompetenzstärkung der Migrantinnen führen kann, müssen die Interventionen zudem auf Vernetzung, Ressourcenorientierung und dem Empowerment-Ansatz basieren. Werden diese drei Komponenten beachtet, so wird der Migrantin ermöglicht, sich im Alltag Gesundheitsinformationen zu beschaffen und diese dahingehend anzuwenden, dass sie sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken. So kann eine Person selbstbestimmt handeln und ihre Entscheide frei treffen. Folglich zieht jede sozialarbeiterische Intervention, die nach dem idealtypischen professionellen transkulturellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, erfolgt, eine Gesundheitskompetenzstärkung nach sich.

Transkultureller Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, und deren Gesundheitskompetenzstärkung in der Sozialen Arbeit

Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Fachbereich Soziale Arbeit

Vorgelegt von
Jasmine Burkhard
Marion Weibel

Bern, Dezember 2013

Vorwort und Dank

Mit den nachfolgenden Worten von Milan Kundera möchten wir diese Bachelor-Thesis einleiten. Vorerst möchten wir uns jedoch ganz herzlich bei folgenden Personen bedanken, ohne die unsere Bachelor-Thesis nicht in der vorliegenden Form hätte entstehen können.

- Frau Prof. Dr. Shirin Sotoudeh, Dozentin Bachelorstudiengang Soziale Arbeit. Sie war unsere Fachbegleiterin während der Erarbeitung unserer Thesis und stand uns bei Unklarheiten stets unterstützend zur Seite.
- Bei unseren Interviewpartnerinnen bedanken wir uns für die aufgewendete Zeit und das Interesse, das sie unserem Thema entgegengebracht haben. Ohne sie hätte ein wichtiger Teil unserer Bachelor-Thesis nicht entstehen können.
- Adriana Haas, Alina Kyburz und Nora Wälty für das Korrekturlesen sowie die konstruktiven Anregungen und den damit verbundenen Zeitaufwand.
- Schliesslich bei allen aus unserem privaten und beruflichen Umfeld, die uns während dieser Zeit emotional unterstützt haben.

*Wer in der Fremde lebt,
schreitet in einem leeren Raum über dem Boden,
ohne das Rettungsnetz,
das einem das eigene Land bietet,
in dem man Familie, Kollegen und Freunde hat und sich mühelos in der
Sprache verständigen kann, die man von Kindheit an kennt.
Im eigenen Land war sie nur in ihrem Herzen von ihrem Mann abhängig.
Hier war sie in allen Dingen von ihm abhängig.*

(Milan Kundera, 2005, zitiert nach Nüscheler-Gutiérrez, 2005, S. 7)

Inhaltsverzeichnis

Abstract

Vorwort und Dank

1	Einleitung	8
1.1	Ausgangslage	8
1.2	Stand der Forschung.....	9
1.3	Motivation und Berufsrelevanz.....	10
1.4	Fragestellung	10
1.5	Ziel und Adressaten der Arbeit	11
1.6	Theoretische Position	11
1.7	Aufbau der Arbeit	12
2	Konzept der transkulturellen Kompetenz	14
2.1	Transkulturelle Kompetenz.....	15
2.1.1	Selbstreflexion	16
2.1.2	Hintergrundwissen und Erfahrung	17
2.1.3	Narrative Empathie	19
2.2	Transkulturelle Öffnung und Wandel der Institution.....	20
2.2.1	Aufbauphase.....	21
2.2.2	Umsetzungsphase.....	22
2.3	Transkulturelle Kompetenz in der Sozialen Arbeit.....	25
3	Von häuslicher Gewalt betroffene Migrantinnen.....	27
3.1	Migration.....	27
3.1.1	Zahlen / Statistiken.....	27
3.1.2	Migration als kritisches Lebensereignis.....	28
3.1.2.1	Vorbereitungsphase.....	30
3.1.2.2	Migrationsakt	31
3.1.2.3	Phase der Überkompensierung	31
3.1.2.4	Phase der Dekompensation	32
3.1.2.5	Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse	33
3.1.3	Akkulturation und Stress.....	34

3.1.4	Individuelle Auswirkungen der Migration.....	36
3.2	Häusliche Gewalt	38
3.2.1	Begriffsdefinition häusliche Gewalt	39
3.2.2	Zahlen / Statistiken.....	40
3.2.3	Kreislauf häuslicher Gewalt.....	41
3.2.3.1	Erste Phase – Spannungsaufbau.....	42
3.2.3.2	Zweite Phase – Gewaltausbruch	43
3.2.3.3	Dritte Phase – Entschuldigungs- und Entlastungsversuche	43
3.2.4	Risikofaktoren / Ursachen.....	44
3.2.4.1	Sozioökonomische Merkmale.....	44
3.2.4.2	Soziodemografisches Merkmal Alter	45
3.2.4.3	Faktoren auf individueller Ebene	45
3.2.4.3.1	Alkoholkonsum.....	45
3.2.4.3.2	Gewalterfahrung als Opfer und als Zeugin oder Zeuge in der Kindheit	46
3.2.4.3.3	Antisoziales Verhalten und Delinquenz.....	46
3.2.4.4	Faktoren auf der Ebene von Partnerschaft und Gemeinschaft	47
3.2.4.4.1	Verteilung der Macht in der Partnerschaft.....	47
3.2.4.4.2	Konflikte, Kommunikation, Stress und Belastung	48
3.2.4.5	Lebenszeitliche Ereignisse und soziale Isolation.....	48
3.2.4.6	Soziokulturelles Merkmal Religion	49
3.2.5	Individuelle Auswirkungen der häuslichen Gewalt.....	50
3.3	Migration und häusliche Gewalt	52
3.3.1	Gewaltbetroffenheit von Migrantinnen.....	52
3.3.2	Risikofaktoren für Migrantinnen Opfer von häuslicher Gewalt zu werden.....	54
3.3.3	Ressourcen und Bewältigungsstrategien.....	56
3.4	Transkulturelle Kompetenz in der Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind	58
4	Gesundheit und Gesundheitskompetenzstärkung	61
4.1	Gesundheit und Soziale Arbeit	61
4.2	Gesundheitskompetenz	64
4.2.1	Gesundheitskompetenzdeterminanten	67
4.2.2	Gesundheitskompetenzstärkung.....	67
4.3	Salutogenese.....	68

4.4	Migration und Gesundheitskompetenz	74
4.5	Methoden und Konzepte, die in der Sozialen Arbeit zur Gesundheitskompetenzstärkung beitragen können	77
4.5.1	Klientenzentrierte Beratung	77
4.5.2	Empowerment	78
4.5.3	Case Management	79
4.6	Migration, häusliche Gewalt und Gesundheitskompetenz.....	79
4.7	Stärkung der Gesundheitskompetenz durch transkulturelle Kompetenz	82
4.8	Professioneller transkultureller Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, mit dem Ziel ihrer Gesundheitskompetenzstärkung	84
5	Empirische Untersuchung	89
5.1	Forschungsdesign	89
5.2	Untersuchungsverfahren	92
5.2.1	Methode der Datenerhebung	92
5.2.2	Datenaufbereitung und Bestimmung des Ausgangsmaterials.....	93
5.2.3	Datenauswertung und –analyse.....	94
5.3	Ergebnisse der Interviews	95
5.3.1	Wichtigkeit transkultureller Kompetenz in der Sozialen Arbeit.....	95
5.3.2	Notwendigkeit transkultureller Kompetenz im professionellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind	96
5.3.3	Anwendung der transkulturellen Kompetenz in der Praxis	96
5.3.4	Zusammenhang zwischen transkultureller Kompetenz in der Sozialen Arbeit und Gesundheitskompetenzstärkung	101
6	Diskussion der theoretischen und empirischen Erkenntnisse	105
6.1	Wichtigkeit transkultureller Kompetenz in der Sozialen Arbeit.....	105
6.2	Notwendigkeit transkultureller Kompetenz im professionellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind	106
6.3	Anwendung der transkulturellen Kompetenz in der Praxis	106
6.4	Zusammenhang zwischen transkultureller Kompetenz in der Sozialen Arbeit und Gesundheitskompetenzstärkung	112

7	Fazit.....	116
7.1	Beantwortung der Fragestellung	116
7.2	Folgerungen für die berufliche Praxis.....	118
7.3	Stärken und Schwächen / Kritik der vorliegenden Bachelor-Thesis	119
7.4	Offene und weiterführende Fragen	120
	Literatur- und Quellenverzeichnis	121
	Abbildungsverzeichnis	128
	Anhang	129

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Migrationsströme nehmen weltweit immer weiter zu und führen somit auch zu Bevölkerungsveränderungen in der Schweiz, die in der Sozialen Arbeit immer mehr an Relevanz gewinnen. Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit müssen sich demnach mit verschiedenen Lebenswelten, Normen, Werten und Sprachen auseinandersetzen.

Beim Thema häusliche Gewalt wird deutlich, dass laut Studien unzählige Frauen betroffen sind. In der Schweiz durchgeführte Studien gehen davon aus, dass jede fünfte bis neunte Frau einmal in ihrem Leben Opfer von körperlicher oder sexueller Gewalt durch den Partner wird. Demgegenüber liegt die psychische Gewaltbetroffenheit zirka bei jeder Dritten bis Vierten. (Gillioz et al., 1997, zitiert nach EBG, 2008, S. 7; Killias et al., 2005, zitiert nach EBG, 2008, S. 7; Gloor & Meier, 2004, zitiert nach EBG, S. 7) Eine Studie aus Deutschland belegt, dass jede vierte Frau im Verlauf ihres Lebens Opfer von häuslicher Gewalt wird (Gloor & Meier, 2010, S. 24). Es zeigt sich, dass keine eindeutigen Aussagen über das Ausmass der Betroffenheit von Frauen durch häusliche Gewalt möglich sind. Dennoch wird deutlich, dass es sich um eine Thematik handelt, von der überdurchschnittlich viele Frauen betroffen sind.

Hinzu kommt die Tatsache, dass gemäss dem Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) Statistiken zur Gewaltbetroffenheit in der Schweiz – sofern sie zwischen in- und ausländischen Opfern unterscheiden – zeigen, dass überdurchschnittlich häufig ausländische Frauen betroffen sind. Repräsentative Umfragen wie die drei wichtigsten Prävalenzstudien von Gillioz et al. (2007), Gloor und Meier (2004) und Killias et al. (2005) liefern in der Schweiz hingegen keine Anhaltspunkte für ein grösseres Risiko ausländischer Frauen, Opfer von häuslicher Gewalt zu werden. (EBG, 2012, S. 3) Aufgrund der Tatsache, dass Migrantinnen im Durchschnitt aber von mehr Risikofaktoren häuslicher Gewalt (siehe Kapitel 3.3 *Migration und häusliche Gewalt*) betroffen sind als Schweizerinnen, besteht Grund zur Annahme, dass Frauen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft durchschnittlich tatsächlich häufiger Opfer häuslicher Gewalt werden (EBG, 2012, S. 3).

Weiter sind Migrantinnen und Migranten gemäss Besic und Bisegger (2009) bezüglich der Bedingungen für eine gute Gesundheit aufgrund von eingeschränkten sozioökonomischen Ressourcen benachteiligt. Insbesondere Migrantinnen aus südeuropäischen, afrikanischen, asiatischen und lateinamerikanischen Ländern sowie aus Ländern des ehemaligen Jugoslawiens leiden oftmals unter einer schlechteren Gesundheit als Schweizerinnen. Verschiedene Faktoren beeinträchtigen die Migrantinnen aus den genannten Regionen bei der Entfaltung

ihrer Gesundheitskompetenz (siehe Kapitel 4.4 *Migration und Gesundheitskompetenz*). (Besic & Bisegger, 2009, S. 179-181) Die genannten Migrantinnengruppen, die ausserdem von häuslicher Gewalt betroffen sind, stellen die konkrete Zielgruppe in der vorliegenden Bachelor-Thesis dar.

Die Komponenten der zunehmenden Migrationsströme, der Betroffenheit der Migrantinnen von häuslicher Gewalt sowie die verminderte Gesundheitskompetenz führen zu grossen Herausforderungen in der sozialarbeiterischen Praxis. Zudem werden unterschiedlichste Institutionen mit dieser Klientel konfrontiert. Dies macht deutlich, dass Sozialarbeitende lernen müssen, situations- und kontextgerecht auf die Lebenswelten der Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, einzugehen (Domenig, 2001, S. 37) und zugleich ihre Gesundheitskompetenz stärken zu können. Dabei kann die Aneignung der transkulturellen Kompetenz vonseiten der Fachpersonen sowie die Öffnung hin zu einem transkulturellen Wandel der Institution unterstützend mitwirken. (Domenig, 2001, S. 47, 2007b, S. 342)

1.2 *Stand der Forschung*

Gleich zu Beginn halten wir fest, dass eine Wissenslücke in der spezifischen Thematik transkultureller Kompetenz im professionellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, und deren Gesundheitskompetenzstärkung besteht. Dies ist nebst unserem persönlichen Interesse auch mit ein Grund, weshalb wir uns mit dieser Thematik auseinandersetzen. Zu den einzelnen Komponenten unseres Themas findet man hingegen diverse Bücher, Fachartikel und Beiträge in Herausgeberwerken, welche wir eingehend selektiert haben. Bei dieser Auswahl wurde deutlich, dass bereits Literatur vorhanden ist, die zwei dieser Gesichtspunkte miteinander vereint, wie beispielsweise Migration und Gesundheitskompetenzstärkung oder Migration und häusliche Gewalt. So hält das EBG (2012) in seinem Informationsblatt über Häusliche Gewalt im Migrationskontext fest, dass zu dieser Thematik keine abschliessenden Antworten gegeben werden können, da in diesem Bereich noch etlicher Forschungsbedarf bestehe (S. 2). Auch über die gesundheitliche Situation von Migrantinnen oder generell Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, existiert bereits Literatur. Dennoch fehlt auch hier bisher die Verknüpfung von Gesundheitskompetenzstärkung und von häuslicher Gewalt betroffenen Migrantinnen. Das Konzept der transkulturellen Kompetenz nach Domenig (2007a) wurde insbesondere für den Gesundheitsbereich entwickelt. Deshalb besteht bisher kaum Literatur zur Anwendung dieses Konzeptes in der Sozialen Arbeit, geschweige denn mit unserer spezifischen Zielgruppe.

Wie bereits erwähnt, besteht also eine Wissenslücke bezüglich der Gesundheitskompetenzstärkung durch transkulturell kompetente Fachpersonen bei Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind. Diese soll mit der vorliegenden Bachelor-Thesis geschlossen werden.

1.3 Motivation und Berufsrelevanz

Die Arbeit mit Migrantinnen stellt für uns einen sehr interessanten Bereich der Sozialen Arbeit dar, der uns während unserer Praxiserfahrung sowie Studienzeit stets begleitete. Wir setzten uns während des Studiums intensiv mit migrationspezifischen Fragen auseinander und konnten während unserer Praktika im internationalen Bereich Erfahrungen sammeln. Auch das Arbeitsfeld mit Opfern von häuslicher Gewalt hat unsere Aufmerksamkeit geweckt und eine der Autorinnen in der Praxis begleitet. Dabei stellten wir uns die Frage, ob bzw. wie Klientinnen bezüglich ihrer Gesundheit bei sozialarbeiterischen Interventionen gestärkt hervorgehen können.

Aufgrund der Tatsache, dass Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund in der Praxis der Sozialen Arbeit einen immer höheren Prozentsatz ausmachen, ist es von grosser Relevanz migrationspezifisches Wissen zu generieren. Vor allem in der weitgehend wenig erforschten Thematik des professionellen transkulturellen sozialarbeiterischen Umgangs mit von häuslicher Gewalt betroffenen Migrantinnen und deren Gesundheitskompetenzstärkung ist dies fundamental.

1.4 Fragestellung

Aus dem Kontext der Ausgangslage und dem fehlenden Vorhandensein von aktuellen Forschungsergebnissen ergibt sich für uns folgende Hauptfragestellung sowie dazugehörige Teilfragestellungen, die zur Beantwortung der Ersteren dienen.

Was kennzeichnet einen professionellen transkulturellen Umgang von Fachpersonen der Sozialen Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, und wie kann dadurch die Gesundheitskompetenz der Migrantinnen gestärkt werden?

- Wodurch zeichnet sich eine transkulturell kompetente Fachperson aus?
- Welche Folgen treten üblicherweise im Kontext Migration auf?
- Welche Folgen treten üblicherweise im Kontext häuslicher Gewalt auf?
- Welche Verbindungen bestehen zwischen Migration und häuslicher Gewalt?

- Inwiefern ist eine Gesundheitskompetenzstärkung von Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit notwendig und möglich?
- Wie kann eine Stärkung der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen erreicht werden?
- Wenden Sozialarbeitende im professionellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, das Konzept der transkulturellen Kompetenz an?
- Stärken die Professionellen der Sozialen Arbeit mit dem professionellen transkulturellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, die Gesundheitskompetenz der Klientinnen?

1.5 Ziel und Adressaten der Arbeit

Die vorliegende Bachelor-Thesis verbindet Wissen über die Themen Migration, häusliche Gewalt und Gesundheitskompetenzstärkung mit der transkulturellen Kompetenz. Somit wird neues Wissen für die Praxis generiert, denn – wie bereits ausgeführt – besteht bisher noch keine Literatur zu dieser spezifischen Thematik. Als Zielgruppe definieren wir Migrantinnen aus den in der Ausgangslage beschriebenen Herkunftsregionen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind.

Der Erkenntnisgewinn soll einerseits zu einer Wissenserweiterung der Autorinnen führen, andererseits aber auch als Anregung für einen professionellen Umgang von Institutionen der Sozialen Arbeit dienen, die mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, arbeiten. Die in diesen Institutionen tätigen Fachpersonen stellen sogleich unsere Adressatengruppe dar.

1.6 Theoretische Position

Damit wir uns der Fragestellung annähern und die Hintergründe, welche dieser Thematik zugrunde liegen, verstehen können, setzen wir uns mit verschiedenen theoretischen Grundlagen auseinander. Wir befassen uns mit dem Konzept der transkulturellen Kompetenz, welches uns über die Notwendigkeit der Aneignung dieser Fähigkeit seitens der Sozialarbeitenden Aufschluss geben soll. Darauf aufbauend setzen wir uns mit migrationsspezifischen Theorien auseinander. Einerseits umfassen diese die Migration als kritisches Lebensereignis, welche mit Hilfe der Phasen des Migrationsprozesses nach Sluzki (2010) dargestellt wird. Andererseits thematisieren wir die Akkulturationstheorie von John W. Berry (1987) sowie theoretische Grundlagen von Lazarus und Folkman (1984) zum Thema Akkulturationsstress. Bei der häuslichen Gewalt gehen wir genauer auf die Gewaltphasen nach Walker (1984) ein und setzen uns eingehend mit Forschungsbeiträgen aus der Schweiz und Deutschland auseinander.

Schliesslich befassen wir uns in Anbetracht der Gesundheitskompetenzstärkung eingehend mit dem Salutogenesemodell von Antonovsky (1987) sowie mit verschiedenen Konzepten und Methoden aus der Sozialen Arbeit. Bei der empirischen Forschung stützen wir uns bezüglich der qualitativen Inhaltsanalyse auf Mayring (2002, 2010).

1.7 Aufbau der Arbeit

Damit die Hauptfragestellung sowie die aufgeführten Teilfragestellungen dieser Bachelor-Thesis beantwortet werden können, ist diese in sieben Kapitel aufgeteilt, welche wie folgt aufgebaut sind.

Im **1. Kapitel** haben wir nun die Ausgangslage, den momentanen Forschungsstand, die theoretische Position, das Ziel dieser Bachelor-Thesis und die Adressaten sowie unsere Motivation dargelegt. Ausserdem wurden die Haupt- sowie die Teilfragestellungen aufgezeigt.

Das **2. Kapitel** dient der Auseinandersetzung mit der Frage, wodurch sich eine transkulturell kompetente Fachperson auszeichnet. Dafür werden wir die transkulturelle Kompetenz mit ihren drei Pfeilern Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung sowie narrative Empathie aufzeigen. Weiter werden wir die damit in Zusammenhang stehenden Begriffe Transkulturalität und transkulturelle Öffnung erläutern.

Auf dieser Grundlage baut das **Kapitel 3** auf, in welchem wir uns mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, beschäftigen. Die Auseinandersetzung mit unserer Zielgruppe wird deshalb so ausführlich ausfallen, weil uns ausreichende Kenntnisse über ihre Lebenslagen als Hintergrundwissen, wie es in Kapitel *2.1.2 Hintergrundwissen und Erfahrung* beschrieben wird, unabdingbar scheinen. So können die Folgen der Migration und der häuslichen Gewalt herausgearbeitet und Verbindungen von Migration und häuslicher Gewalt hergestellt werden.

Anschliessend folgen im **4. Kapitel**, in welchem wir zudem näher auf das Salutogenese-Modell eingehen werden, die Thematiken Gesundheit und Gesundheitskompetenz. Dadurch soll die Notwendigkeit und Möglichkeit der Sozialarbeitenden aufgezeigt werden, inwiefern sie bei von häuslicher Gewalt betroffenen Migrantinnen zur Gesundheitskompetenzstärkung beitragen können und sollen. Des Weiteren wird dargelegt, wie eine solche Stärkung erreicht werden kann. Abschliessend verknüpfen wir die Thematiken transkulturelle Kompetenz,

Gesundheitskompetenzstärkung und Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind. Daraus geht ein theoretischer Idealtypus eines professionellen transkulturellen Umgangs mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, hervor. Dies umfasst somit den ersten Teil unserer Bachelor-Thesis, welcher sich auf Literaturrecherchen stützt.

Diesem folgt im **5. Kapitel** ein empirischer Teil, der sich auf vier problemzentrierte Experteninterviews mit Institutionen bezieht, welche sich mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, respektive mit transkultureller Kompetenz, auseinandersetzen. Diese Untersuchung soll veranschaulichen, wie ein konkreter professioneller transkultureller Umgang mit dem Ziel der Gesundheitskompetenzstärkung in der sozialarbeiterischen Praxis aussieht.

Im **Kapitel 6** wird anhand einer Diskussion eine Verknüpfung der Theorie, dem theoretischen Idealtypus und dem praktischen professionellen Umgang mit unserer Zielgruppe erfolgen.

Abschliessend werden wir im **7. Kapitel** ein Fazit ziehen, indem wir die eingangs formulierte Fragestellung beantworten und Folgerungen für die Praxis aufzeigen. Überdies legen wir die Stärken und Schwächen dieser Bachelor-Thesis dar und werfen weiterführende Fragen auf.

2 Konzept der transkulturellen Kompetenz

Damit man sich dem Begriff *transkulturelle Kompetenz* annähern kann, muss zuerst ein Verständnis dafür geschaffen werden, was genau unter Transkulturalität verstanden wird. Dies geschieht am besten dadurch, indem man sich den unterschiedlichen Kulturkonzepten, die der Multi-, Inter- und Transkulturalität zugrunde liegen, bewusst wird.

Multi- und Interkulturalität gehen von einem Kulturbegriff aus, der in Form eines Kugelmodells einzelne Kulturen als intern homogen und extern abgegrenzt versteht (Welsch, 1995). Es wird demnach von einer Differenz zwischen verschiedenen Kulturen ausgegangen; das heisst, man unterscheidet zwischen der *eigenen* und der *fremden* Kultur (Domenig, 2001, S. 26-27). Der Hauptunterschied zwischen Multi- und Interkulturalität besteht darin, dass Erstere davon ausgeht, dass verschiedene Kulturen nebeneinander existieren und keinen direkten Kontakt miteinander haben. Frau Bühlmann vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) erläuterte uns dies am Beispiel der verschiedenen Stadtteile New Yorks wie Chinatown, Little Italy, etc. oder in Grosstädten Australiens, in denen der Chinese nicht zum Italiener geht und umgekehrt (pers. Mitteilung, 24.10.13). Unter Interkulturalität werden ebenfalls nebeneinander existierende Kulturen verstanden, die hier aber in eine Interaktion miteinander treten, welche auf Differenzen beruht. (Bühlmann, pers. Mitteilung, 24.10.13; Domenig, 2001, S. 35) Man achtet also auf die Unterschiede und Verschiedenartigkeiten. Kulturen werden bei beiden Modellen meist mit Ethnien gleichgesetzt und es wird beispielsweise mit „Die Türken handhaben das so...“, oder „Die Eritreer verhalten sich nun mal so...“ argumentiert. Solche Ausdrücke führen aber schnell zu Stereotypisierungen, die auf die individuellen Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten kaum angewendet werden können (Domenig, 2001, S. 26-27). Domenig (2001) stellt fest, dass das Festhalten an solchen Kulturmodellen den Wunsch vieler Fachpersonen nach Orientierung und Strukturierung befriedigt, da sie glauben, mit „kulturspezifischen“ Modellen richtig zu intervenieren. Jedoch führt dies eher zu einer Ausgrenzung der Klientel mit Migrationshintergrund und deren individuellen Ansichten, die so eine Distanz zwischen der Fachperson und der Klientin oder dem Klienten erzeugt. Dies führt dazu, dass ein flexibler Umgang mit dem Fremden erschwert wird. Doch durch die zunehmende Globalisierung und dem hohen Mass an Mobilität ist es kaum mehr möglich, an solch starren Konzepten festzuhalten. (Domenig, 2001, S. 31-32)

Aufgrund dessen wird deutlich, dass Gruppen nicht über eine einheitliche Kultur verfügen, welche das Verhalten und die Wertvorstellungen der Individuen der Gruppe erzeugt. Vielmehr trifft der Mensch je nach Interesse, Strategie, Situation, Kontext, Zeit und Ort eine Wahl aus verschiedenen vorhandenen Möglichkeiten. Die Wertvorstellungen werden somit in

einem ständigen Prozess dynamisch verändert. Es ist also weitaus eher zutreffend, dass sich Identitäten aus Verschiedenartigem zusammensetzen und sich mit unterschiedlichen Einflüssen immer wieder neu vermischen. (Domenig, 2001, S. 28)

Domenig (2001) geht von sozialen Praktiken der Migrantinnen und Migranten aus, die sich als Aktionen von Individuen kennzeichnen. Die Personen mit Migrationshintergrund agieren in bestimmten sozialen Feldern, die gleichzeitig von der Herkunftsgesellschaft sowie der Aufnahmegesellschaft geprägt sind. Migrantinnen und Migranten ist dabei die Migrationserfahrung gemeinsam, die sie über Gruppengrenzen hinweg, also ungeachtet ihrer Herkunft, verbindet. Ausserdem muss erwähnt werden, dass heutzutage soziale Netzwerke über Grenzen hinweg gepflegt werden und so globale, transnationale Beziehungsnetze entstehen, die in den Lebensalltag im Aufnahmeland einfließen. (Domenig, 2001, S. 29)

Transkulturalität geht nun von dieser Grenzüberschreitung und von der Durchmischung der Kulturen aus. Dabei wird nach Gemeinsamkeiten und nicht mehr nach Differenzen gesucht. Der Begriff *Kultur* wird dabei als fortdauernde Existenz von Einzelkulturen verstanden, der jedoch als Übergang zu einer neuen transkulturellen, das heisst einer durchwobenen und vermischten Form der Kulturen führt. Es bestehen folglich noch immer Differenzen zwischen den Kulturen, aber der Fokus wird, wie bereits erwähnt, auf die Gemeinsamkeiten gelegt. So werden die Anschluss- und Übergangsmöglichkeiten durch ein Aufeinander-Zugehen ermöglicht und Ab- und Ausgrenzungen aufgehoben. (Domenig, 2001, S. 35-36)

Mit diesem Verständnis der Transkulturalität ist es nun möglich, die darauf aufbauende transkulturelle Kompetenz besser zu verstehen.

2.1 *Transkulturelle Kompetenz*

Aus der vorhergehenden Auseinandersetzung mit dem Begriff der Transkulturalität wird deutlich, dass jede Begegnung transkulturell ist, da in der Interaktion immer Menschen mit unterschiedlichen, aber auch gemeinsamen Hintergründen und ihren individuellen Lebensgeschichten aufeinander treffen (Domenig, 2001, S. 36). Domenig (2001) macht darauf aufmerksam, dass es sich bei der transkulturellen Kompetenz nicht um eine zusätzliche auf Migrantinnen und Migranten spezialisierte Kompetenz handelt, sondern dass damit das *professionell kompetente Handeln auch im Migrationskontext* gemeint ist (S. 36). Pavkovic (1999) beschreibt transkulturelle Kompetenz als eine erweiterte soziale Kompetenz, die nicht nur im Migra-

tionskontext erforderlich ist. Denn transkulturelle Kompetenz ermöglicht generell eine kreative Auseinandersetzung mit sehr heterogenen Gruppen, die verschiedene Kompetenzprofile, Lebens- und Denkweisen aufweisen. Zudem fördert das Konzept der transkulturellen Kompetenz die kulturelle Diversität, Multiperspektivität, das „Sich-Besinnen“ auf beziehungsfördernde Mittel, die Ressourcenorientierung sowie das gemeinsame Entwickeln von neuen Lösungen. (Pavkovic, 1999, zitiert nach Domenig, 2001, S. 36) Transkulturell kompetent zu sein meint also eine gemeinsame Sprache zu entwickeln und gleichzeitig eine gemeinsame Realität zu konstruieren. Dies geschieht durch das „Vertraut-werden“ mit anderen Kontexten, indem das „fremdkulturelle“ schrittweise „ent-fremdet“ wird. Diese „Ent-Fremdung“ ist einerseits durch das Akzeptieren, dass es neben der eigenen Welterfahrung und Konstruktion der Realität auch andere Möglichkeiten gibt, zu erreichen. Andererseits wird sie dadurch ermöglicht, dass man die Bereitschaft entwickelt, sich auf dieses Andere als ein Gleichwertiges einzulassen. (Domenig, 2001, S. 36-37) Transkulturell kompetentes Handeln erfordert situations- und kontextgerechte Anpassungen der Interventionen für die Klientel. Transkulturell kompetente Fachpersonen besitzen also die „Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. (. . .) [Sie] reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeit die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten und vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen“ (Domenig, 2007a, S. 174). Im Mittelpunkt steht dabei die Interaktionsfähigkeit, die auf folgende drei Säulen baut: *Selbstreflexion*, *Hintergrundwissen und Erfahrung* sowie *narrative Empathie* (Domenig, 2007a, S. 174). Diese drei Grundbegriffe werden nachfolgend erläutert.

2.1.1 Selbstreflexion

Domenig (2007a) erläutert, dass Fachpersonen erst in der Lage sind, die Lebenswelten von Personen mit Migrationshintergrund besser zu verstehen, wenn sie gelernt haben, ihre eigenen Lebenswelten, Wertvorstellungen und Sichtweisen zu reflektieren. Dies bedeutet, dass man die Selbstverständlichkeiten, welche sich aufgrund von Erfahrungen gefestigt haben, zu hinterfragen beginnt und somit bewusst macht. (Domenig, 2007a, S. 175-176) So können Vorurteile und Stereotypisierungen neutralisiert werden, da man lernt, dass nicht alles gegeben und selbstverständlich ist, sondern auch andere Wertvorstellungen und Konstruktionen der Lebensweisen existieren (Domenig, 2001, S. 39). Auf diese Weise wird das möglichst wertneutrale Erfassen der Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten und damit die Annäherung an ihre Perspektive erleichtert, soweit dies mit dem eigenen kulturellen Hintergrund möglich

ist. Transkulturelle Kompetenz setzt folglich die Offenheit voraus, eigene Sichtweisen und Handlungsmuster zu hinterfragen. (Domenig, 2007a, S. 174-176)

Hierbei lässt sich gemäss Domenig (2001) auf das Beiziehen von Fachpersonen mit Migrationshintergrund verweisen. Insbesondere Angehörige der Zweitgeneration können hilfreich sein, da diese sowohl die „einheimische“ Sprache, deren Bräuche und Denkweisen kennen als auch diejenigen ihres Herkunftslandes. Fachpersonen mit Migrationshintergrund sind aber nicht per se transkulturell kompetent, sondern hier muss vermehrt der Fokus darauf gelegt werden, dass sich diese selbstreflexiv mit ihrer eigenen Migrationserfahrung auseinandersetzen. Wenn dies der Fall ist, sollten sie fähig sein, auch mit anderen Klientinnen und Klienten als nur mit denjenigen aus ihrer eigenen Herkunftsgruppe migrationspezifisch zu arbeiten. (Domenig, 2001, S. 40-41)

Da Migrantinnen und Migranten gemäss Domenig (2001) aber bereits über transkulturelle Ressourcen und Fähigkeiten verfügen, sollten vermehrt transkulturelle Teams geschaffen werden. Denn auf diese Weise kann sich das ganze Team mit transkulturellen Fragen in der direkten Begegnung und Bearbeitung migrationspezifischer Themen auseinandersetzen und so transkulturell kompetenter werden. (Domenig, 2001, S. 41-42)

2.1.2 Hintergrundwissen und Erfahrung

Mit dem Hintergrundwissen, welches für einen transkulturell kompetenten Umgang vorausgesetzt wird, ist nicht kulturspezifisches Wissen gemeint. Vielmehr werden darunter generelle Konzepte verstanden, die bei allen Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund – und manchmal sogar bei einheimischen Bevölkerungsgruppen – angewendet werden können. (Domenig, 2007a, S. 176-177) Dazu gehören gemäss Domenig (2007a) beispielsweise Kenntnisse über Migration, Kultur, Menschenrechte und Integration sowie über Rassismus und Diskriminierung (S. 176-177). Auch führt sie theoretisches Hintergrundwissen über migrationspezifische Lebensbedingungen auf, die für ein besseres Verständnis der Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten zentral sind (Domenig, 2007a, S. 176-177). Aus diesem Grund werden wir im Kapitel 3 *Von häuslicher Gewalt betroffene Migrantinnen* eingehend migrationspezifisches Wissen darlegen. Des Weiteren benötigen transkulturell kompetente Fachpersonen gemäss Domenig (2007a) Kenntnisse über angepasste Kommunikationsformen wie beispielsweise die Arbeit mit Dolmetschenden oder interkulturellen Übersetzern. Überdies sollten sie auf Wissen über unterschiedliche soziale Organisationen, welche einen erheblichen Einfluss auf das Rollenverständnis und die Kommunikation in Familien ausüben,

zurückgreifen können. (Domenig, 2007a, S. 177) Denn gemäss Domenig (2001) leben nur wenige Menschen in „individualistischen“ Gesellschaften, in denen die Interessen des Individuums vor die Interessen der Gruppe gestellt werden (S. 42). Man muss sich von daher bewusst sein, dass in kollektivistischen – das bedeutet familienzentrierten – Gruppen Familienintegrität und Interdependenz betont und meist durch Gruppennormen geregelt werden. In individualistischen Gruppen hingegen wird Selbständigkeit und Separation von der Gruppe durch persönliche Wünsche und Neigungen hervorgebracht. Dies zeigt, dass sich daraus ein unterschiedliches Bild von Selbständigkeit ergibt: In kollektivistischen Gesellschaften geht es primär darum, keine Last für die Gruppe darzustellen; in Individualistischen darum, seine persönlichen Anliegen zu verfolgen. (Domenig, 2001, S. 43) Nach Domenig (2001) zeigt sich folglich, dass Familienangehörige bei Klientinnen und Klienten aus familienzentrierten Gesellschaften in weitaus stärkerem Masse einbezogen werden sollten als bei Klientinnen und Klienten aus individuumszentrierten Gesellschaften (S. 44). Zudem sollten gemäss Domenig (2001) Gruppenwerten und Gruppenzielen grössere Beachtung geschenkt sowie ein grösseres Gewicht auf den Vertrauensbildungsprozess gelegt werden. Gegenseitiges Vertrauen ist meist eine Grundvoraussetzung um mit familienzentrierten Gruppen zusammenarbeiten zu können. Dabei muss auch stark darauf geachtet werden, dass ihnen keine individualistischen Leitbilder aufgezwängt werden, sondern dass das „Wir-Gefühl“ der Migrantinnen und Migranten respektiert wird. (Domenig, 2001, S. 44) Transkulturelle Kompetenz verlangt demnach nicht nur ein reines Hintergrundwissen über die Unterschiede der familien- und individuumszentrierten Gruppen. Es geht zusätzlich um die Fähigkeit, auch mit Familiensystemen angepasst zusammenzuarbeiten und deren protektive Faktoren und Ressourcen entsprechend zu nutzen. (Domenig, 2001, S. 46)

Für das Hintergrundwissen sind überdies Kenntnisse von psychischen Erkrankungen hilfreich. Denn Migrantinnen und Migranten sind aufgrund ihrer Lebensgeschichten oft Risikofaktoren für die Entwicklung einer psychischen Störung, wie beispielsweise einer Posttraumatischen Belastungsstörung infolge Krieg und Folter ausgesetzt, worauf wir in Kapitel 3.1.4. *Individuelle Auswirkungen der Migration* genauer eingehen werden. (Domenig, 2007a, S. 177)

Dieses Hintergrundwissen kann gemäss Domenig (2007a) sowohl auf kognitiver Ebene, das bedeutet durch die Aneignung von theoretischen Grundlagen als auch mithilfe von konkreten, praktischen Erfahrungen im Kontakt mit Migrantinnen und Migranten, angeeignet werden. Verfügt man über migrationsspezifisches Hintergrundwissen und Erfahrung, so können viele

Missverständnisse verhindert und der jeweiligen Situation des Gegenübers besser Rechnung getragen werden. (Domenig, 2007a, S. 177-178)

2.1.3 Narrative Empathie

Narrative Empathie meint gemäss Domenig (2007a) die Neugier und Anteilnahme an den Erzählungen der Migrantinnen und Migranten (S. 178). Denn erst wenn Fachpersonen hören, was ihre Klientinnen und Klienten zu erzählen haben, können sie sich einerseits ein Bild darüber machen, innerhalb welcher Bedeutungssysteme sich die Geschichten strukturieren. Andererseits wird deutlich, welche individuellen Erklärungsmodelle sich die Klientel in Anbetracht ihres Problems zurechtgelegt hat. Daraus lassen sich der Situation angemessene Beurteilungen ableiten und den Bedürfnissen und dem Kontext entsprechende transkulturell kompetente Interventionen durchführen. (Domenig, 2001, S. 38) Mittels Empathie kann Neues entdeckt werden, indem man sich in das Gegenüber hineinversetzt, respektvoll auf diese Person zugeht, ihre Gefühle teilt und somit Verständnis für ihr Handeln und Denken aufbaut und sich der Person auf diese Weise interessiert zuwendet. (Domenig, 2007a, S. 178-180)

Diese drei dargestellten Säulen der transkulturellen Kompetenz zielen gemäss Sprung (2007) auf ein individuelles, professionelles Handeln von Fachpersonen im Migrationsbereich ab. Bei dieser Kompetenz wird auf die Selbstverantwortung der Individuen und somit auf produktives und erfolgreiches berufliches Handeln aufgebaut, jedoch weniger auf die notwendigen Bedingungen und Qualitäten des Arbeitsumfeldes eingegangen. (Sprung, 2007, S. 315-316) Wenn sich diese Kompetenz aber lediglich auf einer individuellen Ebene etabliert, kann dies bedeuten, dass nur einzelne Personen in einer Institution – soweit dies strukturell möglich ist – einen professionellen transkulturellen Umgang pflegen. Dies kann dazu führen, dass die transkulturelle Kompetenz nicht mehr gesichert ist, wenn diese einzelnen Personen aus der Institution ausscheiden und so ein Defizit im Umgang mit Migrantinnen und Migranten entsteht. (Domenig, 2001, S. 169) Deshalb ist es gemäss Sprung (2007) wichtig, bestimmte strukturelle und institutionelle Bedingungen durch Bildungsmassnahmen in Organisationsentwicklungsprozessen und Weiterbildungen von Führungskräften zu schaffen. Dadurch wird ermöglicht, dass die Interaktionen, die im beruflichen Alltag stattfinden, reflektiert werden können und das Personal sich auf einer gemeinsamen Ebene damit auseinandersetzen kann. (Sprung, 2007, S. 315-316)

Gemäss Domenig (2007b) ist es von essentieller Bedeutung, dass neben der individuellen Erhöhung der transkulturellen Kompetenz von Fachpersonen eine transkulturelle Öffnung seitens der Organisation und vor allem auch eine Sensibilisierung der Leitungsebene stattfindet. Die Umsetzung der transkulturellen Kompetenz kann ansonsten durch strukturelle Hindernisse erschwert werden. (Domenig, 2007b, S. 342) Darunter werden beispielsweise Übersetzungen von Dokumenten sowie teamorientierte Weiterbildungen, womit eine Erhöhung der Selbstreflexion erreicht werden kann, verstanden (Domenig, 2001, S. 221-225). Somit stellt sich heraus, dass eine Erhöhung der transkulturellen Kompetenz nur mit einer transkulturellen Öffnung der gesamten Institution, das heisst mit allen in ihr tätigen Personen, einhergehen kann (Domenig, 2007b, S. 342, 2001, S. 70). Übergeordnetes Ziel dieses transkulturellen Wandels ist gemäss Domenig (2007b) das Erreichen der Chancengleichheit für alle. Dies beinhaltet die Erbringung von qualitativ hochstehenden Leistungen für alle Klientinnen und Klienten und die Integration von Fachpersonen mit Migrationshintergrund bzw. die Förderung der Chancengleichheit am Arbeitsplatz. (Domenig, 2007b, S. 342)

Was eine transkulturelle Öffnung und Organisationsentwicklung einer Institution genau umfasst, wird im nächsten Kapitel genauer erläutert.

2.2 *Transkulturelle Öffnung und Wandel der Institution*

Die transkulturelle Öffnung wird im Buch *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* von Domenig (2007b, S. 341-368) sehr ausführlich beschrieben. Jedoch ist diese Darlegung ziemlich schwer verständlich und für die konkrete Umsetzung in der Praxis nicht einfach zu fassen. Aus diesem Grund stützen wir uns auf einen Massnahmenkatalog, den Domenig (2001) konkret für die Praxis erarbeitet hat. Dieser kann bei der Umsetzung eines transkulturellen Wandels einer Institution behilflich sein. Dieser Massnahmenkatalog beinhaltet dreizehn Massnahmen. Dabei wird zwischen einer Aufbau- und einer Umsetzungsphase unterschieden. Diese sind nicht genau voneinander zu trennen und es kann durchaus sein, dass einzelne Massnahmen auch in der jeweils anderen Phase noch oder wieder aktuell sind. (Domenig, 2001, S. 213)

Diese Massnahmen und die dazugehörenden Teilmassnahmen werden im nächsten Schritt genauer erläutert.

Aufbauphase	Massnahme 1	Entwicklung eines Migrationsprojektes innerhalb der bestehenden Angebote
	Massnahme 2	Schaffung eines Bereiches Migration
	Massnahme 3	Festlegung der Aufgabenbereiche der Migrationsverantwortlichen
	Massnahme 4	Zur Verfügung stellen notwendiger Ressourcen
	Massnahme 5	Anpassung von Richtlinien und Dokumenten
	Massnahme 6	Anstellung und Förderung von Praktikerinnen und Praktikern mit Migrationshintergrund
	Massnahme 7	Entwicklung von Informationsträgern und Aufbau von Informationskanälen
Umsetzungsphase	Massnahme 8	Erhöhung der transkulturellen Kompetenz in der gesamten Institution
	Massnahme 9	Vernetzung und Zusammenarbeit mit Migrantinnen- und Migrantengemeinschaften
	Massnahme 10	Aufbau eines Informationsnetzes über migrationsspezifische Angebote und entsprechende Vernetzung
	Massnahme 11	Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote
	Massnahme 12	Angepasste Beziehungsgestaltung im Erstkontakt
	Massnahme 13	Migrationsspezifische Konzepte in der Beratung und Therapie

(Domenig, 2001, S. 214)

2.2.1 Aufbauphase

Domenig (2001) zeigt auf, dass während der Aufbauphase ein spezifisches Migrationsprojekt innerhalb der bestehenden Angebote entwickelt werden sollte. Dieses erfolgt in Zusammenarbeit mit Fachpersonen der Institution, Vertreterinnen und Vertretern der Migrantinnen- und Migrantengemeinschaften, externen Fachpersonen sowie Vertreterinnen und Vertretern der Wissenschaft und Forschung. In einem weiteren Schritt muss sowohl auf der Leitungs- als auch auf der operativen Ebene ein Bereich Migration geschaffen werden. Dies dient dazu, dass die transkulturelle Kompetenz institutionell und strukturell klar verankert wird. Aufgrund einer Situationsanalyse, das heisst einer Analyse des IST-Zustandes, welche die vorhandenen Ressourcen und Defizite aufzeigt, sollten die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der migrationsverantwortlichen Personen festgelegt werden. Diese müssen sowohl für die

Aufbauphase als auch für die Umsetzungsphase geregelt werden. Ausserdem müssen der beauftragten Person des Migrationsprojektes die notwendigen personellen, fachspezifischen und finanziellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. (Domenig, 2001, S. 215-218)

Gemäss Domenig (2001) sollten in einem weiteren Schritt institutionelle Richtlinien und Dokumente migrationsspezifisch angepasst werden, damit sich der transkulturelle Wandel sowohl nach aussen manifestiert als auch nach innen konkretisiert (S. 219). Dies kann unter anderem die Überarbeitung des Leitbildes und der Richtlinien umfassen, aber auch die Anpassung der Öffnungszeiten, der Konzepte und die Überarbeitung von Informationsmaterial, welches neu migrationsspezifische Hintergründe berücksichtigt. (Domenig, 2001, S. 219)

Eine wichtige Massnahme bei einem Migrationsprojekt stellt auch die Anstellung und Förderung von Fachpersonen mit Migrationshintergrund dar. Dabei sollten diese vermehrt bei Neuanstellungen sowie Leitungspositionen berücksichtigt werden. Zudem sollten die transkulturellen Kompetenzen der Fachpersonen mit Migrationshintergrund in der Institution aufgewertet und durch spezifische Massnahmen gefördert werden. (Domenig, 2001, S. 220)

Abschliessend müssen gemäss Domenig (2001) Informationsträger, das heisst Informationsmaterial für die Klientel, entwickelt werden. Konkret bedeutet dies, dass die bereits nach migrationsspezifischen Aspekten überarbeiteten Informationsträger in dieser Phase in verschiedene Sprachen übersetzt werden. Zudem müssen Informationskanäle, auf welchen diese Informationen bereitgestellt werden, aufgebaut werden. Bei dieser Schaffung von Informationskanälen sollten auch Migrantinnen- und Migrantengemeinschaften berücksichtigt werden. Diese Massnahme hat zum Ziel, dass die Angebote der Gesundheitsversorgung bei Migrantinnen und Migranten besser bekannt werden. (Domenig, 2001, S. 221)

2.2.2 Umsetzungsphase

Während der Umsetzungsphase wird durch eine Massnahme auf die Erhöhung der transkulturellen Kompetenz in der gesamten Institution hingearbeitet. Dies kann unter anderem durch teamorientierte Weiterbildungen oder Fach- und Intervisionsgruppen erfolgen. Auch durch die konkrete Betreuung von Migrantinnen und Migranten durch alle Fachpersonen mit entsprechender fachlicher und migrationsspezifischer Unterstützung vonseiten der migrationsverantwortlichen Personen kann diese Erhöhung erreicht werden. Weiter sind die Zusammen-

arbeit mit professionellen Dolmetschenden und regelmässige Fallbesprechungen bezüglich Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund förderlich. (Domenig, 2001, S. 222)

Ein weiterer Schritt ist gemäss Domenig (2001) die Vernetzung und Zusammenarbeit mit Migrantinnen- und Migrantengemeinschaften. Dabei sollten bestehende Angebote dieser Gemeinschaften besser genutzt bzw. in das eigene Angebot integriert werden, indem eine Vernetzung und fallbezogene Zusammenarbeit angestrebt wird. Für eine gute Vernetzung und institutionenübergreifende Zusammenarbeit sollten ein Informationsnetz über migrationsspezifische Angebote und personenbezogene Ressourcen aufgebaut sowie Richtlinien über die gegenseitige Nutzung erstellt werden. (Domenig, 2001, S. 223-224)

Damit die transkulturelle Kompetenz in der gesamten Institution gefördert werden kann, sind spezifische Weiterbildungen je nach Bereich und Funktion notwendig. Schwerpunkte dieser Lerninhalte stellen unter anderem selbstreflexive Ansätze, die Fähigkeit des Perspektivenwechsels, respektvolle Haltung und Empathie, Hintergrundwissen zu Migration und Gesundheit, transkulturelle Kommunikation (Vertrauensbildung, Beziehungsgestaltung, Erstkontakt) und die flexible Anwendung von Konzepten dar. (Domenig, 2001, S. 225)

Die angepasste Beziehungsgestaltung im Erstkontakt stellt eine weitere Massnahme nach Domenig (2001) dar, bei der flexible Herangehensweisen dem Kontext und der Situation angepasst angewendet werden sollen. Dies hat zum Ziel, die Beziehung zu der Klientel ihren Bedürfnissen und Erwartungen entsprechend zu gestalten. Genauer bedeutet dies, dass folgende Faktoren im Erstkontakt mit Migrantinnen und Migranten zu berücksichtigen sind: Die Vertrauensbildung sollte im Vordergrund stehen, da im Migrationskontext ohne vorgängiges Vertrauen die Akzeptanz von Interventionen meist erschwert ist. Sich selbst beobachtende und problemorientierte Interventionen sollten eher später erfolgen bzw. erst dann, wenn eine Vertrauensbasis geschaffen werden konnte. Weiter ist die Aufklärung der Klientel über die Aufgaben und Rollenverständnisse der Fachpersonen sowie die Erklärung und Begründung von Interventionen von essentieller Bedeutung. Zudem sollte die Familie der Klientin oder des Klienten von Beginn weg in den Prozess einbezogen werden, falls dies so gewünscht wird. (Domenig, 2001, S. 226)

Während einer Teilmassnahme der letzten Massnahme sollen Beratungskonzepte den migrationsspezifischen Kontexten und Situationen angepasst werden. Domenig (2001) erwähnt hierbei unter anderem folgende Schwerpunkte und Herangehensweisen, die in der Beratung

mit Migrantinnen und Migranten je nach Situation und Kontext handlungsleitend sind: die Aufarbeitung der Lebensgeschichte sowie der Migrationsgeschichte; Themen der Integration (Arbeit, Bildung, Aufenthaltsstatus, etc.), Diskriminierung und Rassismus; transnationale Beziehungsnetze; Zukunftsperspektiven bzw. Remigrationswünsche; Erfassung der individuellen Perspektiven bzw. der Erklärungsmodelle der Betroffenen bezüglich ihrer Problematik, deren Handlungsstrategien und Hilfesuchverhalten; Möglichkeiten, die Beratung in der Muttersprache zu führen, allenfalls unter Beizug von professionellen Dolmetschenden. (Domenig, 2001, S. 227)

Wie anhand dieses Massnahmenkataloges aufgezeigt werden konnte, wird durch die einzelnen Teilmassnahmen die Sicherstellung der transkulturellen Kompetenz einer gesamten Institution verfolgt. Das übergeordnete Ziel liegt dabei im Aufbau von Chancengleichheit (Domenig, 2007b, S. 342). Einerseits erfolgt dieser Aufbau intern durch die Besetzung von Arbeitsstellen mit Fachpersonen, die über einen Migrationshintergrund verfügen und andererseits durch die transkulturelle Öffnung gegen aussen, damit der Zugang zu Beratungsangeboten für alle gleichermassen ermöglicht wird (Domenig, 2001, S. 219). Ferner wird eine allgemeine Professionalisierung der Institution verfolgt, damit die transkulturelle Kompetenz unabhängig davon, wer die Arbeitsstelle zur Zeit belegt, gesichert ist und durch kontinuierliche Weiterbildungen, Intervisionen und Fallbesprechungen erhalten und weiterentwickelt werden kann (Domenig, 2001, S. 169).

Wie bereits beim Kapitel 2.1 *Transkulturelle Kompetenz* deutlich wurde, ist die transkulturelle Kompetenz nicht nur im Migrationskontext hilfreich, sondern kann bei verschiedensten Klientinnen und Klienten in unterschiedlichen Situationen und Kontexten eingesetzt werden (Pavkovic, 1999, zitiert nach Domenig, 2001, S. 36). Denn mit dieser Fähigkeit wird auf eine gewisse Flexibilität in der Umsetzung von Interventionen und der Anwendung von Methoden und Konzepten hingearbeitet (Domenig 2007a, S. 174). Von daher stellt die transkulturelle Öffnung und die damit verbundene individuelle transkulturelle Kompetenz der Fachpersonen einen wesentlichen Bestandteil einer Erhöhung der Chancengleichheit auf gesellschaftspolitischer Ebene dar.

Ob das Konzept der transkulturellen Kompetenz in der Sozialen Arbeit auf diese Weise, wie es dargestellt wurde, angewendet werden kann, wird im nächsten Kapitel genauer diskutiert.

2.3 *Transkulturelle Kompetenz in der Sozialen Arbeit*

Recherchiert man zum Thema Anwendungsgebiete der transkulturellen Kompetenz, so stösst man meist an erster Stelle auf den Gesundheitsbereich. Das Schweizerische Rote Kreuz richtet seine Bildungsangebote beispielsweise an Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen und medizinisch – therapeutische Fachpersonen. (SRK, n.d.) Auch Dagmar Domenigs Buch *Transkulturelle Kompetenz* (2007) trägt freilich den Untertitel *Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, wendet sich in erster Linie aber an Pflegenden. Über die konkrete Anwendung des Konzeptes der transkulturellen Kompetenz in der Sozialen Arbeit ist wenig zu finden. Deshalb vermuten wir, dass dieses Konzept in der Sozialen Arbeit zum heutigen Zeitpunkt noch nicht von vielen Institutionen umgesetzt wird. Setzt man sich jedoch intensiver mit der Thematik auseinander, so stösst man durchaus auch auf Beiträge aus der Sozialen Arbeit. Dazu gehört beispielsweise der Text mit dem Titel „Wahrnehmung des Individuums statt Stereotypen: Soziale Arbeit braucht transkulturelle Kompetenz“ (2012) von Bühlmann. Wie der Untertitel bereits andeutet, beschreibt sie darin die Wichtigkeit der transkulturellen Kompetenz für Sozialarbeitende. Genauso wie Fachpersonen im Gesundheitswesen treten auch Fachpersonen der Sozialen Arbeit mit Menschen unterschiedlichster Herkunft in Kontakt. Dadurch besteht die Gefahr, dass Vorurteile gegenüber fremden Lebenswelten entstehen. Transkulturell kompetente Fachpersonen können dank den in den Unterkapiteln von 2.1 *Transkulturelle Kompetenz* bereits eingehend beschriebenen drei Säulen *Hintergrundwissen und Erfahrung*, *Selbstreflexion* und *narrativer Empathie* die individuelle Situation des Gegenübers besser und vor allem vorurteilsfrei erfassen. (Bühlmann, 2012, S. 26-27)

Nun stellen wir den Berufskodex der Sozialen Arbeit von AvenirSocial (2010) dem Konzept der transkulturellen Kompetenz gegenüber. Dabei wird schnell deutlich, dass mehrere Hinweise darauf zu finden sind, dass sich Professionelle der Sozialen Arbeit transkulturell kompetent verhalten sollten. So verweist der Berufskodex einerseits auf die Verpflichtung zur Zurückweisung von Diskriminierung, aber auch auf die Verpflichtung zur Anerkennung von Verschiedenheiten. Diese kulturellen Unterschiede sollen geachtet werden und insbesondere wird auch eine Akzeptanz von allgemeinen, kulturübergreifenden Werten und Normen gefordert. (AvenirSocial, 2010, S. 9) Das heisst in Bezug auf die transkulturelle Kompetenz, dass die Unterschiede sowie die Gemeinsamkeiten anerkannt werden müssen. Des Weiteren sollen Sozialarbeitende gemäss AvenirSocial (2010) ihrer Klientel gegenüber eine reflektierte, empathische Haltung einnehmen (S. 12), was mit den Ebenen der Selbstreflexion und Empathie der transkulturellen Kompetenz übereinstimmt. Auch findet sich ein Hinweis auf die Wichtig-

keit der ständigen Weiterentwicklung der Wissens- und Handlungskompetenzen (AvenirSocial, 2010, S. 11), worunter allgemein das Hintergrundwissen und die Erfahrung der transkulturellen Kompetenz verstanden werden kann.

All diese Belege zeigen, dass das Konzept der transkulturellen Kompetenz bei Weitem nicht nur in Gesundheitsberufen angewendet werden sollte, sondern unbedingt auch in der Sozialen Arbeit. Dies schreiben wir der Tatsache zu, dass Sozialarbeitende in ihrem Berufsalltag oft mit Menschen verschiedenster Herkunft und Lebenswelten konfrontiert werden. Um mit diesen Unterschieden professionell umgehen und insbesondere Gemeinsamkeiten finden zu können, scheint das Konzept der transkulturellen Kompetenz sehr geeignet zu sein. Ausserdem handelt es sich bei der transkulturellen Kompetenz, wie bereits beschrieben, um eine erweiterte Sozialkompetenz, die nicht spezifisch für Migrantinnen und Migranten angewendet wird (Pavkovic, 1999, zitiert nach Domenig, 2001, S. 36). Denn da Menschen immer mit individuellen Lebensgeschichten sowie unterschiedlichen, aber auch gemeinsamen Hintergründen interagieren, ist jede Begegnung transkulturell (Domenig, 2001, S. 36). Deshalb kann man davon ausgehen, dass man in allen professionellen Kontexten mit dem Konzept der transkulturellen Kompetenz arbeiten kann.

Mithilfe dieses Kapitels konnte dargestellt werden, dass eine transkulturell kompetente Fachperson über ausreichendes zielgruppen- und migrationsspezifisches Hintergrundwissen und Erfahrung verfügt und sich durch eine selbstreflexive und empathische Haltung auszeichnet. Des Weiteren ist die Fachperson flexibel im Umgang mit Methoden, wendet diese situations- und kontextgerecht an und bezieht, wenn gewünscht, Familienangehörige bei der Intervention mit ein. Aufgrund dieser Antworten auf unsere erste Teilfragestellung gehen wir im nächsten Kapitel näher auf die komplexen Situationen von Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, ein. Denn wie in diesem Kapitel deutlich wurde, ist zielgruppenspezifisches Wissen in einem transkulturell kompetenten Umgang von essentieller Bedeutung.

3 Von häuslicher Gewalt betroffene Migrantinnen

Damit wir uns mit der Zielgruppe, welche sich auf die in der Einleitung aufgeführten Fragestellung bezieht, auseinandersetzen können, nähern wir uns in diesem Kapitel den folgenden Aspekten an: Wir beleuchten sowohl Gesichtspunkte der Migration als auch der häuslichen Gewalt. Im Anschluss an diese Darstellung verbinden wir diese beiden Thematiken, um in einem weiteren Schritt eine Verbindung zum Konzept der transkulturellen Konzept herstellen zu können.

3.1 Migration

Es gibt immer mehr Menschen, die ihre Heimat zurücklassen und sich in einem anderen Land eine bessere Zukunft erhoffen (Bundesamt für Migration [BFM], 2011). Das Bundesamt für Statistik (BFS) versteht unter Personen mit Migrationshintergrund alle Menschen, - unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit - deren Eltern im Ausland geboren sind. Folglich gehören sowohl in die Schweiz eingewanderte Personen, sogenannte Migrantinnen und Migranten, als auch deren direkte Nachkommen, die in der Schweiz geboren wurden, dazu. (BFS, 2013b) Gemäss Assion (2005) werden unter den Begriff der Migration unterschiedlichste Schicksale und Erfahrungen zusammengefasst, denen diverse Motivationen zugrunde liegen. Auch die Bedingungen während des Migrationsprozesses sowie die Lebensumstände im Aufnahmeland sind äusserst heterogen. Folglich kann man bei Migrantinnen und Migranten nicht von einer homogenen Gruppe ausgehen. Dennoch verbindet sie alle die Gemeinsamkeit, dass sie nicht der Mehrheitsgesellschaft angehören. (Assion, 2005, S. 133)

3.1.1 Zahlen / Statistiken

Gemäss des Berichtes des Generalsekretariates der Vereinten Nationen (UN) über internationale Migration und Entwicklung gibt es heute ungefähr 232 Millionen internationale Migrantinnen und Migranten. Darunter verstehen die Vereinten Nationen Personen, die ausserhalb ihres Geburtslandes oder des Landes, deren Staatsbürgerschaft sie haben, leben. 48% von all diesen Menschen sind Frauen. (United Nations Population Division, 2013, S. 4) Die Zahl der internationalen Migrantinnen und Migranten hat zwischen den Jahren 1990 und 2010 von 155 Millionen auf 214 Millionen zugenommen (United Nations Population Division, 2012, S. 3). Nach Angaben des Bundesamtes für Statistik lag der Anteil der ausländischen Bevölkerung in der Schweiz im Jahre 2012 bei 2'335'000 Personen, also rund 34,7% der Schweizer Gesamtbevölkerung (BFS, 2013b).

Da die Vereinten Nationen und das Bundesamt für Statistik aber von unterschiedlichen Begrifflichkeiten ausgehen, lassen sich die aufgeführten Zahlen nicht direkt gegenüberstellen. Das BFS (2013b) stützt sich zwar einerseits auf die Definition der Vereinten Nationen (United Nations Population Division, 2013), erweitert den Begriff der Migrantinnen und Migranten aber auf alle Menschen, deren Eltern im Ausland geboren wurden. Nichts desto trotz wird deutlich, dass ein sehr hoher Anteil der heutigen Bevölkerung über einen Migrationshintergrund verfügt, den man in der professionellen Sozialen Arbeit berücksichtigen muss.

In dieser Bachelor-Thesis stützen wir uns auf die Definition der Vereinten Nationen, da es sich bei unserer Zielgruppe um Menschen handelt, die den Migrationsprozess selbst erlebt haben. Dabei verwenden wir sowohl die Begriffe „Personen mit Migrationshintergrund“ als auch „Migrantinnen und Migranten“.

Im nächsten Schritt wird die Migration als kritisches Lebensereignis dargestellt, damit die Ausgangslage unserer Zielgruppe sowie ihre Beweggründe und Umstände, die sie zur Migration bewegten, verdeutlicht werden.

3.1.2 Migration als kritisches Lebensereignis

Gemäss Moro und Sturm (2010) wird die eigentliche Entscheidung zur Migration – unabhängig davon, ob eine Einzelperson oder die gesamte Familie migriert – meist nicht individuell, sondern als gesamtfamiliäres Vorhaben geplant. So wird deutlich, dass im sozialen Umfeld ganz unterschiedliche Erwartungen, Hoffnungen und Ängste an die bevorstehende Migration bestehen. Sich eine Vorstellung über diese zu verschaffen, kann für die Beratung nützlich sein, denn so kann in einem ersten Schritt zwischen den Umständen, weshalb jemand emigrierte, unterschieden werden. War die Migration geplant und gewünscht? Gehört eine hohe Mobilität zum Alltag der Herkunftsgesellschaft oder handelt es sich eher um eine sesshafte Ethnie und die Entwurzelung wird als Katastrophe erlebt? Musste das Land fluchtartig verlassen werden? Konnten Vorbereitungen in Bezug auf das Aufnahmeland getroffen werden oder war dieses bis zur Ankunft noch unbekannt? Je nachdem wie die Antworten auf diese Fragen ausfallen, können die Umstände traumatische Erfahrungen mit sich bringen. (Moro & Sturm, 2010, S. 267-268) Weiter ist es gemäss Moro und Sturm (2010) besonders für weibliche Migranten, welche nicht arbeitstätig sind, nicht einfach sich im Aufnahmeland zurecht zu finden. Die Lebens- und Wohnbedingungen können zu einer Vereinsamung führen, sodass sie sich kaum der neuen Umwelt zuwenden können. Überdies verfügen sie oft nur über begrenzte

Sprachkenntnisse. Nicht zuletzt kann der Grund dafür in einem frühen Schulabbruch bestehen, was schlechtere Bildungsvoraussetzungen als bei Männern darstellt. (Moro & Sturm, 2010, S. 267-269) Diese Darlegungen von Moro und Sturm (2010) sind sehr absolut und verallgemeinernd gehalten, weshalb wir diesen aufgrund der Ausführungen von Besic und Bisegger (2009) nicht ohne Einwand zustimmen können. Besic und Bisegger (2009) gehen davon aus, dass lediglich Personen mit südeuropäischem, asiatischem, afrikanischem und lateinamerikanischem Migrationshintergrund sowie Menschen aus Ländern des ehemaligen Jugoslawiens häufiger sozioökonomischen Nachteilen ausgesetzt sind. Demgegenüber stehen gut ausgebildete, oft aus Nordeuropa stammende Personen (Besic & Bisegger, 2009, S. 180-181), welche demzufolge nicht unter Moro und Sturms Ausführungen gefasst werden können.

Die notwendigen Ressourcen, die es braucht, um sich in der Aufnahmegesellschaft zu integrieren, sind gemäss den vorherigen Ausführungen von Moro und Sturm (2010) eingeschränkt. Ferner kann der Verlust des kulturellen Kontextes und des familiären Rahmens zu Verunsicherungen führen, da man ohne die stützende Hilfe des Umfeldes den Sinn einer fremden Umgebung nicht entziffern kann, wenn man die vorherrschenden Regeln nicht kennt. (Moro & Sturm, 2010, S. 267-269) Weiter können gemäss Moro (1994) die Lebensbedingungen im Aufnahmeland zu einer erhöhten Verletzbarkeit beitragen. Ein Grund dafür könnte beispielsweise das unbekannte soziale Umfeld sein und die damit verbundene Einsamkeit (Moro, 1994, zitiert nach Moro & Sturm, 2010, S. 269).

Gemäss Sluzki (2010) zeigen sich trotz der vielen persönlichen und ethnischen Unterschiede Regelmäßigkeiten während der Migrationsprozesse, wenn man sich eher auf Muster als auf Inhalte achtet. So lässt sich ein „Modell“ des Migrationsprozesses aufzeigen, das einen ziemlich hohen Grad kulturübergreifender Validität besitzt. (Sluzki, 2010, S. 109) Aufgrund dieses Modells lassen sich Stadien typischer Migrationsprozesse beschreiben, die wir im Folgenden genauer erläutern. Gemäss Sluzki (2010) beinhaltet jedes dieser Stadien charakteristische Abläufe und typische familiäre Bewältigungsmuster sowie typische Konfliktsituationen mit entsprechenden Symptomen (S. 109-110). Die folgende Grafik veranschaulicht die typischen Phasen des Migrationsprozesses.

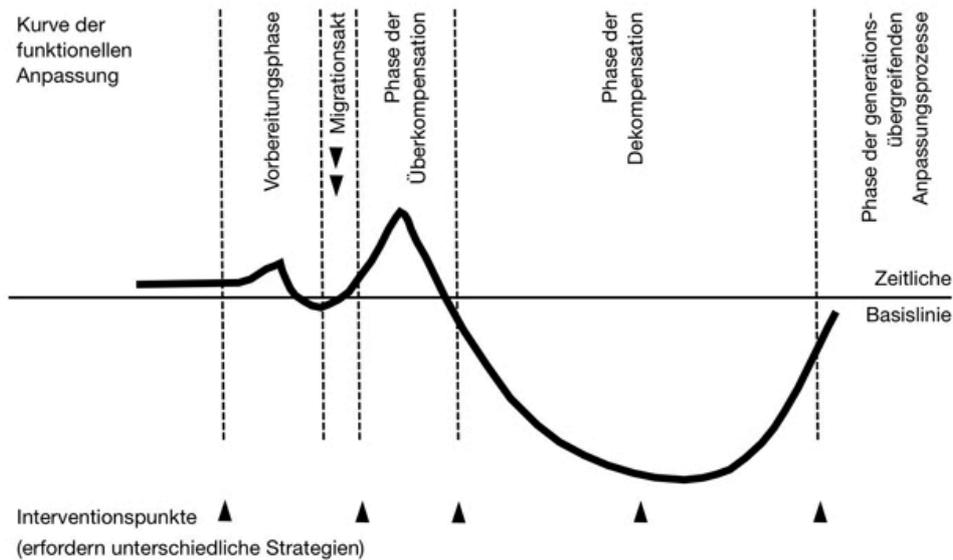


Abb. 2: Migrationsprozess

3.1.2.1 Vorbereitungsphase

Sluzki (2010) zeigt auf, dass sich die Vorbereitungsphase mit einer ersten Auseinandersetzung durch die einzelnen Familienmitglieder kennzeichnet. Dies kann sich durch Briefverkehr, der Beantragung von Visa oder ähnlichen Bemühungen auszeichnen, die in Zusammenhang mit der Auswanderung stehen. Die zeitliche Dauer dieser Phase hängt stark von äusseren Faktoren, dem Lebensstil und des Zeirhythmus der einzelnen Familien ab. Es kann sich dabei also um plötzlich erfolgende Entscheidungen bis hin zu jahrelangen Entscheidungsphasen handeln. (Sluzki, 2010, S. 110-111)

In diesem Stadium gibt es bereits gewisse emotionale Höhen und Tiefen, die Gefühlslagen können zwischen Vorfreude und Ängsten variieren. Dabei zeigt sich bereits, dass die einzelnen Familienmitglieder ihre Rollen neu definieren werden müssen. Obwohl es sich bei der Migration meist um eine gemeinsam getroffene Entscheidung handelt, werden oft einzelne Personen als motivierend oder verantwortlich für diesen Prozess wahrgenommen. So kann der Wunsch zu migrieren beispielsweise ursprünglich vom Vater kommen, der sich im Ausland eine bessere berufliche Perspektive erhofft. (Sluzki, 2010, S. 111-112)

Wird die Migration von den Betroffenen positiv bewertet und werden die Erwartungen in der Realität sogar noch übertroffen, so herrscht oft die Annahme vor, dass nun nichts Zurückgelassenes betrauert werden darf. Trauert dennoch jemand, so wird er oder sie von den Übrigen schnell zum Sündenbock gemacht, damit sie sich nicht mit dem schmerzvollen Prozess, der die Migration mit sich bringen kann, auseinandersetzen müssen. Im Gegensatz dazu kann es vorkommen, dass Familien, welche existenziellen Bedrohungen entflohen sind, das Ver-

gangene nicht loslassen können und in permanenter Trauer verharren. Wer zuerst aus diesem Leid ausbricht, wird schnell als Verräter angesehen. (Sluzki, 2010, S. 112)

3.1.2.2 Migrationsakt

Migration ist gemäss Sluzki (2010) ein vorübergehender und zielorientierter Prozess, für den keine festen Rituale vorgesehen sind. Meist sind die Migrantinnen und Migranten sich selbst überlassen und müssen für dieses oft schmerzhaftes Unternehmen persönliche Rituale finden. Hinzu kommt, dass der Ablauf und Stil des Migrationsaktes sehr verschieden sein kann. Es können alle Brücken abgebrochen werden oder aber man versichert immer wieder, dass man nur für eine gewisse Zeit migriert und dann wieder zurückkehrt. Einige legen sich von Anfang an auf ein bestimmtes Land fest, währenddem sich andere auf eine Reise ins Unbekannte begeben oder aber verschiedene Zielländer ausprobieren wollen, bevor sie sich festlegen. Ein langer und beschwerlicher Weg oder aber eine kurze und angenehme Reise kann stattfinden. Einige Familien reisen Familien legal und haben somit Zugang zu den offiziellen Institutionen des Aufnahmelandes, während andere illegal einreisen. Dabei kommt es auch darauf an, unter welchen Bedingungen die Heimat verlassen wird. Flieht man beispielsweise vor einem Krieg, so müssen teilweise Zwischenstopps in verschiedenen Ländern eingelegt werden, bevor nach langem Warten in Asylunterkünften der Bescheid eintrifft, dass man in diesem Land bleiben darf. (Sluzki, 2010, S. 112-113)

3.1.2.3 Phase der Überkompensierung

Sluzki (2010) betont, dass die emotionalen Belastungen nicht – wie oftmals angenommen – während der ersten Wochen und Monate nach Ankunft am grössten sind. In dieser Zeit kann eher ein Höchstmass an Anpassung beobachtet werden, das mit einer Aufteilung von Rollen verbunden ist. Um in einer mehr oder weniger fremden Umwelt und Kultur die Grundvoraussetzungen für das Überleben und die Anpassung an die neue Umgebung sicherzustellen, werden „instrumentelle“ und „affektive“ Rollen genutzt, welche bei der nächsten Phase genauer erläutert werden. (Sluzki, 2010, S. 113-114)

Gemäss Sluzki (2010) hat unmittelbar nach der Einreise in das Aufnahmeland die Erfüllung der Basisbedürfnisse, welche das Überleben sichern, oberste Priorität. Von daher ist es verständlich, wenn Verdrängung oder Verleugnung von Unstimmigkeiten zwischen den Erwartungen und der tatsächlichen Realität dann am grössten ist, wenn das unerwartete Einsetzen von widersprüchlichen Erfahrungen ebenfalls am stärksten ist. (Sluzki, 2010, S. 114-115)
Gemäss Sluzki (2010) etablieren die meisten Familien über Monate hinweg einen relativ gut

funktionierenden Anpassungs- und Akkulturationsprozess¹ und Konflikte treten eher in den Hintergrund. Nur in wenigen Fällen führen extreme Belastungen zu schweren familiären Krisen und damit zur Desorganisation oder psychischen Krankheitsbildern. Gelegentlich wird der Mythos der Rückkehr als Bewältigungsstrategie gewählt und Familien hängen dann äusserst stark an den Normen und Werten des Heimatlandes fest und weigern sich auf diese Weise, sich auf die neue Welt einzulassen. Doch auch diese Strategie funktioniert nur, bis die Träume und Sehnsüchte unter dem Druck der Realität zusammenbrechen, wodurch heftige Krisen ausgelöst werden können. (Sluzki, 2010, S. 114-115)

3.1.2.4 Phase der Dekompensation

Gemäss Sluzki (2010) befinden sich die meisten Migrantinnen und Migranten, die beratende oder therapeutische Unterstützung aufsuchen, in dieser Phase. Diese ist durch die Gestaltung der neuen Realität gekennzeichnet, was einerseits die Erhaltung der familiären Werte und Normen umfasst und andererseits die Entwicklung der Anpassungsfähigkeit an die neue Umwelt. (Sluzki, 2010, S. 115) Das heisst konkret, dass familiäre Gewohnheiten zum Teil an die neue Umwelt angepasst oder gar aufgegeben werden müssen, wenn sie zu stark gegen die vorherrschenden Werte und Normen verstossen. Es gibt aber auch Familienregeln, die sich sowohl im Herkunfts- als auch im Aufnahmeland als hilfreich erweisen. Einen Ausgleich dieser Regeln, Werte und Normen zu schaffen ist schwierig, da sich ein solcher über mehrere Monate und Jahre hinzieht. Zum Teil werden Muster, die der Aufnahmegesellschaft vollkommen widersprechen, weiter gepflegt, da sie der Aufrechterhaltung der familiären Identität dienlich sind. Das heisst sie werden weiterhin gepflegt, obwohl sich die Familie so von der Umwelt und den vorherrschenden Normen und Werten entfernt. (Sluzki, 2010, S. 115-116)

Wie bereits bei der vorherigen Phase erwähnt, gibt es bei Familien häufig Rollenaufteilungen zwischen einer instrumentellen und einer affektiven Position, um den Anforderungen der Migration gerecht zu werden (Sluzki, 2010, S. 113-114). Gemäss Sluzki (2010) wird die instrumentelle Rolle meist von einem männlichen Familienmitglied übernommen und beinhaltet gegenwarts- und zukunftsorientierte Aktivitäten, die in Verbindung mit den Anforderungen der aktuellen Umwelt stehen. Ein weibliches Familienmitglied übernimmt meist die affektive Rolle und konzentriert sich auf gegenwarts- oder vergangenheitsorientierte affektive Tätigkeiten, die in Verbindung mit der vergangenen Umwelt stehen, wie beispielsweise dem Kontakt

¹ Der mit der Akkulturation verbundene Stress wird in Kapitel 3.1.3 *Akkulturation und Stress* noch näher erläutert.

zu Familie und Freunden im Herkunftsland oder das Trauern um das Zurückgelassene. (Sluzki, 2010, S. 116) Eine solche Rollenaufteilung kann zu Beginn sinnvoll sein, kann aber auch eine folgenschwere Entwicklung nehmen, wenn der aussenorientierte Partner – also die Person, die sich mit der instrumentellen Rolle identifiziert – immer grössere autonome Fähigkeiten entwickelt und sich ein neues Netzwerk aufbaut. Gleichzeitig wird die innenorientierte Person immer stärker isoliert. Durch die Auseinandersetzung mit dem früheren Leben wird diese Isolation noch weiter verstärkt. (Sluzki, 2010, S. 116-117)

Sluzki (2010) betont, dass es aber auch viele Familien gibt, die sich zeitgleich und ohne eine solche Rollenaufteilung entwickeln können. Einigen Familien gelingt es, das Zurückgelassene zu betrauern und dieses in eine Mischung von alten und neuen Gewohnheiten, Regeln und Modellen integrieren zu können. Bei solchen Familien überwiegt die positive Erfahrung des Migrationsprozesses und sie gehen gestärkt mit einer neuen kollektiven Identität aus diesem Prozess hervor. Bei anderen Familien wird das Zurückgelassene zunehmend idealisiert, was eine Anpassung beeinträchtigt, oder aber verleugnet, was die Trauer und Verarbeitung des Verlustes erschwert. (Sluzki, 2010, S. 117) Sluzki (2010) erwähnt, dass solche Entwicklungen in heftige Krisen mit medizinischen oder psychiatrischen Symptomen münden können. Ausgedrückt werden diese beispielsweise durch somatische Beschwerden, psychische Probleme, Delinquenz oder Sucht. Mit diesen Symptomen wird ein Versuch der Bewältigung dieser Krisen angestellt. (Sluzki, 2010, S. 117-118)

3.1.2.5 Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse

Gemäss Sluzki (2010) vermitteln Familien nicht nur die Normen und Bräuche ihrer Kultur im Allgemeinen, sondern auch ganz spezielle Stile, Sitten, Werte und Mythen (S. 118). Inwiefern diese in der neuen Umwelt noch verfolgt und gelebt werden können, wurde bei der letzten Phase bereits beschrieben. Je nach Art und Weise kann es hierbei gemäss Sluzki (2010) zu Verzögerungen eines familiären Anpassungsprozesses innerhalb der Aufnahmegesellschaft kommen, was sich beim Heranwachsen einer neuen Generation besonders deutlich zeigt (S. 118). Solche Konflikte drücken sich gemäss Sluzki (2010) am extremsten in Familien aus, die in Ghettos leben – unabhängig davon, ob die Familie freiwillig oder aufgrund von äusseren Zwängen, wie beispielsweise Armut, dort lebt. Dort aufwachsende Kinder mit Migrationshintergrund, die durch die Schule, die Medien oder formellen und informellen Austausch auf unterschiedlichen Ebenen mit der Bevölkerung des Aufnahmelandes den Kontakt pflegen, neigen zu heftigen Konflikten mit ihren Eltern bezüglich Werten, Normen und Haltungen. (Sluzki, 2010, S. 118-119)

Wie wir in diesem Kapitel gesehen haben, kennzeichnen sich die Phasen nach dem eigentlichen Migrationsakt entsprechend dem Modell von Sluzki durch die Auseinandersetzung mit den eigenen Werten, Normen und Haltungen und denjenigen der neuen Umgebung. In Anlehnung daran soll nun im nächsten Kapitel dargestellt werden, was J. W. Berry unter Akkulturation versteht. Ausserdem wird aufgezeigt, inwiefern dieser Prozess Stress auslösen kann.

3.1.3 Akkulturation und Stress

J. W. Berrys Theorie des Akkulturationsprozesses geht davon aus, dass dieser Prozess sowohl von Migrantinnen und Migranten als auch von der Aufnahmegesellschaft durch Haltungen und Bedingungen beeinflusst wird (1987, zitiert nach Madubuko, 2011, S. 74). Mit Akkulturation meint Berry (1987) die „soziale und strukturelle Einbindung von Migranten in eine Aufnahmegesellschaft“ (zitiert nach Madubuko, 2011, S. 74). Berry unterscheidet zwischen vier Akkulturationsstrategien, welche im Nachfolgenden dargestellt werden. Im Kapitel über den Akkulturationsprozess schreibt Madubuko, dass Berry unter *Assimilation* die gleichzeitige Teilnahme am kulturellen Leben der Herkunftskultur und der Mehrheitsgesellschaft meint (Berry, 1992, zitiert nach Madubuko, 2011, S. 74). In einem früheren Kapitel führt Madubuko jedoch auf, dass Migrantinnen und Migranten beim *Assimilationsmodell* die Kultur der Aufnahmegesellschaft vollständig übernehmen (Madubuko, 2011, S. 57). Diese Strategie werde insbesondere von Menschen angewendet, welche sich nicht so stark mit ihrer Herkunft identifizieren. (Madubuko, 2011, S. 74) Dieser Zusatz bedeutet für uns, dass mit *Assimilation* die bei Madubuko (2011) auf Seite 57 beschriebene Übernahme der neuen Kultur gemeint ist und die eigene Kultur aufgegeben wird. Denn unseres Erachtens kann die Bedeutung, wie sie bei Madubuko (2011) auf Seite 74 beschrieben wurde, nicht auf Berry zutreffen, weil der Begriff der *Assimilation* ansonsten der nachfolgenden Begriffsdefinition der *Integration* entsprechen würde. Von *Integration* wird gesprochen, wenn die Herkunftskultur aufrechterhalten wird, gleichzeitig aber auch Kontakt mit der Gesellschaft der neuen Heimat stattfindet (Berry, 1987, zitiert nach Madubuko, 2011, S. 75). Bei der *Separation* wird gemäss Berry (1987) die Herkunftskultur gewahrt und der Kontakt mit der Mehrheitsgesellschaft gemieden. *Marginalisierung* bezeichnet das Aufgeben der eigenen Kultur ohne Kontakt zur Aufnahmegesellschaft – die Teilhabe an keiner der beiden Kulturen wird als wichtig erachtet. (zitiert nach Madubuko, 2011, S. 75)

Je nachdem, wie sich die Gesellschaft gegenüber Migrantinnen und Migranten verhält und welche Einstellungen und Ideologien ihr zugrunde liegen, werden gewisse Akkulturationsstrategien erschwert oder begünstigt. Dementsprechend nimmt die Aufnahmegesellschaft eine Schlüsselrolle im Integrationsprozess ein. (Berry, 1992, zitiert nach Madubuko, 2011, S. 75) Nachfolgend wird aufgezeigt, inwiefern die Gesellschaft als Stressor wirken kann.

Bei der Migration können innerpsychologische Folgen von Ablehnungserfahrungen auftreten, die J. W. Berry (1992) als Akkulturationsstressfaktoren zusammenfasst, die Migrantinnen und Migranten durch verschiedene Strategien bewältigen (zitiert nach Madubuko, 2011, S. 18). „Akkulturationsstress ist definiert als Stress, der mit herkunftsbezogener Ablehnung durch das soziale Umfeld der Mehrheitsgesellschaft verbunden ist“ (Berry, 1992, zitiert nach Madubuko, 2011, S. 18). Die Mehrheitsgesellschaft hat laut Berry (1992) einen grossen Einfluss auf die immigrierten Menschen und kann zum Auslöser von Stress werden. Werden die eingewanderten Personen diskriminiert, abgelehnt oder werden ihnen Vorurteile entgegengebracht, so stellen diese Zurückweisungen erschwerte Bedingungen und Stressfaktoren dar. Mit diesen müssen die Migrantinnen und Migranten auf individueller Ebene umgehen. Ausserdem kann durch diese erschwerten Umstände der durch die Mehrheitsgesellschaft geforderte Integrationsprozess gehindert werden. (Berry, 1992, zitiert nach Madubuko, 2011, S. 18) Der Akkulturationsstress kann gemäss Berry (1992) auch als eine Beeinträchtigung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens der Eingewanderten verstanden werden, was unter anderem zu Minderwertigkeitsgefühlen oder Depressionen führen kann (Berry, 1992, zitiert nach Madubuko, 2011, S. 75). Je nach Ausprägung der Ressourcen und Bewältigungsstrategien können Migrantinnen und Migranten die Stressoren abschwächen oder aber es entsteht Stressempfinden (Berry, 1997, zitiert nach Madubuko, 2011, S. 77).

Die Bewältigungsstrategien des Akkulturationsstressses können sehr vielfältig sein. Lazarus und Folkman (1984) unterscheiden vier grundlegende Ressourcen um mit einer stressreichen Situation besser umgehen zu können. Eine *positive Grundeinstellung* ermöglicht es Betroffenen, an einen positiven Ausgang zu glauben sowie hartnäckiger und konstruktiver nach Lösungen zu suchen. Eine weitere Ressource sind *persönliche Fähigkeiten zur Problemlösung* wie beispielsweise die Fertigkeit zur Beschaffung von Informationen, welche alternative Lösungsansätze eröffnen. Auch kognitive und intellektuelle Kompetenzen der Person werden darunter verstanden. Des Weiteren ist die *soziale Unterstützung* eine wichtige Ressource zur Stressbewältigung. Durch die Interaktion mit anderen Menschen kann der belastende Zustand eher verändert oder zumindest besser ertragen werden. Schliesslich kann auch *Verdrängung*

kurzfristig helfen, die Situation besser zu ertragen. Jedoch drohen die belastenden Erinnerungen und Gedanken jederzeit hochzukommen und das Wohlbefinden dadurch erneut zu senken. (Lazarus & Folkman, 1984, zitiert nach Madubuko, 2011, S. 82-83)

Die genannten Ressourcen können sich bei Abwesenheit auch in Risikofaktoren umwandeln. So erschweren beispielsweise gefühlte Hilflosigkeit, soziale Isolation oder auch das Fehlen von persönlichen Fähigkeiten zur Problemlösung die Stressbewältigung. (Lazarus & Folkman, 1984, zitiert Madubuko, 2011, S. 82-83) Im nachfolgenden Kapitel werden psychische Störungen aufgezeigt, welche im Zusammenhang mit Migration häufig auftreten. Unseres Erachtens kann ein Zusammenhang zwischen fehlenden Ressourcen und Bewältigungsstrategien und dem Auftreten von psychischen Krankheiten bestehen. Denn beim Fehlen der oben aufgeführten Ressourcen wird die Verarbeitung von Stress erschwert, was beispielsweise zu einer Depression führen kann.

3.1.4 Individuelle Auswirkungen der Migration

Wie in der Einleitung zum Kapitel *3.1 Migration* bereits erwähnt wurde, gehören Migrantinnen und Migranten einer äußerst heterogenen Gruppe an (Assion, 2005, S. 133). Daher kann man auch nicht davon ausgehen, dass der Migrationsprozess für alle eine Belastung darstellt und gar krank macht. Dennoch gibt es gewisse psychische Störungen, die in Verbindung mit Migration häufiger auftreten. (Assion, 2005, S. 133-138) Diese werden im Nachfolgenden aufgezeigt.

Depressionen kennzeichnen sich laut Assion (2005) durch Symptome wie gedrückte Stimmung, Interessenlosigkeit, schnelles Ermüden, vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, körperliche Beschwerden und Suizidgedanken (S. 138). Diese psychische Störung ist eine der weltweit am häufigsten Auftretenden. Neben biologischen Faktoren als Auslöser spielen insbesondere die psychologischen Faktoren eine wichtige Rolle. (Assion, 2005, S. 138) Laut Assion (2005) weisen zahlreiche Autoren auf den Zusammenhang zwischen Depressionen und kritischen Lebensereignissen hin. So erstaunt es nicht, dass depressive Störungen oft bei Migrantinnen und Migranten auftreten, die vielfältigen Belastungen ausgesetzt sind (siehe auch Kapitel *3.1.2 Migration als kritisches Lebensereignis* und Kapitel *3.1.3 Akkulturation und Stress*). Dazu gehören beispielsweise Nachteile auf dem Wohnungsmarkt, niedrigeres Einkommen, schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt oder auch eine verminderte soziale Teilhabe im Vergleich zur Mehrheitsgesellschaft. (Assion, 2005, S. 138) Assion (2005) verweist hier auch auf Sluzkis Phasenmodell der Migration und auf die Akkulturationstheorie, welche beide vorgängig aufgeführt wurden. Demnach führen auftretende Schuldgefühle,

Trauer und Angst in Verbindung mit sozialen Benachteiligungen eher zu negativen Kognitionen. (Assion, 2005, S. 138) Dies tritt nach Sluzki wahrscheinlich insbesondere in der Phase der Dekompensation auf, respektive nach Berry wenn Akkulturationsstress auftritt, weil die Migrantinnen und Migranten durch die Aufnahmegesellschaft abgelehnt werden. So dienen die im vorherigen Kapitel genannten Ressourcen zur Bewältigung des Akkulturationsstresses unserer Meinung nach bestimmt auch zur Vermeidung einer Depression.

Psychosomatische Beschwerden bezeichnen laut Assion (2005) eine eher körperliche Ausdrucksform psychischer Beschwerden wie depressive Verstimmungen. Diese Symptompräsentation gilt als eine bei Migrantinnen und Migranten häufig auftretende Form. Jedoch konnten Studien bisher nicht eindeutig belegen, ob die Somatisierung bei Personen mit Migrationshintergrund tatsächlich häufiger auftritt als bei Personen der Mehrheitsgesellschaft. (Assion, 2005, S. 139) Wir gehen davon aus, dass es ganz allgemein vom durch die Sozialisation gelernten kulturellen Umgang mit Krankheiten abhängt, wie eine Person auf Beschwerden reagiert, wie sie diese zum Ausdruck bringt und welche Bewältigungsstrategien bereits gelernt wurden.

Eine weitere migrationstypische psychische Erkrankung ist die *Posttraumatische Belastungsstörung*. Diese tritt insbesondere dann auf, wenn Personen traumatische Erfahrungen gemacht haben, aber auch wenn sie unter sozialen Belastungen, Integrationsproblemen oder Identitätskonflikten leiden. (Assion, 2005, S. 139) Dieses Krankheitsbild wird in Kapitel 3.2.5 *Individuelle Auswirkungen der häuslichen Gewalt* noch genauer dargestellt.

Der Vollständigkeit halber werden hier noch drei weitere psychische Erkrankungen angeführt, bei denen Migrationsfaktoren den Verlauf zu beeinflussen scheinen: *Schizophrenie*, *Intelligenzminderung* und *Demenz*. Studien über diese Störungen konnten bisher jedoch kein einheitliches Ergebnis liefern, ob die Erkrankungen tatsächlich häufiger bei Personen mit Migrationshintergrund auftreten oder nicht. (Assion, 2005, S. 140-142) Ausserdem hat Assion die konkrete Beeinflussung durch Migrationsfaktoren nicht ausführlich dargestellt, weshalb wir auf die detaillierte Beschreibung dieser Krankheiten verzichten.

Wie wir in diesem Kapitel aufzeigten, entschliessen sich weltweit viele Menschen dazu, ihr Heimatland zu verlassen um sich anderswo niederzulassen. Überdies durchlebt diese heterogene Gruppe während des Migrationsprozesses dieselben Phasen, in welchen unterschiedliche individuelle Bewältigungsstrategien entwickelt werden. Je nach deren Ausprägung können die Stressoren, welche während des Migrations- sowie Akkulturationsprozesses auf die Personen einwirken, zu psychosozialen Belastungen oder gar zu psychischen Krankheiten führen, wenn

die Migrantinnen und Migranten nicht über ausreichende Ressourcen verfügen. Die genannten individuellen Bewältigungsstrategien, die Stressoren, die psychosozialen Belastungen sowie die psychischen Krankheiten stellen Folgen dar, die üblicherweise im Kontext der Migration auftreten. Das Wissen über diese Folgen kann im professionellen Umgang mit Migrantinnen und Migranten dienlich sein, da man sich so bewusst wird, worauf als Fachperson geachtet werden muss. Zudem ist eine empathische Haltung leichter möglich, da man die Umstände der Migration bereits kennt und sich somit besser in die jeweilige Lage des Gegenübers hineinversetzen kann.

Wir vermuten, dass sich die soeben genannten Folgen der Migration im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt noch belastender auf die Migrantinnen auswirken. Denn wir gehen davon aus, dass dies eine Doppelbelastung darstellt und sich deshalb die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Stressoren zu psychosozialen Belastungen oder gar zu psychischen Krankheiten führen. Ausserdem können unseres Erachtens die in Kapitel 3.1.3 *Akkulturation und Stress* genannten Risikofaktoren insbesondere bei Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, verstärkt auftreten. Denn wir nehmen an, dass von häuslicher Gewalt betroffene Frauen oftmals auch sozial isoliert werden und sich in ihrer Situation ohnmächtig fühlen. Um diese Zusammenhänge besser nachvollziehen zu können, setzen wir uns im folgenden Kapitel als Erstes mit der generellen Begriffsdefinition von häuslicher Gewalt auseinander, anschliessend mit dem Ausmass von häuslicher Gewalt im Allgemeinen und insbesondere im Migrationskontext und abschliessend mit den Ursachen und Risikofaktoren.

3.2 *Häusliche Gewalt*

Weltweit sind viele Menschen von häuslicher Gewalt betroffen, wobei nicht nur Frauen zu Opfern werden. In der öffentlichen Diskussion wird deutlich, dass sich heutzutage auch vermehrt Männer als Opfer bekennen. Zudem werden auch Kinder, die in gewalttätigen Familien aufwachsen, immer als Opfer betrachtet, da sie stets Zeugen der Gewalt werden. Aufgrund unserer Fragestellung konzentrieren wir uns in den nachfolgenden Ausführungen jedoch auf Frauen, die Opfer von häuslicher Gewalt werden.

In einem ersten Schritt beleuchten wir allgemeine Faktoren der häuslichen Gewalt wie das Ausmass, den Gewaltzyklus sowie die Risikofaktoren und Ursachen. Anschliessend befassen wir uns konkret mit unserer Zielgruppe: Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind.

3.2.1 Begriffsdefinition häusliche Gewalt

Als das Thema der häuslichen Gewalt gegen Ende der 1970er-Jahre erstmals in der Öffentlichkeit breiter diskutiert wurde, sprach man von „Männergewalt gegen Frauen“. Heute wird unter Berücksichtigung der Tatsache, dass auch Männer Opfer werden können und Kinder mitbetroffen sind, von „Gewalt im sozialen Nahraum“, „Gewalt in Ehe und Partnerschaft“ oder von „häuslicher Gewalt“ gesprochen. (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann [EBG], 2008, S. 5) Wir werden im Verlauf dieser Arbeit meist letzteren Begriff verwenden, da dieser sowohl in der Literatur als auch in der Öffentlichkeit und unter Fachpersonen am geläufigsten ist.

Je nach Definition wird gemäss Gloor und Meier (2010) lediglich Gewalt zwischen erwachsenen Personen unter den Begriff der häuslichen Gewalt gefasst, so beispielsweise in derjenigen der Zürcher Frauenklinik Maternité und der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich (n.d., zitiert nach Gloor & Meier, 2010, S. 19). Im Gegensatz dazu versteht Halt-Gewalt Basel (n.d.) auch Gewalt unter Geschwistern oder zwischen Eltern und Kindern als häusliche Gewalt (zitiert nach Gloor & Meier, 2010, S. 18-19). Gemeinsam ist den meisten Definitionen jedoch, dass die Betroffenen in engen sozialen Beziehungen zueinander stehen und die angebrohte oder ausgeübte Gewalt sowohl psychisch, physisch oder sexuell sein kann (Gloor & Meier, 2010, S. 18-19). Diese Charakteristika werden in der Definition von Schwander folgendermassen vereinigt: Laut Schwander (2006) spricht man von häuslicher Gewalt, „wenn eine Person in einer bestehenden oder einer aufgelösten familiären oder partnerschaftlichen Beziehung in ihrer körperlichen, sexuellen oder psychischen Integrität verletzt oder gefährdet wird und zwar entweder durch Ausübung oder Androhung von Gewalt oder durch mehrmaliges Belästigen, Auflauern oder Nachstellen“ (S. 11).

Wissenschaftliche Definitionen, wozu auch diejenige von Schwander zählt, sind meist eher kurz und prägnant, während diejenigen aus der Praxis konkreter und ausführlicher sind, damit sie im Einzelfall angewendet werden können. So werden in der Definition der Frauenklinik Maternité und der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich jeweils noch Beispiele für die verschiedenen Arten von Gewalt genannt. Physische Gewalt beinhaltet demnach Tätigkeiten wie schlagen, treten, mit Gegenständen bewerfen oder würgen. Zu psychischer Gewalt werden Drohungen, Erniedrigungen, der Einsatz von Druckmitteln wie bspw. der Kinder und Beschimpfungen gezählt. Unter sexueller Gewalt versteht man den Zwang zu sexuellen Handlungen sowie die Vergewaltigung. In dieser Definition werden überdies explizit die soziale (Kontakte verbieten, einsperren etc.) und die ökonomische Gewalt (Geld vorenthalten, zur

Arbeit zwingen etc.) aufgeführt. Diese beiden Gewaltarten werden in anderen Begriffserklärungen unter die psychische Gewalt gefasst, da die betroffene Person durch diese Verhaltensweisen kontrolliert werden soll. (Gloor & Meier, 2010, S. 18-19)

3.2.2 Zahlen / Statistiken

Gemäss dem EBG (2008) ist es schwierig, genaue Zahlen zum Ausmass von häuslicher Gewalt zu liefern. In der Schweiz bestehen lediglich Statistiken, welche die tatsächlich vorhandene Gewalt zusammenfassen, allerdings gibt es bisher noch keine gesamtschweizerische Statistik darüber. (EBG, 2008, S. 6) Demgegenüber versucht man mit Prävalenzstudien, welche gemäss Gloor und Meier (2010) die Häufigkeit häuslicher Gewalt in einer Population untersuchen (S. 21), auch die nicht gemeldete Gewalt zu erfassen. Laut dem EBG (2008) besteht der Schwachpunkt dieser Erfassungsmethoden darin, dass ihnen gewisse Selektionsverzerrungen zugrunde liegen. So werden gewisse tabuisierte Delikte beispielsweise verschwiegen. Zudem unterscheidet sich die Bereitschaft, die Gewalt zu melden nach Alter, kulturellem Hintergrund, sozialem Umfeld etc. (EBG, 2008, S. 6)

Im Nachfolgenden werden die Ergebnisse zweier repräsentativen Studien, einer repräsentativen Befragung aus der Schweiz sowie einer Prävalenzstudie aus Deutschland vorgestellt.

In einer repräsentativen Studie zu Gewalt gegen Frauen, welche im Jahr 1993 von Gillioz, De Puy und Ducret durchgeführt wurde, hat man insgesamt 1'500 Frauen in der Romandie und in der Deutschschweiz befragt. Diese Frauen lebten zum Zeitpunkt der Befragung oder in den 12 Monaten zuvor in einer Partnerschaft und waren zwischen 20 und 60 Jahre alt. Die Erhebung ergab, dass 20,7% der Befragten in ihrem Leben Opfer von sexueller und/oder körperlicher Gewalt durch einen Partner wurden. Zählt man psychische Gewalt auch dazu, so sind sogar 40,3% betroffen. Ausserdem konnte festgestellt werden, dass physische Gewalt in den meisten Fällen auch psychische Gewalt mit sich zieht, was umgekehrt weniger häufig der Fall ist. (Gillioz et al., 1997, zitiert nach EBG, 2008, S. 7)

Im Jahr 2003 initiierten Killias, Simonin und De Puy eine erneute repräsentative Erhebung zu Gewalt gegen Frauen. Die Studie begrenzte sich wiederum auf die Romandie und die Deutschschweiz und erfasst wurde Gewalt durch den Partner, Ex-Partner, Bekannte und Fremde. Es wurden 1'975 Frauen zwischen 18 und 70 Jahren befragt. Laut den Ergebnissen wird jede 10. Frau (10,5%) im Verlauf ihres Erwachsenenlebens Opfer von sexueller oder körperlicher Gewalt in einer Paarbeziehung. Ausserdem waren 32% der Befragten mindestens

einmal in ihrem Erwachsenenleben von sexueller oder körperlicher Gewalt durch Bekannte oder Fremde betroffen. (Killias et al., 2005, zitiert nach EBG, 2008, S. 7)

Gloor und Meier veranlassten 2003 an der Maternité Inselhof Triemli Zürich eine schriftliche Befragung von 1'772 stationären und ambulanten Patientinnen im Alter von 16 bis 63 Jahren. Rund 43,6% dieser Frauen gaben an, dass sie schon einmal körperliche Gewalt oder Drohungen erlebt hatten. Davon wurden 15,7% Opfer durch den aktuellen und 29,9% durch einen früheren Partner. (Gloor & Meier, 2004, zitiert nach EBG, 2008, S. 7)

2003 wurde die erste repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland durchgeführt. Dazu wurden 10'264 Frauen im Alter von 16 bis 85 Jahren interviewt. Von den befragten Frauen, die zum Zeitpunkt der Erhebung in einer Partnerschaft lebten oder zuvor in einer gelebt hatten, wurden 25% mindestens einmal Opfer von körperlicher und zum Teil auch zusätzlich von sexueller Gewalt durch aktuelle oder frühere Partner oder Partnerinnen, wobei es sich bei 99% der Gewaltausübenden um Männer handelte. Wird auch Gewalt ausserhalb einer Partnerschaft miteinbezogen, so haben 40% der Befragten mindestens einmal seit ihrem 16. Lebensjahr entweder körperliche oder sexuelle Gewalt oder gar beides erfahren. Gemäss dieser Ergebnisse konnte festgestellt werden, dass es sich bei Gewalt gegen Frauen meistens um Gewalt durch aktuelle oder frühere Partner handelt. (Gloor & Meier, 2010, S. 24)

Aufgrund unterschiedlicher Methoden wie zum Beispiel die Auswahl der Stichproben, ist es nicht möglich die verschiedenen Erhebungen direkt miteinander zu vergleichen (Gloor & Meier, 2010, S. 22). Dennoch steht fest, dass es sich bei häuslicher Gewalt um ein Phänomen handelt, welches viele Frauen betrifft. Folglich wird man auch unter den Klientinnen der Sozialen Arbeit immer wieder auf Betroffene stossen. Dabei kann ein fundiertes Wissen über die Umstände der häuslichen Gewalt helfen, die Frauen besser zu verstehen. Aus diesem Grund gehen wir im nächsten Kapitel vertieft auf den Gewaltzyklus, in dem sich die Betroffenen befinden, ein.

3.2.3 Kreislauf häuslicher Gewalt

Bei häuslicher Gewalt werden meist unterschiedliche Arten von Gewalt durch den Täter genutzt, damit das Opfer eingeschüchtert und gefügig gemacht werden kann. Das wirkungsvollste Mittel der Unterdrückung ist die Angst vor weiterer Gewalt sowie die Angst, durch diese Gewalt getötet werden zu können. (Hellbernd, 2005, zitiert nach Schmid, 2010, S. 38) Gemäss Schmid (2010) sind die Frauen meistens nicht gleich zu Beginn der Beziehung von körperlicher Gewalt durch den Partner betroffen, da diese meist sehr subtil beginnt. Oft kön-

nen die Betroffenen auch keine klare Linie ziehen, wann die Gewaltausübung genau begonnen hat. Denn meist werden anfänglich Kontrollversuche, Kontakteinschränkungen oder gar Kontaktverbote, gezielte Abwertungen, Demütigungen und Beschimpfungen angewendet, bevor die eigentliche Phase der tätlichen Übergriffe beginnt. Diese tritt normalerweise erst dann ein, wenn die Macht und Dominanz in der Beziehung nicht mehr durch weitere psychische Gewaltformen gehalten werden kann. Zu diesen Gewaltformen gehören das Androhen von Schlägen oder die gezielte Isolierung des Opfers. Beginnt die Phase der tätlichen Übergriffe, ist auch die Schwächung und der Angriff des Selbstwertgefühls des Opfers nicht mehr gewährleistet. So kommt es für die Opfer meist unerwartet und aus einem unbedeutenden Anlass zu den ersten körperlichen Misshandlungen, die dem Mann dabei helfen, seine Vormachtstellung zu untermauern. (Schmid, 2010, S. 38-39)

Solche Misshandlungsbeziehungen unterliegen einer eigenen Dynamik, die von der amerikanischen Psychologin Lenore Walker (1984, zitiert nach Schmid, 2010, S. 39) als der „Kreislauf der Gewalt“ benannt wurde. Dieser ist von drei Phasen geprägt, die analytisch zwar trennbar, in der Praxis aber meist miteinander verbunden sind. (Schmid, 2010, S. 39)



Abb. 3: Der Kreislauf der Gewalt

3.2.3.1 Erste Phase – Spannungsaufbau

Verbale Angriffe sind gemäss Schmid (2010) kennzeichnend für diese erste Phase, die durch äussere Faktoren wie beispielsweise Unzufriedenheit bei der Arbeit ausgelöst werden und dem Mann als Anlass für kleinere Übergriffe dienen. Die Frau verhält sich in dieser Phase meist so, dass sie ihre Gefühle der Angst, Wut und Verzweiflung unterdrückt. Überdies versucht sie ihren Partner zufrieden zu stellen, damit die wachsende Spannung abgebaut und weitere Gewaltausbrüche verhindert werden können – trotzdem steigt die Spannung weiter an. (Schmid, 2010, S. 39)

3.2.3.2 Zweite Phase – Gewaltausbruch

Gemäss Schmid (2010) steht diese Phase für die körperliche und/oder sexuelle Gewaltanwendung durch den Mann. Beim Opfer wird so ein Gefühl der Hilflosigkeit ausgelöst, da es keinen Einfluss auf die Art, den Zeitpunkt oder die Schwere der Gewalttat hat. Nach einem solchen Gewaltausbruch nehmen die meisten Opfer aufgrund von Verletzungen medizinische Hilfe oder andere Formen von Unterstützung in Anspruch. Diese Phase stellt die grösste Chance für eine wirkungsvolle Intervention von aussen dar, da viele Frauen in diesem Moment offen für Hilfsangebote sind. (Schmid, 2010, S. 39)

3.2.3.3 Dritte Phase – Entschuldigungs- und Entlastungsversuche

In der letzten Phase versucht der Gewalttäter seine Gewalttätigkeit herunterzuspielen, bedauert seine Tat und versichert, dass er sein Verhalten ändern werde. Oft wird diese Phase auch als „Honeymoon-Phase“ bezeichnet, da der Partner aufmerksam und liebevoll auf seine Frau eingeht, sie umwirbt und ihr beteuert, wie sehr er sie liebt und braucht. Auch wenn eine Trennung durch die Frau erwogen wird, kann diese Zuwendung seitens des Mannes und der Hoffnung auf Besserung dazu beitragen, dass die Beziehung aufrechterhalten wird und die Frau dem Mann noch eine (letzte) Chance gibt. (Schmid, 2010, S. 39)

Gemäss Schmid (2010) verunsichert und befremdet die Frau dieses emotionale Wechselbad zutiefst. Da sie durch eingeschränkte oder untersagte Kontakte allmählich sozial isoliert wird und ihrer eigenen Wahrnehmung nicht mehr traut, befindet sich die Betroffene oft am Rande der Erschöpfung und Verzweiflung. Auch die dauernde Abwertung durch den Mann und der damit verbundene Selbstwertverlust führen zu dieser aussichtslosen Situation. (Schmid, 2010, S. 40) Schmid (2010) deutet darauf hin, dass dies der Grund ist, weshalb es für die Betroffenen immer schwieriger wird, sich aus der Beziehung zu lösen. So leben sie meist in ständiger Angst vor neuen Gewalttaten und beschäftigen sich ständig damit, diese zu verhindern oder zu mildern. Wenn sich die Phasen des Kreislaufs der Gewalt wiederholen, kommt es oftmals zu einer weiteren Eskalation und die Gewaltausbrüche nehmen an Häufigkeit und Schwere zu und die Phase der Entlastung und Entschuldigung verkürzt sich. Trotzdem hält die Liebe zum und die Angst vor dem Partner viele Frauen von einer Trennung ab. (Schmid, 2010, S. 40)

3.2.4 Risikofaktoren / Ursachen

Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, befinden sich in den unterschiedlichsten Situationen und Lebenslagen. Frauen aus allen Schichten und jeden Alters sind betroffen. Dennoch gibt es einige Faktoren, die auf ein grösseres Risiko hinweisen, Opfer von Gewalt im sozialen Nahraum zu werden. So stellt auch Schwander (2010) fest, dass in der heutigen Zeit nicht mehr lediglich ein einzelner Faktor als Erklärung für das Auftreten von häuslicher Gewalt genannt wird. Vielmehr handelt es sich um ein Zusammenspiel von möglichen Risiken, die sowohl von der Forschung als auch von der Praxis als massgebend erachtet werden. (Schwander, 2010, S. 118) Wie in den nachfolgenden Kapiteln aufgezeigt wird, können auch Studien zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen. Deshalb sollen die Ursachen der häuslichen Gewalt nicht absolut verstanden werden, sondern als Übersicht möglicher Risikofaktoren dienen.

3.2.4.1 Sozioökonomische Merkmale

Der sozioökonomische Status wird meist aus den Variablen Bildungsniveau, Erwerbsstatus und Einkommen zusammengesetzt, jedoch liefern diese Faktoren kein einheitliches Bild zur Gewalt gegen Frauen. Die These, dass Gewalt gegen Frauen häufiger bei sozioökonomisch schwächeren Schichten vorkommt, wurde in den letzten Jahren wiederholt widerlegt. (Godenzi, 1996, S. 150) Bei US-Repräsentativuntersuchungen der New-Hampshire-Schule von Gelles und Straus (1988, zitiert nach Godenzi, 1996, S. 150) konnten Verbindungen zwischen der Variable Unterschicht und der Tendenz, familiäre Gewalt anzuzeigen, festgestellt werden. Diese Verbindung wurde aber unter anderem von Godenzi (1996, S. 150) widerlegt. Er begründete dies einerseits damit, dass der Anzeigewillen der mittleren und oberen Schichten nicht mit einem geringeren Vorkommen verwechselt werden darf. Andererseits sah er den Grund darin, dass sich nicht alle Bevölkerungsgruppen an private soziale Dienste wenden können und ihre Daten somit der Öffentlichkeit nicht bekannt werden. (Godenzi, 1996, S. 150) Mayer (2010) betont, dass die Angst vor sozialem Gesichtverlust bei Personen, die mehr Wert auf soziale Anerkennung legen, grösser ist und somit eine wichtige Rolle beim Anzeigeverhalten spielt (S. 56). Weiter stellte auch das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann fest, dass für die Schweiz keine Zusammenhänge zwischen Gewalthäufigkeit und Bildungsgrad bzw. Schichtzugehörigkeit bestehen (EBG, 2008, S. 29-30).

3.2.4.2 *Soziodemografisches Merkmal Alter*

Nach einer früheren Studie von Straus, Gelles und Steinmetz (1980) wurde aufgezeigt, dass Frauen unter 30 Jahren doppelt so häufig geschlagen werden wie Frauen über 30 Jahren (zitiert nach Godenzi, 1996, S. 146). Die gewalttätigen Männer sind im Durchschnitt drei bis vier Jahre älter als ihre Partnerinnen, von daher gilt diese altersspezifische Differenz gemäss Okun auch für die Täter (1986, zitiert nach Godenzi, 1996, S. 146). Dies kann gemäss Godenzi (1996) darauf zurückgeführt werden, dass Männer in älteren Lebensphasen stärker in soziale Rollen eingebunden sind, somit unter grösserem Konformitätszwang stehen und mit höheren Kosten rechnen müssen, wenn sie von Normen und Erwartungen abweichen (S. 146-147). Bei Schweizer Untersuchungen wurden laut dem EBG (2008) jedoch keine Einflüsse des Alters der Frauen bzw. der Partner auf das Vorkommen von Beziehungsgewalt festgestellt (S. 28-29).

3.2.4.3 *Faktoren auf individueller Ebene*

Studien konnten belegen, dass insbesondere die Eigenschaften der gewaltausübenden Person einen Einfluss auf das Auftreten von häuslicher Gewalt haben (Schwander, 2010, S. 119). Im Nachfolgenden werden einige dieser Faktoren erläutert.

3.2.4.3.1 Alkoholkonsum

Es gibt verschiedene Studien, die auf einen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und häuslicher Gewalt hindeuten. Alkohol wird entweder vor, während oder nach dem Gewaltereignis konsumiert und dient Männern, die ihre Partnerin oder Ehefrau schlagen, als Entschuldigung. Hinzu kommt, dass sie sowohl in privaten als auch in öffentlichen Diskussionen, einschliesslich in Gerichten, milder beurteilt werden, wenn sie während des Gewaltaktes unter Alkoholeinfluss standen. Gleichzeitig kann das Opfer auf weniger Nachsicht zählen, wenn es alkoholisiert war. (Godezi, 1996, S. 147-148)

Das Verhalten eines Menschen unter Alkoholeinfluss ist jedoch gelernt und situationsabhängig und variiert somit je nach kulturellem Hintergrund. In unseren westlichen Gesellschaften können sich alkoholisierte Personen mehr erlauben und gerade bei Straftaten wirkt sich der Konsum in den meisten Fällen strafmildernd aus, da der Täter oder die Täterin zum Zeitpunkt der Tat nicht im Vollbesitz seiner oder ihrer geistigen Fähigkeiten gewesen ist. Neben diesen sozialen Erwartungen, welche die Reaktion auf den Alkoholkonsum wesentlich beeinflussen, kann aber insbesondere Alkoholabhängigkeit – genauso wie auch Drogenmissbrauch – zu einer grösseren Belastung in Paarbeziehungen führen. So sehen die Betroffenen oft nicht

primär die Gewalt als Problem, sondern den Alkohol und lassen ihn somit die eigentlichen Konfliktbereiche ersetzen. (Godenzi, 1996, S. 148-149)

3.2.4.3.2 Gewalterfahrung als Opfer und als Zeugin oder Zeuge in der Kindheit

Kinder, die ihre Eltern bei der Ausübung von Gewalt beobachten, übernehmen dieses Verhaltensmodell später oft selbst. Dies kann damit erklärt werden, dass die Kinder die Gewaltanwendung durch Beobachtung während der Sozialisation erlernt haben. Studien belegen, dass Männer, welche in ihrer Kindheit Zeugen oder gar Opfer von familiärer Gewalt wurden, im Erwachsenenalter signifikant öfter selbst Gewalt gegenüber ihren Partnerinnen ausüben. (EBG, 2008, S. 18) Laut der deutschen Studie vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zu Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften werden Frauen, die in ihrer Kindheit oder Jugend Zeuginnen oder Opfer von häuslicher Gewalt wurden, später ein deutlich höheres Risiko aufweisen, selbst Opfer von Gewalt durch den Partner zu werden. Insbesondere schwere Formen von psychischer, sexueller und physischer Gewalt werden dadurch begünstigt. Ein Grund hierfür könnte die erhöhte Verletzbarkeit von Frauen, welche belastende Kindheitserfahrungen gemacht haben, sein. Ausserdem wird angenommen, dass sich Frauen ohne Gewalterfahrungen in ihrer Vergangenheit von gewalttätigen Partnern tendenziell früher trennen statt die Situation zu erdulden. (BMFSFJ, 2012, S. 43-44) Nach den Ergebnissen von Killias et al. (2005) haben Frauen, welche in ihrer Kindheit Opfer oder Zeuginnen von familiärer Gewalt wurden, im Erwachsenenalter kein höheres Risiko, Gewalt durch den aktuellen Partner zu erfahren. Allerdings haben sie ein doppelt so hohes Risiko dafür, Opfer von Gewalt durch andere Personen als den aktuellen Partner zu werden. Fest steht, dass alleine die Tatsache, dass jemand in seiner Kindheit Opfer oder Zeugin respektive Zeuge von häuslicher Gewalt wurde, als alleiniger Risikofaktor nicht ausreicht, um später selbst Gewalt anzuwenden oder Opfer von Gewalt zu werden. (Killias et al., 2005, zitiert nach EBG, 2008, S. 18) Laut dem BMFSFJ sind selbst erlebte oder beobachtete gewaltsame Kindheitserfahrungen jedoch der stärkste Risikofaktor für die spätere Betroffenheit von erwachsenen Frauen insbesondere durch schwere Formen von Misshandlungen und Gewalt (2012, S. 43).

3.2.4.3.3 Antisoziales Verhalten und Delinquenz

Zeigen sich Männer ausserhalb ihrer Partnerschaft gewalttätig, so ist es wahrscheinlicher, dass sie auch gegenüber ihrer Partnerin tätlich werden, als wenn sie kein Verhalten zeigen, welches von gesellschaftlichen Normen abweicht. Die Ursache für diesen Zusammenhang

wird in der Primärsozialisierung gesehen. Demnach zeigen gewalttätige Männer oft eine allgemeine Gewalttendenz, welche sich ab dem Primarschulalter in diversen Lebenslagen manifestiert. (EBG, 2008, S. 20) Dieser Risikofaktor kann folglich ebenso auf erlebte oder beobachtete Gewalterfahrungen in der Kindheit zurückgeführt werden, was eine Gewaltprävention bereits in frühen Jahren erforderlich macht (EBG, 2008, S. 21).

3.2.4.4 Faktoren auf der Ebene von Partnerschaft und Gemeinschaft

3.2.4.4.1 Verteilung der Macht in der Partnerschaft

Eine ungleiche Machtverteilung in Beziehungen begünstigt das Vorkommen von Gewalt. Eine Ebene, welche die Machtverteilung beeinflusst, besteht aus der *Verteilung der sozioökonomischen Ressourcen* und *Statusunterschieden*. Insbesondere wenn die Partnerin einen höheren beruflichen Status aufweist als ihr Partner und sich der Partner in der Beziehung dominant verhält, scheint Gewalt häufiger vorzukommen. Ansonsten sind die Ergebnisse aus Studien nicht einheitlich (EBG, 2008, S. 21). Gillioz et al. (1997) konnten in der Schweiz beispielsweise keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Gewaltvorkommnisse bei Paaren mit ungleichen Schul- und Berufsausbildungen feststellen (zitiert nach EBG, 2008, S. 21).

Auch auf der Ebene der *Arbeitsteilung des Paares* kommen Studien zu unterschiedlichen Befunden. Für die Schweiz stellten Gillioz et al. (1997) keinen grossen Zusammenhang zwischen Gewaltvorkommen und der Arbeitsteilung von Paaren fest. In Deutschland fand man hingegen heraus, dass bei gleicher Aufteilung von Haushaltsaufgaben deutlich seltener häusliche Gewalt vorkommt, was jedoch auch mit gleichberechtigten Entscheidungsfindungen in diesen Beziehungen zusammenhängen könnte. (Gillioz et al., 1997, zitiert nach EBG, 2008, S. 22 ; Müller & Schröttle, 2004, zitiert nach EBG, 2008, S. 22) In Frankreich belegt eine Studie von Jaspard et al. (2003), dass Gewalt insbesondere in Partnerschaften vorkommt, in denen die Erziehungs- und Haushaltsaufgaben lediglich von den Frauen übernommen werden (zitiert nach EBG, 2008, S. 22).

Die letzte Ebene, welche die Verteilung der Macht in Partnerschaften beeinflusst, ist die *Dominanz und das Kontrollverhalten*. Liegt die Entscheidungsmacht sowohl beim Mann als auch bei der Frau, so wird deutlich seltener Gewalt in der Beziehung angewendet. Insbesondere wenn bei Meinungsverschiedenheiten ein gemeinsamer Kompromiss gesucht wird, tritt selten häusliche Gewalt auf – selbst in Beziehungen, in denen oft Konflikte vorkommen. Gewalt tritt häufig dort auf, wo Männer das letzte Wort haben sowie abfällige Bemerkungen ihren Partnerinnen gegenüber äussern und sie kontrollieren – sprich, wenn sie einen hohen Dominanzindex aufweisen. (EBG, 2008, S. 22-23)

3.2.4.4.2 Konflikte, Kommunikation, Stress und Belastung

Gemäss dem EBG (2008) weist ein Paar, das sich selten streitet, statistisch gesehen auch ein tieferes Risiko für Gewaltausübung auf. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass nicht unbedingt die Häufigkeit der Konflikte aussagekräftig ist, sondern eher die Art und Weise, wie die Meinungsunterschiede gelöst werden. Dies hängt unter anderem auch mit der Kommunikationsfähigkeit des Paares zusammen, jedoch ist dieser Zusammenhang mit dem Auftreten von Gewalt bisher noch relativ unerforscht. (EBG, 2008, S. 23-24) Dennoch stellt das EBG (2008) fest, dass es öfter zu Gewalt in der Beziehung kommt, wenn Männer mit ihrer Partnerin nicht über ihre eigenen Probleme sprechen und ihre Wünsche, Sorgen und Befürchtungen nicht äussern können. Dasselbe gilt, wenn sich die Frauen diesbezüglich nicht ihrem Partner anvertrauen können. (EBG, 2008, S. 23-24) Unseres Erachtens kann die Verschlossenheit der Frau ihrem Partner gegenüber jedoch auch eine Folge der Gewalt sein. Denn die Frau hat die Erfahrung gemacht, dass sie bei ihrem Partner kein offenes Ohr für ihre Probleme findet oder durch das Ansprechen gewisser Themen gar einen Gewaltausbruch auslösen kann. Folglich würde es sich nicht ausschliesslich um eine Ursache, sondern auch um eine Folge handeln.

Ist eine Beziehung Belastungen wie beispielsweise Spannungen in der Partnerschaft, Arbeitslosigkeit oder geringem Einkommen ausgesetzt, so erhöht sich das Gewaltrisiko (EBG, 2008, S. 24-25). Unserer Meinung nach kann Akkulturationsstress ebenso als eine solche Belastung angesehen werden. Denn auch hier hängt es davon ab, wie man auf die Stressoren reagiert und ob man über Ressourcen verfügt, die einem helfen, besser mit der Situation umgehen zu können. Diese Strategien werden wir im Kapitel *3.3.3 Ressourcen und Bewältigungsstrategien* aufzeigen.

3.2.4.5 Lebenszeitliche Ereignisse und soziale Isolation

Schwangerschaft und Geburt kann für Frauen ein Risikofaktor für Gewalt durch den Partner darstellen. Eine Erklärung hierfür kann gemäss dem EBG (2008) sein, dass dominanten Männern nun nicht mehr die ungeteilte Aufmerksamkeit zukommt. Bei einigen Frauen kommt in dieser Zeit Gewalt zum ersten Mal vor. Hier muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass nicht alleine der Faktor Schwangerschaft ausschlaggebend ist, sondern dass auch Faktoren wie die Dauer der Beziehung und das Alter der Frau berücksichtigt werden müssen. Generell lässt sich sagen, dass das Risiko der Gewalt für Frauen mit zunehmender Dauer der Beziehung sinkt, was auch damit zusammenhängt, dass mit zunehmender Dauer der Partnerschaft die Wahrscheinlichkeit einer Trennung steigt. (EBG, 2008, S. 25)

Frauen, die sich seit weniger als einem Jahr von ihrem Partner getrennt haben, weisen ebenfalls ein höheres Risiko auf, Opfer von Gewalt zu werden, wobei gemäss Schwanders Definition (2006) von häuslicher Gewalt (siehe Kapitel 3.2.1 *Begriffsdefinition häusliche Gewalt*) auch Stalking eingeschlossen wird. Hat sich eine Frau entschieden, sich von ihrem Partner zu trennen, so nimmt die Gewalt oft stark an Intensität zu. (EBG, 2008, S. 26)

Gillioz et al. (1997) und Godenzi, Mueller et al. (2001) konnten in der Schweiz feststellen, dass insbesondere jene Frauen häufig von häuslicher Gewalt betroffen sind, deren Partner – und auch sie selber – sozial nur gering eingebettet sind. Gemessen wird die Einbettung an engen Freunden oder auch an der Beteiligung in Vereinen oder an Gruppenanlässen. Dies kann durch die soziale Kontrolle erklärt werden. Befindet sich der Mann jedoch in einem Gewalt bejahenden Umfeld, so begünstigt dies die Ausübung von Gewalt, insbesondere wenn er als Kind Gewalt miterlebt hat (siehe auch Kapitel 3.2.4.3 *Faktoren auf individueller Ebene*). (Gillioz et al., 1997, zitiert nach EBG, 2008, S. 26; Godenzi, Mueller et al. 2001, zitiert nach EBG, 2008, S. 26)

3.2.4.6 *Soziokulturelles Merkmal Religion*

Killias et al. untersuchten 2005 den Zusammenhang von Religionszugehörigkeit sowie dem Stellenwert der Religion und dem Vorkommen von Gewalt in Paarbeziehungen. Frauen, in deren Leben Religion eine wichtige Rolle spielt, sind laut dieser Studie rund doppelt so häufig von häuslicher Gewalt betroffen. Als Erklärung könnte hier dienen, dass religiöse Menschen Gewalt als „gottgewollt“ sehen und somit ertragen. Die Religionszugehörigkeit des Mannes hingegen hat keinen statistischen Einfluss darauf, ob er gewalttätig ist oder nicht. (Killias et al., 2005, zitiert nach EBG, 2008, S. 36)

In einer anderen Studie konnten auch Jaspard et al. (2003) für Frankreich aufzeigen, dass Frauen, welche der Religion einen hohen Wert beimessen, häufiger von Gewalt betroffen sind. Hier zeigt sich ein Unterschied zwischen Religionszugehörigkeiten: Bei 40% der katholisch erzogenen Frauen, bei 86% der muslimischen und bei 72% der jüdischen Frauen spielt die Religion eine grosse Rolle in ihrem Leben. Folglich zeigt sich die tiefste Gewaltbetroffenheit bei konfessionslos aufgewachsenen Frauen, gefolgt von katholischen und protestantischen Frauen. Frauen mit muslimischem, jüdischem oder anderem Religionshintergrund hingegen sind häufiger Gewaltsituationen ausgesetzt. (Jaspard et al., 2003, zitiert nach EBG, 2008, S. 36)

Es gibt aber auch Forschungsergebnisse, die darauf hindeuten, dass Religionszugehörigkeit – zumindest diejenige des Partners – auch Schutz vor Gewalt bieten kann. So sind beispielsweise neuseeländische Männer, die regelmässig in die Kirche gehen, seltener gewalttätig als andere. (Fergusson, Horwood, Kershaw & Shannon, 1986, zitiert nach EBG, 2008, S. 36) Godenzi et al. (2001) sehen sich dadurch in ihrer These bestätigt, dass soziale Aktivitäten wie die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft Schutzfunktionen aufweisen (zitiert nach EBG, 2008, S. 36), wie dies bezüglich der sozialen Einbettung bereits im vorherigen Kapitel 3.2.4.5 *Lebenszeitliche Ereignisse und soziale Isolation* erwähnt wurde.

3.2.5 Individuelle Auswirkungen der häuslichen Gewalt

Das Erleben von häuslicher Gewalt stellt einen extrem hohen Stressfaktor dar, da Betroffene oft über einen langen Zeitraum hinweg qualvollen Erfahrungen ausgesetzt sind. Das hinterlässt bei vielen tiefe Spuren und kann unter anderem eine schwere Erschütterung des Selbstwertes und des Vertrauens in andere herbeiführen. Zudem verbringen die Opfer ein Leben in Angst und Unsicherheit, da sie nie wissen, wann der Täter wieder Gewalt anwenden wird. (Schmid, 2010, S. 47)

In einer repräsentativen Befragung an der Maternité Inselhof Triemli in Zürich, deren Ergebnisse wir bereits in Kapitel 3.2.2 *Zahlen / Statistiken* aufzeigten, wurden die Befragten ausserdem gebeten, ausführlich über ihre gesundheitliche Situation Auskunft zu geben. Die Fragebögen lagen in den Sprachen Deutsch, Englisch, Spanisch und Serbokroatisch vor und beinhalteten Fragen über ihren Gesundheitszustand, Beschwerden, Ressourcen und ihr allgemeines Wohlbefinden. Neben den körperlichen Folgen wie Hämatomen, Prellungen, Verletzungen im Gesicht, offenen Wunden etc., die rund die Hälfte der Befragten angaben, berichteten 73,4% über seelische und psychosomatische Auswirkungen. In abnehmender Häufigkeit gehören dazu:

Wut- oder Hassgefühle, Angstgefühle, geringes Selbstwertgefühl, Niedergeschlagenheit oder Depressionen, Scham- oder Schuldgefühle, Ohnmachtsgefühle/Machtlosigkeit, Müdigkeit und Lustlosigkeit, Schlafstörungen oder Alpträume, Schwierigkeiten in der Beziehung zu Männern, Konzentrationsschwierigkeiten, Probleme mit der Sexualität, Suizidgedanken, Essstörungen, Schwierigkeiten bei der Arbeit oder in der Ausbildung, Erwerbsunfähigkeit, Schwierigkeiten mit gynäkologischen Untersuchungen, Selbstverletzungen. (Gloor & Meier, 2010, S. 30-31)

Die Ergebnisse von Gloor und Meier (2010) aus der Maternité-Untersuchung ermöglichen eine Gegenüberstellung der gesundheitlichen Situation von Frauen, die in unterschiedlichem Ausmass Opfer von häuslicher Gewalt wurden und Frauen, welche bisher noch keine Gewalt durch den aktuellen oder durch einen früheren Partner erlebt haben. Dabei zeigt sich bei allen erhobenen Kriterien dasselbe Bild: Frauen, welche von häuslicher Gewalt betroffen sind – insbesondere wenn es sich dabei um intensivere Gewalt oder mehrere Formen von Gewalt, die gleichzeitig angewendet werden, handelt – beurteilen ihren Gesundheitszustand schlechter und weisen eine höhere Suizidalität auf als nicht betroffene Frauen. Ausserdem leiden sie vermehrt unter psychosozialen Belastungsfaktoren und zeigen sich weniger zufrieden mit der aktuellen Lebenssituation. Abschliessend kann festgehalten werden, dass sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen erlebter Gewalt und dem körperlichen und psychischen Wohlbefinden feststellen lässt. Je stärker die erlebte Gewalt ist oder war, desto häufiger leiden die Frauen unter gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen. (Gloor & Meier, 2010, S. 29-35)

Das Erleben von häuslicher Gewalt sowie in einigen Fällen die Umstände des Migrationsprozesses können als traumatische Ereignisse verstanden werden, welche zu den individuellen Folgen zählen. Deshalb erläutern wir im Nachfolgenden Auswirkungen und Symptome des Traumas.

Fischer und Riedesser (2009) beschreiben das Trauma in ihrem Lehrbuch der Psychotraumatologie als ein „vitaler Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer & Riedesser, 2009, zitiert nach Weibel, 2013, S. 2). Es handelt sich folglich um Erlebnisse, die nicht ohne Weiteres verarbeitet werden können und andauernde Veränderungen in der Person veranlassen. Wichtig zu betonen sind auch die Hilflosigkeit und das Ausgeliefertsein, welche traumatische Situationen begleiten. (Weibel, 2013, S. 2) Diese Kriterien können unseres Erachtens auf das Erleben häuslicher Gewalt zutreffen.

Nicht jedes traumatische Erlebnis wirkt sich jedoch dauerhaft schädigend aus. Je nach psychischer Widerstandskraft kann der Mensch das Trauma verarbeiten oder aber er entwickelt eine Posttraumatische Belastungsstörung (Reddemann, 2008, zitiert nach Weibel, 2013, S. 3). Frommberger und Maercker (2009) konnten folgende Risikofaktoren eruieren, die es wahrscheinlicher machen, dass Personen nach einem Trauma eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln: geringe familiäre und soziale Unterstützung, psychische und somatische

Vorerkrankungen, frühe Trennungserfahrungen in der Kindheit und das weibliche Geschlecht. Genauso gibt es auch protektive Faktoren, die vor der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung schützen. Dazu gehören eine hohe Frustrationstoleranz, Kontrollüberzeugungen sowie die Anerkennung als Traumaopfer. (Frommberger & Maercker, 2009, zitiert nach Weibel, 2013, S. 3)

Mit diesen Ausführungen konnte eine weitere Teilfragestellung beantwortet werden. Einerseits wurden die psychischen Auswirkungen der häuslichen Gewalt erläutert und andererseits auch einige körperliche Folgen aufgezeigt. Abschliessend wurde dargestellt, dass häusliche Gewalt auch in einem Trauma resultieren und je nach Ausprägung der protektiven Faktoren sogar zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen kann. Denn wie in diesem Kapitel erläutert wurde, gehören Frauen, die sozial isoliert sind und bereits unter körperlichen und psychischen Krankheiten leiden, zu den Risikogruppen von Posttraumatischen Belastungsstörungen. Diese Risiken können sowohl für Migrantinnen als auch für Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, zutreffen und dürften in Kombination wahrscheinlich noch öfter anzutreffen sein. Aus diesem Grund werden wir uns im nächsten Kapitel genauer mit der Verbindung von häuslicher Gewalt und Migration auseinandersetzen.

3.3 Migration und häusliche Gewalt

Um die Verbindung von Migration und den vorherig dargestellten allgemeinen Kennzeichen der häuslichen Gewalt herzustellen gehen wir wie folgt vor: In einem ersten Schritt zeigen wir die Gewaltbetroffenheit von Frauen mit Migrationshintergrund auf. Dies beinhaltet die Frage, ob Migrantinnen tatsächlich häufiger von häuslicher Gewalt betroffen sind als Frauen ohne Migrationshintergrund. In einem weiteren Schritt beziehen wir die allgemeinen Risikofaktoren der häuslichen Gewalt auf Migrantinnen und abschliessend werden wir uns mit Ressourcen und Bewältigungsstrategien von Frauen mit Migrationshintergrund beschäftigen.

3.3.1 Gewaltbetroffenheit von Migrantinnen

Gemäss dem EBG (2012) zeigen Statistiken zur Gewaltbetroffenheit in der Schweiz – sofern sie zwischen in- und ausländischen Opfern unterscheiden – dass überdurchschnittlich viele Frauen mit einem Migrationshintergrund von Gewalt betroffen sind. Repräsentative Befragungen wie die drei wichtigsten Prävalenzstudien von Gillioz et al. (2007), Gloor und Meier (2004) und Killias et al. (2005) liefern in der Schweiz hingegen keine Anhaltspunkte dafür, dass sich das Risiko bei Migrantinnen erhöht, Opfer von häuslicher Gewalt zu werden. (EBG,

2012, S. 3) Da Migrantinnen meist von mehr Risikofaktoren häuslicher Gewalt betroffen sind als Schweizerinnen, besteht gemäss dem EBG (2012) Grund zur Annahme, dass Frauen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt tatsächlich häufiger Opfer häuslicher Gewalt werden (S. 3). Auch Hell- und Dunkelfeldstudien aus Deutschland und Frankreich weisen darauf hin, dass ein Migrationshintergrund bei Frauen das Risiko, Opfer von häuslicher Gewalt zu werden, erhöht. Dasselbe ist auch auf die Täterschaft bei Männern übertragbar. Jedoch muss betont werden, dass diese Ergebnisse nicht immer eindeutig sind und vor allem auch, dass es sich bei der Migrationsbevölkerung nicht um eine homogene Gruppe handelt. (EBG, 2012, S. 2-3) Dennoch kann, wie bereits erwähnt, angenommen werden, dass Migrantinnen durchschnittlich mehr Risiken ausgesetzt sind, Opfer von häuslicher Gewalt zu werden, wie wir dies bereits im vorherigen Kapitel ausführlich darstellten.

Gemäss Belser (2005) melden sich vermehrt Migrantinnen in Frauenhäusern. Sie greift aber die obigen Annahmen des EBG auf und weist darauf hin, dass dies vermutlich daran liegt, dass Migrantinnen wirtschaftlich sowie rechtlich schlechter dastehen als Schweizerinnen. Den Frauen mit Migrationshintergrund stehen weniger Handlungsalternativen zur Verfügung. Sie verfügen oft über kein soziales Netz, welches sie unterstützen könnte und grösstenteils steht den Migrantinnen nicht genügend Geld zur Verfügung, um die eheliche Wohnung zu verlassen und sich für eine gewisse Zeit eine Unterkunft zu suchen. (Belser, 2005, S. 9) Wir sind der Meinung, dass diese Aussagen jedoch relativiert werden müssen und sich nicht auf alle Personen mit Migrationshintergrund beziehen, sondern lediglich auf gewisse Herkunftsregionen, wie sie in Kapitel 1.1. *Ausgangslage* bereits erwähnt wurden.

Nun stellen wir zur Verdeutlichung der These, dass Migrantinnen vermehrt Risikofaktoren ausgesetzt sind, eine Studie aus Deutschland vor, die unter dem Titel „Gesundheit – Gewalt – Migration“ (2009) publiziert wurde. Denn bisher liegt noch keine schweizweite Untersuchung zur gesundheitlichen Situation und der damit zusammenhängenden erhöhten Gewaltbelastungen von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund vor.

Bei dieser Untersuchung vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurden die Ergebnisse aus der Studie zur „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ sekundäranalytisch ausgewertet. Das heisst unter neuen Forschungsinteressen und Gesichtspunkten wurde bereits vorhandenes Datenmaterial untersucht. In der Basisstudie wurden von 2002 bis 2004 Interviews mit 8'023 Frauen deutscher Herkunft, 368 Frauen türkischer Herkunft und 475 Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion im

Alter von 16 bis 75 Jahren durchgeführt. Die Interviews fanden in deutscher, türkischer und russischer Sprache statt. (BMFSFJ, 2009, S. 4-5) Dabei wurde festgestellt, dass Frauen mit Migrationshintergrund – insbesondere Frauen türkischer Herkunft – ihren physischen und psychischen Gesundheitszustand selber durchschnittlich schlechter einschätzten als deutsche Frauen. Ausserdem berichteten sie über mehr gewaltbedingte Verletzungen. (BMFSFJ, 2009, S. 8-10) Bezüglich der Betroffenheit durch inner- und ausserhäusliche körperliche, sexuelle und psychische Gewalt kam die Studie zu folgenden Ergebnissen: Frauen türkischer Herkunft sind vergleichsweise häufiger Opfer von körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt durch den aktuellen Partner, ausserdem handelt es sich öfter um schwerere Gewaltvorkommnisse. Dagegen erleiden Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion häufiger sexuelle Gewalt, sei dies durch den Partner, Familienangehörige oder auch durch Fremde. Frauen deutscher Herkunft sind dagegen häufiger von sexueller Belästigung ab dem 16. Lebensjahr betroffen. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei befragten Gruppen gibt es hingegen bezüglich psychischer und körperlicher Gewalt unabhängig vom Täter-Opfer-Kontext. Die beiden Migrantinnengruppen werden jedoch deutlich häufiger von ihrer sozialen Umwelt diskriminiert als die Frauen deutscher Herkunft. Bezüglich der Gewaltbetroffenheit in der Kindheit oder Jugend ergaben sich auch keine ausgeprägten Unterschiede. Allerdings berichteten sowohl Frauen türkischer Herkunft als auch Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion deutlich häufiger davon, Zeuginnen von körperlichen Auseinandersetzungen zwischen den Eltern, meist vom Vater ausgehend, geworden zu sein. (BMFSFJ, 2009, S. 14-16) Diese Ergebnisse können natürlich nicht eins zu eins für die Schweiz übernommen werden, nur schon deshalb, weil die grösste Migrationsgruppe hier nicht aus der Türkei oder der ehemaligen Sowjetunion stammt, sondern aus den EU/EFTA-Staaten (Bundesamt für Statistik, 2013a). Dennoch zeigt diese Studie, dass es wichtig ist, kulturelle Unterschiede und allfällige gehäufte Vorkommnisse von häuslicher Gewalt zu bedenken.

3.3.2 Risikofaktoren für Migrantinnen Opfer von häuslicher Gewalt zu werden

Bei den in Kapitel 3.2.4 genannten Risikofaktoren bezüglich dem Erleben von häuslicher Gewalt beziehen sich grundsätzlich alle auch auf Migrantinnen, welche in einer Partnerschaft leben. Es gibt jedoch gewisse Risiken, denen sie stärker ausgesetzt sind. Hierzu zählen beispielsweise Stress und Belastungen, welche durch den Migrationsprozess oder allenfalls durch mangelnde Integration während des Akkulturationsprozesses ausgelöst wurden. Auf die familiären Systeme wird durch den Migrationsprozess ein enormer Druck ausgeübt, die Familienmitglieder müssen ihre Rollen in der neuen Umgebung neu definieren (Sluzki, 2010, S.

116-117). Gemäss dem EBG (2008) handelt es sich beim Migrationsprozess ausserdem um eine Übergangsphase – zu vergleichen mit Ereignissen wie Heirat, Geburt eines Kindes oder Trennung (siehe auch Kapitel 3.2.4.5 *Lebenszeitliche Ereignisse und Soziale Isolation*) – bei der das Risiko für häusliche Gewalt ebenfalls steigt. Dies hängt damit zusammen, dass sich die Rollen der Partnerin und des Partners in diesen Phasen ändern und dass Nähe und Distanz in der Beziehung neu geregelt werden müssen (EBG, 2008, S. 43).

Des Weiteren wurde aufgezeigt, dass muslimische, jüdische und andersgläubige – das heisst konkret: nicht-katholische, nicht-protestantische oder nicht-konfessionslose Frauen – in deren Leben Religion einen hohen Stellenwert hat, öfter Opfer von häuslicher Gewalt werden (EBG, 2008, S. 36). Ein weiterer Risikofaktor, dem Migrantinnen ausgesetzt sein können, ist die soziale Isolation. Ist der Partner kaum in ein soziales Netz eingebettet, so erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für die Ausübung von Gewalt (Gillioz et al., 1997, zitiert nach EBG, 2008, S. 26; Godenzi et al., 2001, zitiert nach EBG, 2008, S. 26). Bei Paaren mit Migrationshintergrund kann dies aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse und Vereinsangeboten öfter der Fall sein.

Gemäss dem EBG (2008) stellen binationale Paare eine besondere Risikogruppe für das Auftreten von häuslicher Gewalt dar. Dies hängt unter anderem mit der Abhängigkeitsproblematik bezüglich des Aufenthaltsrechtes zusammen, aber auch mit sprachlichen und kulturellen Verständigungsschwierigkeiten. Aber auch Menschen aus ländlichen, traditionell geprägten Gegenden in der Schweiz weisen in mancher Hinsicht Wertvorstellungen auf, die sich von städtischen stark unterscheiden und so zu Verständigungsschwierigkeiten und allenfalls Konflikten führen können. (EBG, 2008, S. 47) Wir möchten hier darauf hinweisen, dass auch in diesem Kontext transkulturelle Kompetenz unterstützend wirken kann. In Kapitel 2.1 *Transkulturelle Kompetenz* wurde dargestellt, dass es sich dabei um eine Kompetenz handelt, die *auch im Migrationskontext* hilfreich sein kann, jedoch ebenso allgemein im professionellen Umgang mit heterogenen Gruppen. Folglich trifft dies auch auf national herrschende, verschiedene Lebens- und Denkweisen zu.

Im Kapitel 3.3.1 *Gewaltbetroffenheit von Migrantinnen* sowie in diesem Kapitel, in welchen die Risikofaktoren für Migrantinnen, Opfer von häuslicher Gewalt zu werden, aufgezeigt wurden, konnten Antworten auf die Teilfragestellung nach den Zusammenhängen von häuslicher Gewalt und Migration dargelegt werden. Wie wir aufgezeigt, können Migrantinnen stärker von gewissen Risikofaktoren betroffen sein. Ausserdem besteht gemäss dem EBG (2012) Grund zur Annahme, dass Frauen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt tatsächlich

häufiger Opfer häuslicher Gewalt werden (S. 3). Aus diesem Grund wird deutlich, dass einerseits das Erleben häuslicher Gewalt Belastungen darstellt und andererseits dem Migrations- und Akkulturationsprozess Stressoren zu Grunde liegen. Folglich ist die Ausarbeitung von Ressourcen und Bewältigungsstrategien, welche Betroffene dabei unterstützen mit ihrer individuellen Situation umzugehen, von essentieller Bedeutung. Mit diesem Thema befassen wir uns im folgenden Kapitel.

3.3.3 Ressourcen und Bewältigungsstrategien

Da in der Sozialen Arbeit oft der Fokus auf die Ressourcen der Klientel gelegt wird, damit die Menschen wieder zu einem selbstbestimmten Leben befähigt werden können, war unser ursprüngliche Gedanke, Ressourcen und Bewältigungsstrategien aufzuzeigen, über welche Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, verfügen. Doch schon bald wurde uns während der Literaturrecherche bewusst, dass es sich sowohl bei Migrantinnen als auch bei Frauen ohne Migrationshintergrund, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, um derart heterogene Gruppen handelt, dass keinerlei allgemeine Ressourcen genannt werden können. Denn schliesslich sind die Ressourcen genauso unterschiedlich wie die Personen selbst. Dies wurde uns auch von unseren Interviewpartnerinnen bestätigt. Dennoch wurde die Vermutung geäussert, dass unsere Zielgruppe über Bewältigungsstrategien verfügt, die während des Migrationsprozesses entwickelt wurden. Weiter gibt es einige Ressourcen, die betroffene Migrantinnen im Kontext der häuslichen Gewalt unterstützen können. Im Bewusstsein, dass diese bei Weitem nicht für alle Frauen zugänglich sind, werden sie im Folgenden aufgeführt.

Frau Kaufmann von der Beratungsstelle Opferhilfe Bern nannte uns beispielsweise Kenntnisse in der Landessprache des Aufnahmelandes sowie einen relativ hohen Integrationsgrad als wichtige Ressourcen für Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind. Dies ermöglicht es den Frauen Hilfe zu holen, sei es durch soziale Unterstützung im privaten oder beruflichen Umfeld oder aber auch durch professionelle Stellen. Diese können nur aufgesucht werden, wenn man Kenntnisse der Angebote hat und sich mit den Mitarbeitenden dieser Institutionen auch verständigen kann. (Kaufmann, pers. Mitteilung, 30.10.13)

Im Kapitel 3.2.5 *Individuelle Auswirkungen der häuslichen Gewalt* wurden folgende Faktoren, die Frommberger und Maercker (2003) als Schutz vor der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung sehen, genannt: eine hohe Frustrationstoleranz, Kontrollüberzeugungen sowie die Anerkennung als Traumaopfer (zitiert nach Weibel, 2013, S. 3). Diese mögen teilweise zwar sehr spezifisch sein und sich nur auf die Vermeidung der Posttraumati-

schen Belastungsstörung beziehen, können aber auch allgemeiner gefasst werden. So können unseres Erachtens eine hohe Frustrationstoleranz, die Überzeugung, Herrin der Situation zu sein sowie die Anerkennung als Opfer von häuslicher Gewalt sicherlich auch Ressourcen für Gewaltbetroffene darstellen.

In Kapitel 3.1.3 *Akkulturation und Stress* wurden die vier grundlegenden Ressourcen nach Lazarus und Folkman (1984) erörtert, die einem helfen, mit einer stressreichen Situation besser umzugehen. Namentlich waren dies eine positive Grundeinstellung, persönliche Fähigkeiten zur Problemlösung, soziale Unterstützung und Verdrängung (zitiert nach Madubuko, 2011, S. 82-83). Insbesondere die ersten drei Faktoren sehen auch wir als hilfreich an, um Gewaltbeziehungen auszuhalten oder gar beenden zu können. Die Verdrängung scheint lediglich kurzfristig zu wirken, weshalb wir nicht mehr näher auf diese Strategie eingehen werden. Die Frustrationstoleranz kann unseres Erachtens mit einer positiven Grundeinstellung verglichen werden. Beide Faktoren erlauben es Betroffenen, an eine positive Zukunft zu glauben, statt sich pessimistisch ihrem Schicksal zu ergeben. Dies wiederum ist eng mit der Kontrollüberzeugung verbunden. Durch die selbstinitiierte Herangehensweise, indem beispielsweise Informationen von Fachstellen und Hilfsangeboten beschafft werden, sind Betroffene eher in der Lage, einen Ausweg aus ihrer belastenden Situation zu finden. Dabei kann das soziale Umfeld natürlich äusserst wertvoll und unterstützend wirken, wie dies auch Frau Kaufmann (pers. Mitteilung, 30.10.13) erwähnte. Abschliessend kann festgestellt werden, dass der Umgang von Migrantinnen und Migranten mit Stress vom Vorhandensein ähnlicher Ressourcen abhängt wie der Umgang mit traumatischen Erfahrungen von Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind. Folglich müssen diese Fähigkeiten erkannt, aufgebaut und gestärkt werden, was im Kapitel 4 *Gesundheit und Gesundheitskompetenzstärkung* erneut aufgenommen wird.

Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse aus den Kapiteln 2 *Konzept der transkulturellen Kompetenz* und 3 *Von häuslicher Gewalt betroffene Migrantinnen* werden wir uns im nächsten Kapitel genauer mit folgender Frage auseinandersetzen: Müssen Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, transkulturell kompetent sein?

3.4 Transkulturelle Kompetenz in der Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, ein Handlungsbereich der Sozialen Arbeit darstellt. Dies kann ganz spezifische Bereiche wie Frauenhäuser, Opferberatungsstellen, Spitäler oder Psychiatrien umfassen oder aber auch generell alle anderen Handlungsfelder, in denen Menschen mit der Sozialen Arbeit in Kontakt treten. Wie im Kapitel 2.3 *Transkulturelle Kompetenz in der Sozialen Arbeit* bereits aufgezeigt werden konnte, ist die transkulturelle Kompetenz in der Sozialen Arbeit – egal in welchem Handlungsfeld – sehr wünschenswert oder gar notwendig. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es sich bei der transkulturellen Kompetenz, wie weiter oben beschrieben, um eine erweiterte Sozialkompetenz handelt, die nicht spezifisch für Migrantinnen und Migranten angewendet wird (Pavkovic, 1999, zitiert nach Domenig, 2001, S. 36). Denn da jede Begegnung transkulturell ist – zumal Menschen immer mit unterschiedlichen, aber auch gemeinsamen Hintergründen und individuellen Lebensgeschichten interagieren – umfasst die transkulturelle Kompetenz ein professionelles Handeln, das *auch im Migrationskontext* angewendet wird (Domenig, 2001, S. 36). Zudem ist die transkulturelle Kompetenz der Fachpersonen in der Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, dienlich. Um dies zu verdeutlichen, sollen einige Punkte aufgezeigt werden, weshalb die transkulturelle Kompetenz in der Arbeit mit der genannten Zielgruppe vielleicht sogar zwingend notwendig sein könnte.

Um sich als Fachperson überhaupt professionell auf eine Person mit Migrationshintergrund einlassen zu können, ist es, wie im Kapitel 2 *Konzept der transkulturellen Kompetenz* erwähnt, von essentieller Bedeutung, seine eigene Lebenswelt sowie seine Werte und Normen zu reflektieren (Domenig, 2007a, S. 175-176). So gelingt es der Fachperson das Gegenüber vorurteilsfrei anzunehmen sowie intensiv und konzentriert auf die Problemlagen dieser Person einzugehen. Dies ist besonders bei Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, ein sehr wichtiger Aspekt, da sie, wie in Kapitel 3.2.3 *Kreislauf häuslicher Gewalt* beschrieben, aufgrund des Einflusses des gewalttätigen Partners ihrer eigenen Wahrnehmung oft nicht mehr trauen (Schmid, 2010, S. 40). Von daher kann auf einer vorurteilsfreien Basis eher eine Vertrauensbeziehung aufgebaut werden, was bei dieser Klientel sehr wichtig ist.

Weiter dient das Hintergrundwissen, das in der transkulturellen Kompetenz vorausgesetzt wird, dazu Missverständnisse zu verhindern und der Situation der Klientel Rechnung zu

tragen (Domenig, 2007a, S. 176-178). Das bedeutet, dass dieses Wissen unter anderem zu einem besseren Verständnis der Lebenswelt der Klientel beiträgt, was analog zu obigem Punkt beim Aufbau einer Vertrauensbeziehung unterstützend wirken kann. Weiter muss Wissen über angepasste Kommunikationsformen vorhanden sein (Domenig, 2007a, S. 177). Das heisst, die Fachperson muss mit Dolmetschenden oder interkulturellen Übersetzenden zusammenarbeiten können. Erst dies ermöglicht den intensiven professionellen Kontakt und die Erforschung der individuellen Situation der Migrantin. Überdies ist es wichtig, darüber Bescheid zu wissen, ob die Migrantinnen aus einer familienzentrierten Gesellschaft stammen (Domenig, 2001, S. 42). Falls dies der Fall ist, muss ergründet werden, ob es für sie angenehmer wäre, Familienmitglieder bei den Interventionen miteinzubeziehen. Schliesslich ist auch das Wissen über psychische Erkrankungen von hoher Wichtigkeit, da einerseits die Migration und andererseits das Erleben von häuslicher Gewalt solche begünstigen können (Domenig, 2007a, S. 177).

Mithilfe der transkulturellen Kompetenz können sich Fachpersonen den Bedeutungssystemen der Geschichten der Klientel nähern. Dies wird durch die narrative Empathie ermöglicht, welche zum Ziel hat, die individuellen Erklärungsmodelle in Anbetracht des Problems der Klientel zu ergründen. So können die Bewältigungsstrategien herausgearbeitet werden und den Bedürfnissen entsprechende Interventionen erfolgen. (Domenig, 2001, S. 38) Weiter wird so deutlich, ob die Migrantinnen über eine positive Grundeinstellung, persönliche Fähigkeiten zur Problemlösung oder über soziale Unterstützung verfügen, was bei der Stressbewältigung unterstützend wirken kann (Lazarus & Folkman, 1984, zitiert nach Madubuko, 2011, S. 82-83). Denn einerseits bringt, wie im Kapitel 3.1.3 *Akkulturation und Stress* aufgezeigt, der Migrationsprozess und andererseits häusliche Gewalt Stressfaktoren mit sich, die bewältigt werden müssen.

Die Möglichkeit sozialer Isolation ist insbesondere bei Frauen mit südeuropäischem, asiatischem, lateinamerikanischem und afrikanischem Migrationshintergrund sowie Migrantinnen aus Ländern des ehemaligen Jugoslawiens aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse und Vereinsangeboten höher (Besic & Bisegger, 2009, S. 180-181). Überdies übernimmt bei der Migration einer gesamten Familie meist die Frau die affektive Rolle. Das bedeutet, sie widmet sich eher gegenwarts- oder vergangenheitsorientierten Tätigkeiten, was sich bei der sozialen Integration im Aufnahmeland eher hinderlich herausstellen kann (Sluzki, 2010, S. 116). Weiter wird diese soziale Isolation oft durch die häusliche Gewalt bzw. die Kontrollausübung des

gewalttätigen Partners verstärkt, indem er die Kontakte der Frau einschränkt oder gar untersagt (Schmid, 2010, S. 40). Durch die transkulturelle Öffnung einer Institution ist es denkbar, die Frauen mit anderen Institutionen und Organisationen wie beispielsweise mit Migrantinnen- und Migrantenvereinen zu vernetzen. So können Sie in einem ersten Schritt zur Unabhängigkeit bzw. zum Erlangen weiterer Ressourcen aus einem neuen sozialen Umfeld unterstützt werden.

Es zeigt sich also, dass die transkulturelle Kompetenz insbesondere bei Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, eine wichtige Fähigkeit darstellen kann, um professionell mit der Klientel umgehen zu können.

Im Nachfolgenden wird nun noch die letzte Komponente unserer Fragestellung, die Gesundheitskompetenzstärkung, beleuchtet. Denn wie wir in diesem Kapitel mit der Maternité-Untersuchung aufgezeigt haben, beurteilen Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter. Sie weisen ausserdem eine höhere Suizidalität auf, leiden vermehrt unter psychosozialen Belastungsfaktoren und zeigen sich weniger zufrieden mit ihrer aktuellen Lebenssituation als nicht betroffene Frauen (Gloor & Meier, 2010, S. 29-35). Weiter wurde mit der Studie des BMFSFJ nachgewiesen, dass insbesondere Migrantinnen ihre psychische und physische Gesundheit subjektiv schlechter wahrnehmen (2009, S. 8-10). Aus diesem Grund setzen wir uns im nachfolgenden Kapitel eingehend mit den Themen Gesundheit und Gesundheitskompetenzstärkung auseinander.

4 Gesundheit und Gesundheitskompetenzstärkung

In den vorangehenden Kapiteln wurde deutlich, dass sich das Erleben von Gewalt und/oder migrationspezifischen Umständen stark auf das subjektive Wohlbefinden auswirkt. Das subjektive Wohlbefinden bezeichnet die persönliche Sichtweise auf die eigene Gesundheit, das heisst, ob man sich eher als gesund oder krank bezeichnet. Aus diesem Grund widmet sich dieses Kapitel dem Thema Gesundheit. Um näher auf die Frage der Gesundheitskompetenzstärkung im professionellen transkulturellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, eingehen zu können, muss in einem ersten Schritt geklärt werden, wie Gesundheit definiert wird. Dabei ist wichtig, dass auch die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit im Bereich der Gesundheit herausgearbeitet wird, damit ein Handlungsbedarf seitens der Sozialarbeitenden begründet werden kann.

4.1 Gesundheit und Soziale Arbeit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit in der Präambel ihrer Verfassung vom Jahr 1946 als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (zitiert nach Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2010, S. 1). Bei der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO im Jahr 1986 wurde die Ottawa-Charta verabschiedet und in dieser wird Gesundheit als ein „...positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (WHO-Regionalbüro für Europa, 1986, S. 1) beschrieben. Als grundlegende Bedingungen und fundamentale Aspekte von Gesundheit zählt die WHO „Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden“ (WHO-Regionalbüro für Europa, 1986, S. 1-2).

Domenig (2001) hat sich auch mit den obigen Definitionen beschäftigt und erläutert, dass Gesundheit einerseits als Ressource des täglichen Lebens und zugleich als Lebensziel aller Beteiligten der gesamten Gesellschaft dargestellt wird. Weiter werden gemäss den obigen Definitionen mit der Gesundheitsförderung zweierlei Zielrichtungen verfolgt: Einerseits die Stärkung von individuellen Kompetenzen, die zur Auseinandersetzung mit Krankheitsrisiken und zur Verbesserung der persönlichen Gesundheit dienen. Andererseits wird auf einer höheren Ebene, die aus den obengenannten fundamentalen Voraussetzungen hervorgeht, eine gesundheitsgerechte Gestaltung der sozialen und natürlichen Umwelt verfolgt. Dies dient dazu,

gute Bedingungen für die Gesundheit der Bevölkerung zu schaffen. Somit wird deutlich, dass Gesundheit in der Gesundheitsförderung als Teil der Gesellschaftspolitik angesehen wird. (Domenig, 2001, S. 21-23)

Gemäss der WHO (1986) soll die Stärkung der individuellen Kompetenz durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten erfolgen. Auf gesellschaftspolitischer Ebene sollen durch die Schaffung von gleichen Möglichkeiten die sozialen Unterschiede bezüglich des Gesundheitszustandes aufgehoben werden und somit Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit entstehen. (WHO-Regionalbüro für Europa, 1986, S. 1-4) Die WHO (1986) versteht darunter die Schaffung von Sicherheit in einer unterstützenden sozialen Umwelt, die Ermöglichung des Zugangs zu allen relevanten Informationen und die Möglichkeit praktische Fertigkeiten auszubilden. Diese Faktoren sollen dazu beitragen, dass in Bezug auf die persönliche Gesundheit Entscheidungen getroffen werden können. Damit gründliche Entscheide getroffen werden können, muss die Möglichkeit bestehen, auf die Faktoren, die den Menschen beeinflussen, auch Einfluss zu nehmen. (WHO-Regionalbüro für Europa, 1986, S. 1-4) Zu diesen Faktoren zählen unter anderem Wohn- und Lebensumwelt, Arbeitsbedingungen, soziale Integration, Netzwerke und persönliche Beziehungen sowie sämtliche Angebote der Gesundheitsversorgung (Domenig, 2001, S. 21-22). Folglich hilft Gesundheitsförderung den Menschen dabei, mehr Einfluss auf die eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben und ermöglicht ihnen gleichzeitig Veränderungen in ihrem Alltag vorzunehmen, die ihre Gesundheit fördern (WHO-Regionalbüro für Europa, 1986, S. 1-4).

Gemäss Domenig (2001) und der WHO (1986) ist Gesundheitsförderung also ein Prozess, in welchem Menschen dazu befähigt werden, die Kontrolle über ihre Gesundheit durch selbstbestimmte Entscheide und Handlungen zu erhöhen und so die Gesundheit zu verbessern. (Domenig, 2001, S. 21; WHO-Regionalbüro für Europa, 1986, S. 1-4)

Gesundheit besteht aus einem – wie wir bereits weiter oben erwähnten – umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden. Domenig (2001) versteht darunter, dass ein Individuum oder eine Gruppe fähig ist Lebensziele festzulegen, diese zu erreichen sowie Bedürfnisse zu befriedigen und sich mit der Umgebung auszutauschen (S. 21). Um diese Ziele erreichen zu können, muss gemäss der WHO (1986) eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen den Verantwortlichen in den Regierungen, im Gesundheits-, Wirtschafts- und Sozialbereich, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden sowie in lokalen Institutionen, der Industrie, den Medien, Einzelpersonen, Familien und ganzen Gemeinschaften erreicht

werden – kurz eine Zusammenarbeit aller Beteiligten in allen Lebensbereichen. Alle diese müssen darauf hinarbeiten, dass ein Versorgungssystem entwickelt wird, welches auf die starke Förderung von Gesundheit hinarbeitet und weit über rein kurative Betreuungsleistungen hinausgeht. Die in Gesundheitsdiensten tätigen Fachpersonen müssen demnach eine feinfühlig und respektvolle Haltung einnehmen. Eine solche Haltung unterstützt die Betroffenen auf ihrem Weg, indem die Fachpersonen verschiedene kulturelle Bedürfnisse anerkennen sowie die Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen nach einer besseren Gesundheit aufgreifen. (WHO-Regionalbüro für Europa, 1986, S. 1-5) Diese Dienste müssen also für alle die gleichen Möglichkeiten bereitstellen, damit alle Menschen befähigt werden ein bestmögliches Gesundheitspotential zu erreichen (Domenig, 2001, S. 21-23).

Die Soziale Arbeit hat einen grossen Stellenwert im Sozialwesen, ist in vielen der oben aufgeführten Institutionen vertreten und interagiert in ihren etlichen verschiedenen Tätigkeitsfeldern mit Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften. Weiter ist gemäss der Definition der WHO von 1946 nicht nur die körperliche Integrität unter Gesundheit zu verstehen, sondern auch das geistige und soziale Wohlergehen. Daraus folgt, dass die Soziale Arbeit einen wichtigen Stellenwert in der Gesundheitsförderung einnimmt und somit zu einem gesundheitsförderlichen Handeln verpflichtet ist. Um diese Zuständigkeit noch genauer zu veranschaulichen, wird die Definition der Sozialen Arbeit der International Federation of Social Workers (IFSW) nachfolgend aufgezeigt und mit den Voraussetzungen für eine bestmögliche Gesundheit nach dem Gesundheitsförderungs-Konzept der WHO verglichen.

Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die *Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr Wohlbefinden zu heben* [Hervorhebung hinzugefügt]. Unter Nutzung von Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme vermittelt Soziale Arbeit am Punkt, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Dabei sind die *Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit* [Hervorhebung hinzugefügt] für die Soziale Arbeit fundamental. (IFSW, 2000, zitiert nach AvenirSocial, n.d.)

Aufgabe der Sozialen Arbeit ist gemäss dieser Definition, *Menschen zu ermächtigen und zu befreien, damit ihr Wohlbefinden gehoben werden kann*, was gleichzeitig einen fundamentalen Auftrag der Gesundheitsförderung darstellt. Gemäss WHO (1986) wird mit der Gesund-

heitsförderung auf eine Chancengleichheit in Bezug auf die Gesundheit hingearbeitet (WHO-Regionalbüro für Europa, 1986, S. 1-4). *Soziale Gerechtigkeit* stellt eines der Ziele der Sozialen Arbeit dar. Deshalb kann hier eine Parallele zur Chancengleichheit gezogen werden, da soziale Gerechtigkeit die Chancengleichheit zum Ziel hat. Zudem wird die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit konkret sichtbar, weil nach den Prinzipien der Menschenrechte gehandelt wird und da Gesundheit per se zu diesen zählt (Office of the High Commissioner for Human Rights [OHCHR], 1998). Deshalb gehört die Gesundheitsförderung zu den grundlegenden Elementen Sozialer Arbeit.

Die Zuständigkeitsfrage der Sozialen Arbeit in gesundheitspezifischen Fragen konnte aufgrund der Definition der WHO (1946, zitiert nach BAG, 2010; WHO-Regionalbüro für Europa, 1986) in Verbindung mit der Definition des IFSW demzufolge geklärt werden. In einem weiteren Schritt werden wir uns nun dem Begriff der Gesundheitskompetenz annähern, da dieser einen wesentlichen Bestandteil unserer Bachelor-Thesis ausmacht und aus den obigen Erläuterungen noch nicht ersichtlich wurde, was diesen Begriff auszeichnet.

4.2 Gesundheitskompetenz

Unser persönliches Verständnis geht davon aus, dass der Begriff *Gesundheitskompetenz* ein Zusammenschluss der beiden Begriffe *Gesundheit* und *Kompetenz* ist, wobei unter Kompetenz ganz allgemein bestimmte Fähigkeiten verstanden werden. Dank diesen Fähigkeiten kann eine Person für differenzierte Bereiche bewusst und informiert Entscheidungen fällen. Gesundheit wiederum wurde im Kapitel 4.1 *Gesundheit und Soziale Arbeit* bereits eingehend erläutert und bedeutet nicht bloss das Fehlen von Krankheit, sondern ein umfassendes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden (WHO, 1946, zitiert nach BAG, 2010, S. 1), das durch zahlreiche Faktoren beeinflusst und subjektiv bewertet wird.

Es gibt diverse Begriffsbestimmungen, die das Konzept der Gesundheitskompetenz zu umschreiben versuchen. Im Nachfolgenden werden zwei zentrale Auffassungen erläutert.

Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit wird Gesundheitskompetenz als „die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken“ definiert (BAG, n.d.). Personen, die über eine ausreichende Gesundheitskompetenz verfügen, können bezüglich ihrer Gesundheit selbstbestimmt handeln und ihre Entscheide frei treffen. Ausserdem können sie Gesundheitsinformationen besser finden, verstehen und Eigenverantwortung übernehmen. (Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 28-29) Das BAG stützt

sich auf die Definition von Kickbusch, Maag und Saan (2005), welche die Gesundheitskompetenz in folgende fünf Handlungsbereiche aufteilen:

- *Persönliche Gesundheit*: Das eigene gesunde Handeln, was das Wissen und die Anwendung von angebrachtem Verhalten bei Selbstmanagement und Betreuung der Familie voraussetzt.
- *Systemorientierung*: Umfasst die Kompetenz, sich im Gesundheitssystem zu orientieren und dem Fachpersonal gegenüber als kompetente Person zu erscheinen.
- *Konsumverhalten*: Meint die Fähigkeit, Beschlüsse bezüglich Konsum und Dienstleistungen unter gesundheitlichen Aspekten zu fassen.
- *Arbeitswelt*: Im Zentrum steht die Vermeidung von Unfällen und Berufskrankheiten und somit der Einsatz für Sicherheit und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen. Weiter zählt auch eine angemessene Balance zwischen Beruf und Privatleben dazu.
- *Gesundheitspolitik*: Umfasst das individuelle Eintreten für Gesundheitsrechte, Standpunktvertretung zu Gesundheitsfragen und ein daraus folgendes informiertes gesundheitspolitisches Handeln.

(Kickbusch et al., 2005, zitiert nach Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 29)

Nach Nutbeam (2000) lassen sich drei wesentliche Grade von Gesundheitskompetenz unterscheiden. Einer ist die *funktionale Gesundheitskompetenz*, worunter grundlegende Lese- und Schreibfähigkeiten verstanden werden. Der zweite Grad wird *kommunikative, interaktive Gesundheitskompetenz* genannt. Dazu gehören grundlegende kognitive und soziale Kompetenzen, die eine aktive Teilnahme am Alltag und das Sammeln von Informationen sowie deren Interpretation in Interaktionen mit anderen zulassen. Auch die Anwendung der gesammelten Informationen in sich ändernden Umweltbedingungen wird darunter verstanden. Der dritte Grad, die *kritische Gesundheitskompetenz*, ermöglicht durch fortgeschrittene soziale und kognitive Kompetenzen eine grössere Kontrolle in diversen Lebenssituationen, da diese Kompetenzen für die kritische Analyse von Informationen benutzt werden können. (Nutbeam, 2000, zitiert nach Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 28) Da wir keine weiterführenden Angaben über Nutbeams Verständnis von Gesundheitskompetenz ausfindig machen konnten, legen wir unsere Sichtweise von dieser Definition dar. Unseres Erachtens geht Nutbeam bildlich gesprochen nicht von einer Pyramidenform aus, wobei jeweils die untere Ebene zuerst erreicht werden muss, bevor auf diese aufgebaut werden kann. Nach unserem Verständnis handelt es sich vielmehr um drei verschiedene Ebenen, die nicht zwingend voneinander abhängig sind, bzw. sich auch ohne das Vorhandensein der anderen entwickeln können. Jedoch stellen diese

einzelnen Gesundheitskompetenzgrade unseres Erachtens eine Unterstützung dar. Denn je ausgeprägter diese sind, desto mehr unterstützen sie die anderen Grade und können so zu einer Förderung der Gesundheitskompetenz beitragen. Überdies beinhaltet unser Verständnis Folgendes: Wenn eine der Ebenen sehr schwach ausgeprägt ist, die anderen beiden aber viel stärker, dann wirkt sich das auf die gesamte Gesundheitskompetenz aus und kann so einen Ausgleich schaffen. Wir sind der Meinung, dass auch jemand, der über geringe oder keine Lese- und Schreibfähigkeiten verfügt, über eine hohe Gesundheitskompetenz verfügen kann. Dies kann dann der Fall sein, wenn sich die Person für sie relevante Informationen beschaffen kann, diese in der Interaktion mit anderen Personen interpretiert sowie kritisch analysiert. Diese Funktionsgrade sind also im unterstützenden und ergänzenden Sinne voneinander abhängig.

Wenn wir nun die Definition von Kickbusch et al. (2005, zitiert nach Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 29) derjenigen von Nutbeam (2000, zitiert nach Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 28) gegenüberstellen, zeigt sich, dass beiden Auffassungen von Gesundheitskompetenz gemeinsam ist, dass verschiedene Ebenen enthalten sind. Dazu gehören grundlegende Fertigkeiten, die es dem Individuum erlauben, sich gesundheitsspezifisches Wissen anzueignen und sich mit anderen darüber auszutauschen. Auch eine kritische Auseinandersetzung mit den Informationen, welche in politisches Handeln übergehen kann, beinhalten beide Definitionen. Verknüpft man das Verständnis von Nutbeam (2000, zitiert nach Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 28) und Kickbusch et al. (2005, zitiert nach Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 29) mit der Begriffsbestimmung des BAG (n.d.), so gelangt man zu Folgendem: Gesundheitskompetenz beinhaltet all jene Fähigkeiten, die es der Person ermöglichen, sich im Alltag Gesundheitsinformationen zu beschaffen und diese dahingehend anzuwenden, dass sie sich positiv auf die Gesundheit auswirken. So kann eine Person selbstbestimmt handeln und ihre Entscheidung frei treffen.

Im Folgenden werden wir uns auf den soeben aufgeführten Zusammenschluss der drei Definitionen stützen.

Da bei den Definitionen vom BAG (n.d.) und von Kickbusch et al. (2005, zitiert nach Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 29) nicht konkret darauf eingegangen wird, ob sich Entscheidungen auf alle drei Ebenen (physisch, psychisch, sozial) positiv auswirken müssen, möchten wir darauf hinweisen, dass wir unter Gesundheitskompetenz zusätzlich Folgendes verstehen: Ein Individuum kann eine der drei Ebenen (physisch, psychisch, sozial) stärker gewichten und

somit negative Folgen auf andere Ebenen in Kauf nehmen, sofern diese Entscheidung positive Auswirkungen auf das allgemeine Wohlbefinden hat. Voraussetzung ist jedoch, dass dieser Beschluss auf gesammelten Informationen beruht, welche reflektiert wurden. Des Weiteren müssen alle positiven wie auch negativen Auswirkungen bedacht werden, damit der Entscheid bewusst getroffen werden kann.

Zum besseren Verständnis wird ein Beispiel angeführt. Gelegenheitsrauchen: Viele Menschen nehmen die negativen Folgen des Rauchens auf den eigenen Körper – auf die physische Ebene – in Kauf. Dies aufgrund der positiven Auswirkungen auf das Sozialleben, da viele Kontakte durch das Rauchen geschlossen werden/wurden. Gleichzeitig kann der Zigarettenkonsum eine entspannende Wirkung mit sich bringen, die das psychische Wohlbefinden steigert.

4.2.1 Gesundheitskompetenzdeterminanten

Es gibt verschiedene Faktoren, welche die Gesundheitskompetenz beeinflussen. Dazu gehören unter anderem das Einkommen sowie der soziale Status, soziale Netze, (Aus-)Bildung, Teilnahme am Arbeitsmarkt sowie Arbeitsbedingungen. Des Weiteren werden auch die soziale und physische Lebenswelt, Bewältigungsstrategien und die frühkindliche Entwicklung dazugezählt. Zu guter Letzt spielt aber auch das kulturelle Umfeld sowie das Geschlecht eine determinierende Rolle. (Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 32) Dies zeigt sich gemäss Rödiger und Stutz Steiger (2009) beispielsweise darin, dass Frauen im Durchschnitt ein anderes Gesundheitsverhalten zeigen als Männer, indem sie Symptome eher wahrnehmen und sich schneller Rat einholen. Des Weiteren wird erwähnt, dass Personen mit Migrationshintergrund meist eine geringere Gesundheitskompetenz aufweisen, jedenfalls dann, wenn sie nicht über ausreichende Kenntnisse in der Sprache der neuen Heimat verfügen oder das Gesundheitssystem nicht gut kennen. Auch ein geringes Einkommen kann das Gesundheitsverhalten negativ beeinflussen, indem Betroffene mit einem Arztbesuch länger warten, da sie die Rechnung nicht bezahlen können. Ein weiterer Faktor, der zu berücksichtigen ist, stellt die schulische Bildung dar. Auch das Leseverständnis und die Fähigkeit, sich im Internet Informationen einzuholen, beeinflussen das Gesundheitsverhalten. (Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 35-37)

4.2.2 Gesundheitskompetenzstärkung

Gesundheitskompetenzstärkung kann, wie aus den obigen Erläuterungen deutlich wurde, als Teil der Gesundheitsförderung angesehen werden und zwar auf der individuellen Ebene der Klientel. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz wird durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten

erreicht. (WHO-Regionalbüro für Europa, 1986, S. 1-4) Zum Ziel hat sie das selbstbestimmte und reflektierte Handeln der Klientel, was ihnen dazu verhilft, Entscheide frei treffen zu können (Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 28-29).

Gemäss Abel, Kolip und Wydler (2010) hat das Salutogenesemodell von Antonovsky, welches wir im nächsten Kapitel veranschaulichen, einen Anknüpfungspunkt für die theoretische Verankerung der Gesundheitsförderung geschaffen (S. 12-13). Das Salutogenesemodell basiert unseres Erachtens auf der obengenannten Komponente der Gesundheitsförderung auf der individuellen Ebene der Klientel – also auf ihrer Gesundheitskompetenz. Aus diesem Grund werden wir nun genauer auf dieses Modell eingehen. Zudem soll es als Illustration dienen, wie Gesundheitskompetenzstärkung erreicht werden kann.

4.3 *Salutogenese*

Abel et al. (2010) weisen darauf hin, dass die Publikationen von Aaron Antonovsky, dem Begründer des Salutogenesemodells, ein theoretisches Fundament für das Gesundheitsförderungskonzept der Ottawa-Charta der WHO bilden (S. 12-13). Laut Abel et al. ist dies aus folgenden Gründen, welche Parallelen zur Ottawa-Charta aufzeigen, der Fall: Der Blick bei der Salutogenese wird auf schützende und unterstützende Faktoren in Bezug auf die Gesundheit geworfen; Antonovsky geht von einem bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit aus (physische, psychische und soziale Ebene) und das Salutogenesemodell hat zum Ziel, das Individuum zu befähigen, um einen erfolgreichen Umgang mit Belastungen des menschlichen Daseins zu finden. (Abel et al., 2010, S. 12-13)

Antonovsky versucht mit seinem Salutogenesemodell den Fragen „Wann bleibt jemand gesund?“, „Wie verarbeitet das Individuum Spannungszustände und bleibt dabei gesund?“ und „Wie lassen sich die Mechanismen einer gesunden Verarbeitung stärken?“ (Schneider, 2010, S. 21) auf den Grund zu gehen. Er weicht dabei von der vorherrschenden pathogenetischen Sichtweise ab, welche zwei voneinander abgrenzbare Zustände von Gesundheit und Krankheit unterscheidet – kurz: man ist gesund oder man ist krank. Das Modell der Pathogenese fragt danach, was Menschen krank macht und begreift Krankheit als Abwesenheit von Gesundheit. (Lorenz, 2004, S. 29-31) Dabei geht das pathogenetische Modell von der Homöostase aus; das heisst, der Mensch lebt in einer inneren sowie äusseren Stabilität, in der sich nichts verändert und dies ist der eigentliche Normalzustand. Krankheit wird nur als ein unglückliches Zusammentreffen von bestimmten Faktoren bezeichnet. Das bedeutet schliesslich,

dass die Gesundheit eines Menschen garantiert ist, sobald man aus pathogenetischer Sicht die krankmachenden Faktoren entfernt. (Schneider, 2010, S. 22) Das salutogenetische Modell hingegen versteht Gesundheit und Krankheit als Kontinuum, auf welchem wir uns während unseres ganzen Lebens zwischen diesen beiden Polen hin und her bewegen. Krankheit und Tod werden dabei als unentbehrliche Bestandteile des Lebens angesehen. (Lorenz, 2004, S. 29-31) Es wird also – anders als bei der Pathogenese – von einer Heterostase, das heisst einem Ungleichgewicht, ausgegangen, in dem sich der Mensch in einer fehlenden Stabilität bewegt (Schneider, 2010, S. 22). Krankheit zeichnet sich im Salutogenesemodell als eine der denkbaren Verarbeitungsmöglichkeiten im Umgang mit den Herausforderungen des Lebens ab. Gesundheit hingegen ist das Ergebnis einer aktiven Auseinandersetzung der Person mit ihren inneren Bedürfnissen und den äusseren Anforderungen. (Lorenz, 2004, S. 29-31) Es zeigt sich folglich, dass ein Individuum je nachdem, wie es mit inneren und äusseren Stressoren umgehen kann, gesünder oder kränker wird. Antonovsky verbildlicht das Pathogenese- sowie das Salutogenesemodell folgendermassen:

Wir alle befinden uns „in verschiedenen Flüssen, deren Strömungen und Strudel oder andere Gefahrenquellen variieren; niemand befindet sich jemals am sicheren Ufer“ (Antonovsky, 1993, zitiert nach Abel et al., 2010, S. 22). Dieses Sinnbild des Flusses stellt das Leben eines Menschen dar. Aus salutogenetischer Sicht meint gesund zu bleiben in dieser Metapher, ein guter Schwimmer zu werden um diesen Gefahrenquellen entgegentreten zu können (Abel et al., 2010, S. 22). In der Pathogenese hingegen wird dem Menschen gemäss Köppel (2003) beim Aufstehen geholfen um nicht zu ertrinken. Dabei fehlt jedoch die präventive Wirkung, die ein erneutes Umfallen im Fluss verhindern würde. Demnach versucht man in der Pathogenese die Menschen reaktiv zu retten. (Köppel, 2003, S. 17) Ferner schuf Antonovsky die Metapher des Skifahrers, gemäss der wir alle eine lange Skipiste herunterfahren „an deren Ende ein unumgänglicher und unendlicher Abgrund ist“ (Antonovsky, 1993, zitiert nach Lorenz, 2004, S. 14). Die Pathogenese setzt sich bei diesem Beispiel vor allem mit diesen Personen auseinander, die an einen Felsen oder Baum gefahren sind, in eine Gletscherspalte fielen oder mit einem anderen Skifahrer kollidierten. Dabei versucht sie die Menschen davon zu überzeugen, gar nicht mehr Ski zu fahren, da dies am sichersten sei. Die Salutogenese hingegen beschäftigt sich damit, wie die Skipiste sicherer aufgearbeitet und wie die Menschen zu guten Skifahrern gemacht werden können. (Antonovsky, 1993, zitiert nach Lorenz, 2004, S. 14) Es zeigt sich also, dass die Absicht des pathogenetischen Modells in der Symptombekämpfung liegt, während die Salutogenese eine Ursachenbekämpfung und somit eine Befähigung des

Individuums zum Ziel hat. Somit kann sich das Individuum dem positiven Pol des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums annähern.

Die zentralen Unterschiede dieser beiden Modelle beschreibt Köppel (2003) kurz und knapp mit folgenden Punkten:

Pathogenetisches Modell	Salutogenetisches Modell
Man ist entweder krank oder gesund	Kontinuum von Gesundheit und Krankheit
Monodisziplinärer Ansatz	Multidisziplinärer Ansatz
„Krankheit“ als zentraler Aspekt	„Gesundheit“ als zentraler Aspekt
Schaffung und Förderung einer Abhängigkeit der Menschen aufgrund der Symptombekämpfung	Ganzheitliche Betrachtung des Menschen, Förderung von Autonomie und Partizipation der Menschen aufgrund der Ursachenbekämpfung
Ziel: kurzfristige Intervention	Ziel: Selbständigkeit erlangen
Defizitorientierung	Ressourcenorientierung
Zielgruppe sind „Kranke“	Zielgruppe sind „Gesunde“ und „Kranke“

(Köppel, 2003, S. 26)

Bei dieser Gegenüberstellung zeigt sich, dass die salutogenetische Sichtweise besser auf die Soziale Arbeit übertragen werden kann als die Pathogenetische. Im pathogenetischen Modell liegt für die Soziale Arbeit bereits aufgrund des monodisziplinären Ansatzes – das heisst, dass hier lediglich die Medizin zum Zuge kommt – keine Zuständigkeit vor. Beim Salutogenetischen hingegen sind verschiedene Berufsfelder tätig. Weiter geht die Soziale Arbeit von einer Ressourcenorientierung aus, bei welcher sie präventiv sowie reaktiv handelt. Die Zielgruppe der Sozialen Arbeit umfasst also ebenfalls Menschen, bei welchen die Professionellen im Vorfeld dafür sorgen, dass eine Inanspruchnahme aufgrund der Befähigung nicht erfolgen muss oder Personen, welche in Zukunft gegebenenfalls Unterstützung in Anspruch nehmen werden (vergleichend: die „Gesunden“). Überdies gehören zur Zielgruppe der Sozialen Arbeit solche Menschen, die bereits betroffen sind und bei denen Unterstützung notwendig ist (vergleichend: die „Kranken“). Schliesslich ist auch der Ansatz der Förderung von Autonomie und Partizipation, die Betrachtung des Menschen als Ganzes und das Ziel der langfristigen Adaption, d.h. dem Weg zur Selbstständigkeit, in der Sozialen Arbeit verankert.

Um nun genauer verstehen zu können, welche Kerninhalte die Salutogenese beinhaltet, stellen wir im Folgenden die wichtigsten Merkmale dar, welche wir in diesem sehr komplexen Modell als relevant erachten. Damit möchten wir aufzeigen, weshalb auf diesen Ansatz in der Sozialen Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, zurückgegriffen werden kann.

Hauptdeterminanten des Modells von Antonovsky sind der *Kohärenzsinn / Kohärenzgefühl* (sense of coherence SOC), *Stressoren*, *Spannungszustände*, *generalisierte Widerstandsressourcen* und das *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum* (Köppel, 2003, S. 18). Gemäss Schneider (2010) geht Antonovsky davon aus, dass Menschen immer Stressoren, also äusseren Einflüssen und Herausforderungen, ausgesetzt sind. Diese versetzen den Menschen in einen physiologischen Spannungszustand, der körperlich und seelisch bewältigt werden muss. Wenn dieses Unterfangen erfolgreich ist, dann stärkt das Erleben den „sense of coherence“ (SOC). Wenn die Bewältigung (coping) aber misslingt, entsteht Stress, der jedoch nicht zwangsläufig krankmachend sein muss. Denn ob Ressourcen geweckt werden können, hängt von zweierlei ab; erstens ob die betreffende Person bereits über einen hohen „sense of coherence“ verfügt und zweitens, ob zum auftretenden Stress zusätzlich andere schwächende Faktoren (bereits bestehende Krankheit, äussere Nöte) vorliegen. (Schneider, 2010, S. 22-23) In diesem Zusammenhang tauchen auch die „generalisierten Widerstandsquellen“ auf. Diese umfassen die Ressourcen und die Defizite, die einem helfen mit allen Stressoren umzugehen oder aber einen dabei hemmen (Schneider, 2010, S. 23). Diese generalisierten Widerstandsquellen befinden sich, wie auch der Kohärenzsinn, auf einem Kontinuum, bei welchem die Defizite auf der schwächenden Seite und die Ressourcen auf der stärkenden Seite liegen. Zu den generalisierten Widerstandsquellen zählen individuelle (physische Merkmale, Intelligenz, Bewältigungsstrategien), soziale und kulturelle (soziale Unterstützung, finanzielle Ressourcen, kulturelle Stabilität) Faktoren. (Eichler, 2008, S. 39) Diese werden aus einem soziokulturellen Kontext hauptsächlich im Laufe der Kindheit und Jugend gebildet und können bis ca. zum 30. Lebensjahr modifiziert werden. Zu diesem Zeitpunkt sind sie mehr oder weniger voll entwickelt und bleiben dann relativ stabil. Jedoch können einschneidende Veränderungen (bspw. Neubeginn einer tragfähigen Beziehung, ein vielversprechendes Arbeitsfeld), also Modifikationen, die Kontinuität versprechen, im mittleren Lebensalter Wandlungsprozesse zur stärkenden Seite hin bewirken. (Lorenz, 2004, S. 49-51) Die generalisierten Widerstandsressourcen stellen alle vorhandenen Fähigkeiten des Menschen dar, welche ihm helfen, Anforderungen bzw. Stressoren zu bewältigen. Diese Ressourcen unterstützen das Individuum unter anderem dabei, die

Reize der eigenen Umwelt sinnvoll zu interpretieren. Antonovsky nannte diese Komponente das *Gefühl der Verstehbarkeit* (sense of comprehensibility). (Schneider, 2010, S. 23; Köppel, 2003, S. 20) Die Verstehbarkeit meint die Möglichkeit der kognitiven Einordnung der Stressoren in den Lebenskontext sowie das Strukturieren, Einordnen und die gewinnbringende Umsetzung von Informationen (Köppel, 2003, S. 18). Zum Gefühl den Stressor verstanden zu haben, muss der Faktor des instrumentellen Vertrauens, das *Machbarkeitsgefühl* (sense of manageability), hinzukommen, welches auch durch die generalisierten Widerstandsressourcen unterstützt wird (Schneider, 2010, S. 23). Dieses zeichnet sich durch die bewusste Abschätzung der verfügbaren Bewältigungsressourcen, welche es der betroffenen Person ermöglichen, ihre Autonomie zu wahren, aus. Dabei spielt das Selbstbild und die Frage, ob sich jemand als Opfer des eigenen Schicksals oder als Akteur des eigenen Lebens sieht, eine wichtige Rolle. Weiter gehört dazu auch die Frage, ob die Person Belastungen als Herausforderung, die es zu bewältigen gilt, ansieht. (Köppel, 2003, S. 18) Als letzten Faktor, der wiederum durch die Widerstandsressourcen unterstützt wird, zählt Antonovsky die Motiviertheit, den Stressor bewältigen zu wollen – das *Bedeutsamkeitsgefühl* (sense of meaningfulness) (Schneider, 2010, S. 23). Diese letzte Komponente charakterisiert sich als die individuelle emotionale Bedeutung, die es für die betroffene Person lohnenswert macht, sich für die Bewältigung der Reize und Stressoren einzusetzen und Bewältigungsressourcen zu mobilisieren (Köppel, 2003, S. 18). Diese drei Komponenten (Verstehbarkeit, Machbarkeit, Bedeutsamkeit), welche durch die generalisierten Widerstandsquellen unterstützt werden, bilden den Kohärenzsinn. Zusammengefasst bedeutet das, dass der Kohärenzsinn ein kontinuierliches, dynamisches Gefühl des Vertrauens in das Leben und die eigenen Handlungs- und Bewältigungsfähigkeiten ist. (Köppel, 2003, S. 18)

Köppel (2003) betont, dass die Tendenz zur Gesundheit umso höher ist, je ausgeprägter der Kohärenzsinn ist. Jedoch betont sie, dass der Kohärenzsinn nicht zwangsläufig in allen Situationen notwendig ist. Er ist in bestimmten Lebensbereichen wie beispielsweise in emotionalen Angelegenheiten, in interpersonellen Beziehungen und in existenziellen Fragen wichtig. (Köppel, 2003, S. 18) Und wie weiter oben bereits beschrieben, sieht Antonovsky Gesundheit und Krankheit als zwei zusammenhängende Komponenten, als zwei Pole eines Kontinuums, auf dem sich das Individuum lebenslänglich hin und her bewegt. Ob sich das Individuum eher auf der Seite der Gesundheit oder der Seite der Krankheit befindet, hängt – wie bereits von Köppel erwähnt – in grossem Masse von der Ausprägung des Kohärenzsinnes ab. (Köppel, 2003, S. 18; Lorenz, 2004, S. 29-31) Dies konnte auch in einer Studie mit Jugendlichen von

Höfer und Straus (2010) bestätigt werden. Sie halten fest, dass „je stärker das gemessene Kohärenzgefühl ist, desto weniger psychosomatische Stresssymptome und auch psychische Belastungswerte nennen die Jugendlichen. Dieser Zusammenhang zeigt sich bei Männern und Frauen gleichermaßen.“ (Höfer & Straus, 2010, S. 117-118). Für die Messung des Kohärenzgefühls entwickelte Antonovsky einen Fragebogen (Geyer, 2010, S. 72). Auf diesen werden wir aber nicht genauer eingehen, da die Messung des „sense of coherence“ für die vorliegende Arbeit nicht von Relevanz ist. Vielmehr beschäftigen wir uns damit, wie die Menschen in ihren vorhandenen Widerstandsressourcen sowie in ihrem Kohärenzsinn unterstützt und bestärkt werden können. Dies wird im Kapitel 4.7 *Stärkung der Gesundheitskompetenz durch transkulturelle Kompetenz* genauer thematisiert.

Die folgende Grafik zeigt auf, dass das Kohärenzgefühl die Einschätzung von Anforderungen und Belastungen beeinflusst, was zu einem Spannungszustand führt. Dieser Spannungszustand fördert, bzw. behindert die Einschätzung von Bewältigungsmöglichkeiten und führt schliesslich zum Bewältigungsverhalten. Dabei wird das Kohärenzgefühl gestärkt, bzw. geschwächt – je nachdem, ob die Bewältigung erfolgreich war oder misslang.

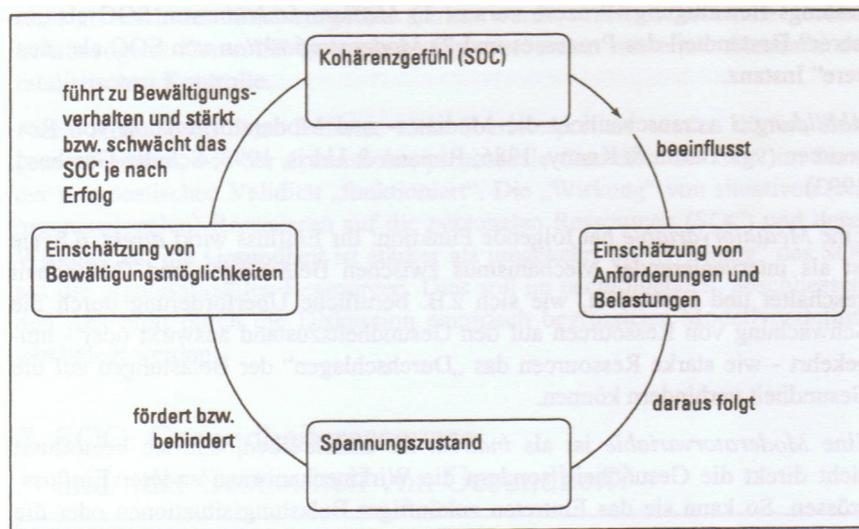


Abb. 4: Funktion von SOC im salutogenetischen Prozess

In diesem Zusammenhang unterscheidet Antonovsky laut Schneider (2010) verschiedene Bewertungsstufen. Wir gehen im Folgenden aber lediglich auf die ersten beiden ein, da diese den Umgang mit Stressoren verdeutlichen.

Gemäss Schneider (2010) bewerten Menschen mit einem hohen „sense of coherence“ bei der primären Bewertungsstufe I bestimmte Reize/Stressoren als neutral. Zugleich erleben Personen mit einem niedrigen „sense of coherence“ ein Signal von Spannung (Grafik: zwischen

„Kohärenzgefühl (SOC)“ und „Einschätzung von Anforderungen und Belastungen“). Auf der primären Bewertungsstufe II kann die Person mit hohem SOC entscheiden, ob der Reiz für sie bedrohlich, günstig oder irrelevant ist (Grafik: zwischen „Einschätzung von Anforderungen und Belastungen“ und „Spannungszustand“). Ist die Wahrnehmung des Stressors günstig oder irrelevant, dann muss die Person nicht handeln, da sie weiss, dass die Anspannung vorbeigehen wird (Grafik: zwischen „Spannungszustand“ und „Bewältigungsverhalten“). Wird der Stressor als bedrohlich wahrgenommen, wird dieser Mensch eher eine situationsgerechte und zielgerichtete Haltung zeigen und so kann er angemessen handeln (Grafik: zwischen „Spannungszustand“, „Einschätzung von Bewältigungsmöglichkeiten“ und „Bewältigungsverhalten“). Personen mit niedrigem „sense of coherence“ geraten jedoch bereits bei der primären Bewertungsstufe II in Verwirrung und können die Herausforderung des Stressors für sich nicht mehr bewerten (Grafik: zwischen „Spannungszustand“ und „Einschätzung von Bewältigungsmöglichkeiten“). Folglich reagieren sie mit diffusen und schwer zu regulierenden Gefühlen, was ein zielgerichtetes Handeln verunmöglicht (Grafik: zwischen „Einschätzung von Bewältigungsmöglichkeiten“ und „Bewältigungsverhalten“). (Schneider, 2010, S. 28)

Diese Erläuterungen zum Umgang mit Stressoren können in der Sozialen Arbeit bei Klientinnen und Klienten als Hintergrundwissen nützlich sein, um sie bei den drei Komponenten der Verstehbarkeit, der Machbarkeit und der Bedeutsamkeit zu unterstützen. Denn gemäss Bengel (2001) ist es wichtig, Menschen in schwierigen oder krisenhaften Lebenssituationen – in unserem Fall Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind – professionell zu begleiten. Diese Unterstützung dient dazu, ein kurzfristiges Absinken des Kohärenzsinner zu vermeiden, was die Bewältigung der Situation andernfalls zusätzlich erschwert. (Bengel, 2001, zitiert nach Köppel, 2003, S. 20) Da bei unserer Zielgruppe zusätzlich noch der Faktor der Migration hinzukommt, kann somit ein weiterer Stressor – wie in den Kapiteln *3.1.2 Migration als kritisches Lebensereignis* und *3.1.3 Akkulturation und Stress* beschrieben – auf die Frauen einwirken. Auf die Migration in Relation mit der Gesundheitskompetenz wird im folgenden Kapitel genauer eingegangen.

4.4 Migration und Gesundheitskompetenz

Im ersten Gesundheitsmonitoring der Schweizerischen Migrationsbevölkerung konnte 2006 belegt werden, dass eine deutliche gesundheitliche Ungleichheit nach Herkunftsland besteht (GMM, zitiert nach Besic & Bisegger, 2009, S. 180; Rommel et al., zitiert nach Besic & Bisegger, 2009, S. 180). So kann die gesundheitliche Situation von gut ausgebildeten mittel-

und nordeuropäischen Migrantinnen und Migranten durchaus mit derjenigen von Schweizerinnen und Schweizern verglichen werden (Besic & Bisegger, 2009, S. 180-181). Deshalb wird im Nachfolgenden insbesondere die Migrationsbevölkerung aus Südeuropa, aus Ländern des ehemaligen Jugoslawiens sowie zunehmend auch aus Afrika, Lateinamerika und Asien fokussiert, da diese Gruppe gemäss Besic und Bisegger (2009) mehr sozioökonomischen Nachteilen ausgesetzt ist (S. 180-181). Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozioökonomischem Status konnte unter anderem im Nationalen Schweizer Gesundheitsbericht von 2009 belegt werden. So haben Menschen mit einem hohen Bildungsniveau eine vier bis sieben Jahre höhere Lebenserwartung als wenig ausgebildete Personen. Ausserdem geben einkommensschwache Menschen mit einem tiefen Bildungsniveau viel häufiger als wohlhabende, gut ausgebildete Personen an, eine mittelmässige bis sehr schlechte Gesundheit zu haben. (Meyer, 2009, zitiert nach Besic & Bisegger, 2009, S. 180-181)

Weiter ist gemäss Domenig (2001) das soziale Wohlbefinden bei Migrantinnen und Migranten aus den genannten Herkunftsregionen oft durch hohe Belastungen in verschiedenen Bereichen vermindert. Dabei werden spezifische Migrationsstressoren deutlich, die das Auftreten von Krankheiten begünstigen. (Domenig, 2001, S. 22-23) Dazu gehören gemäss Besic und Bisegger und Domenig (2009; 2001) lebensbedrohende Umstände, traumatisierende Erfahrungen (Krieg, Folter, Flucht), unsicherer Aufenthaltsstatus und erzwungene Remigration oder Remigrationsdruck bzw. Ausweisungsdrohung oder auch unsichere, gesundheitsschädigende oder gefährliche Arbeitsverhältnisse. Zudem verlieren ihre mitgebrachten Bildungsressourcen im Aufnahmeland oft an Wert, indem beispielsweise akademische Abschlüsse nicht anerkannt werden oder hohe Zugangsbarrieren wie Sprachkenntnisse und ein bestimmter Aufenthaltsstatus in Stellenangeboten verlangt werden. (Besic & Bisegger, 2009, S. 181-182; Domenig, 2001, S. 22-23) So stehen die Personen vor einer ungewissen Zukunft und Ohnmachts-Anomie-Lebensgefühlen, worunter Ohnmachtsgefühle bezüglich dem Zustand mangelhafter gesellschaftlicher Integration verstanden werden. Diese können mit Identitätskrisen verbunden sein. (Domenig, 2001, S. 22-23) Derweilen verändert sich auch der Zugang zum sozialen Netz, welches sogar zur Belastung werden kann, wenn die Familie im Herkunftsland finanziell unterstützt werden muss. Die Verluste früherer Beziehungen, die zuerst verarbeitet werden müssen, wirken ebenfalls als Migrationsstressoren durch Entwurzelungserlebnisse, Trennungsphasen von Bezugspersonen, Verlustgefühle und innerfamiliäre Zerreisproben. Weiter stellen Rollenverluste und -diffusionen sowie Generationenkonflikte innerhalb der zugewanderten Familie Stressoren dar. (Besic & Bisegger, 2009, S. 181-182; Domenig, 2001,

S. 22-23) Im Aufnahmeland können zusätzlich Migrationsstressoren wie Diskriminierung und Gewaltandrohungen, finanzielle Krisen, problematische Wohnsituationen und allenfalls Behördenwillkür auf die Personen einwirken. Hinzu kommt der Umstand, dass Vorstellungen über Gesundheit im Herkunftsland nicht mit denjenigen aus dem Aufnahmeland übereinstimmen und sich die Migrantinnen und Migranten folglich neu orientieren müssen, um sich im Gesundheitssystem der neuen Heimat zurechtfinden zu können. (Besic & Bisegger, 2009, S. 181-182; Domenig, 2001, S. 22-23)

Erst ein stufenweiser Abbau dieser Migrationsstressoren ermöglicht den Migrantinnen und Migranten einen uneingeschränkten Zugang zu allen gesellschaftlichen Bereichen – insbesondere zu Institutionen der Gesundheitsversorgung – und somit die Kontrolle über ihren Gesundheitszustand. (Domenig, 2001, S. 23)

Aus den oben genannten Gründen erstaunt es nicht, dass Migrantinnen und Migranten eine Bevölkerungsgruppe darstellen, die in der Entwicklung sowie Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit besonders gefährdet sind² (Illés & Abel, 2002, S. 82-86) und in der Befähigung zu selbstbestimmtem Entscheiden und Handeln in Bezug auf ihre Gesundheit unterstützt werden müssen. Je nach Ausmass dieser Stressoren und den vorhandenen Coping-Strategien seitens der Migrantinnen und Migranten ist folglich eine Stärkung ihrer individuellen Gesundheitskompetenz erforderlich.

In einem weiteren Schritt stellen wir nun Methoden und Konzepte der Sozialen Arbeit dar, die in einem professionellen Umgang der Sozialarbeitenden neben des Salutogenesemodells konkret zu einer Gesundheitskompetenzstärkung beitragen können.

² Weitere Risikogruppen sind Kinder und Jugendliche, Menschen niedriger sozioökonomischer Schichtzugehörigkeit, Arbeitslose, Alleinerziehende Eltern (insbesondere Mütter), ältere Menschen, Sozial randständige und sozial isolierte Personen, Menschen in akuten Krisen, Angehörige psychisch kranker Menschen sowie junge Familien (insbesondere Mütter mit Kleinkindern). (Illés & Abel, 2002, S. 82)

4.5 Methoden und Konzepte, die in der Sozialen Arbeit zur Gesundheitskompetenzstärkung beitragen können

Im Nachfolgenden werden wir die Methoden der klientenzentrierten Beratung und des Case Managements sowie das Konzept des Empowerments darstellen, da diese drei Methoden/Konzepte von Köppel (2003) als hilfreich für die Gesundheitsförderung erachtet werden. Dies soll dazu dienen, die Gesundheitskompetenz von Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, in einem professionellen transkulturellen Umgang mit sozialarbeiterischen Methoden und Konzepten zu stärken.

4.5.1 Klientenzentrierte Beratung

Der Amerikaner Carl R. Rogers entwickelte die Methode der klientenzentrierten Beratung, welche zu den Beratungsansätzen zählt, die aus dem Bereich der psychotherapeutischen Methoden stammen. Diese haben nebst dem therapeutischen Bereich eine weite Verbreitung gefunden – so auch in der Sozialen Arbeit. Dabei war insbesondere in der Sozialen Arbeit eine gewisse Nähe zu bestimmten Ansätzen der sozialen Einzelfallhilfe für eine Verankerung dieser Methode förderlich. (Galuske, 2009, S. 176) Gemäss Köppel (2003) gründet eine wirksame Beratung nach der klientenzentrierten Beratung auf einer eindeutig strukturierten und gewährenden Beziehung zwischen Sozialarbeitendem und Klienten. Diese Beziehung ermöglicht der Klientin oder dem Klienten eine eingehende Beschäftigung mit sich selbst, was ihr oder ihm die Möglichkeit eröffnet, aufgrund der aus der Auseinandersetzung gezogenen Erkenntnisse positive Schritte bezüglich ihrer oder seiner Situation einzuleiten. Rogers geht davon aus, dass jeder Mensch eine Tendenz zur Selbstverwirklichung hat, die bei negativen Einflüssen gestört wird oder aber völlig zum Stillstand gebracht werden kann. Ziel der Beratung ist es nun, den Klienten wieder zu befähigen aus seinen Ressourcen zu schöpfen. (Köppel, 2003, S. 32)

Bei der Methode der klientenzentrierten Beratung wird die Klientin oder der Klient und nicht ihr oder sein Problem in den Mittelpunkt gestellt. Das heisst, die Klientin oder der Klient bestimmt den Verlauf und die Interventionsinhalte, je nachdem wo sie oder er Handlungsbedarf sieht. Es handelt sich hierbei also um eine non-direktive Methode. Um nach dieser Methode vorgehen zu können sind Empathie, vorbedingungsfreies Akzeptieren und Kongruenz von essentieller Bedeutung. Die empathische Haltung dient bei der klientenzentrierten Beratung dazu, dass die aktuelle emotionale Verfassung des Klienten wahrgenommen und gespiegelt wird. Die Klientin oder der Klient wird so mit all ihren oder seinen Stärken und Defiziten

angenommen und akzeptiert, was zu einer vorbedingungsfreien Akzeptanz des Gegenübers führt. So kann sich die Person öffnen und ihre Selbstverwirklichungstendenz leben. Bei der Kongruenz geht es schliesslich darum, dass der Sozialarbeitende die geforderten Haltungen gegenüber dem Klienten nicht nur „professionell“ annimmt, sondern sich diese so verinnerlicht, dass er sie tatsächlich lebt – die äussere und innere Haltung müssen somit übereinstimmen. (Köppel, 2003, S. 32-33)

Gemäss Köppel (2003) ist die Methode der klientenzentrierten Beratung bei der Gesundheitsförderung und insbesondere bei der Gesundheitskompetenzstärkung von zentraler Bedeutung. Dies führt Köppel darauf zurück, dass durch die Minimierung des Gefälles zwischen Beratern und Klientel die Voraussetzung für eine grösstmögliche Zustimmung seitens der Klientel erreicht wird. Zudem können die Klientinnen und Klienten ihre eigene Gesundheit in sehr positiver Weise dadurch beeinflussen, dass sie „Experten in eigener Sache“ sind. Notwendig dazu ist die Information und Beratung, welche zwangsläufig bei der Klientin oder dem Klienten ansetzen muss und den Menschen dort abholt, wo er steht. Gleichzeitig wird dadurch ein Stärkungsprozess angeregt, der zum Konzept des Empowerments gehört. (Köppel, 2003, S. 33)

4.5.2 Empowerment

Das Ziel des Empowerments ist es, eine mögliche Defizitorientierung durch eine Ressourcenorientierung zu ersetzen. Hierbei handelt es sich um einen Prozess, der Menschen dazu ermutigt, ihre persönlichen Anliegen selbstbestimmt zu bearbeiten und eigene Lösungs- und Bewältigungsstrategien zu verfolgen sowie diesen Strategien zu vertrauen. (Köppel, 2003, S. 34)

Empowermentprozesse werden gemäss Köppel (2003) immer auf einer individuellen Ebene, einer Gruppenebene, bspw. durch Selbsthilfegruppen und durch die strukturell-organisatorische Ebene vollzogen. In der Gesundheitsförderung, welche die individuelle Gesundheitskompetenzstärkung sowie die Förderung von grundlegenden Bedingungen und fundamentalen Aspekten beinhaltet, muss so der Klientel und den Akteuren des Gesundheitswesens Folgendes vermittelt werden: das Wissen und das Vertrauen, dass jeder Mensch, unabhängig seines sozialen Status oder seines Bildungsstandes in der Lage ist, gesundheitsfördernde Massnahmen in sein Leben zu integrieren. So kann er aktiv etwas zur eigenen Gesundheit beitragen. Durch Informationsbereitstellung, Schulung und Beratung kann eine

gezielte Klientenedukation erreicht werden. Dies funktioniert am besten mit Autonomieübertragung und Partizipation. (Köppel, 2003, S. 34)

4.5.3 Case Management

Das Case Management verfolgt gemäss Köppel (2003) das Ziel der Förderung der Fähigkeiten der Klientel zur Wahrnehmung sozialer Dienstleistungen und die Verknüpfung professioneller, sozialer und persönlicher Ressourcen. So kann die höchstmögliche Effizienz im Hilfeprozess erreicht werden. Bei dieser Methode ist der Casemanager für einen gesamten Fall verantwortlich und übernimmt die Funktion eines Koordinators. Der Prozess zeichnet sich durch verschiedene Phasen aus. Die Assessmentphase schätzt die aktuelle Situation, die vorhandenen Ressourcen und die individuellen Bedürfnisse der Klientel ein. In der zweiten Phase werden mit der Klientel Ziele vereinbart und ein Hilfeplan erarbeitet. Die Ziele können sich im Laufe der Intervention jedoch verändern oder gar wegfallen. Aus diesem Grund müssen diese jeweils evaluiert und angepasst werden. Die dritte Phase ist die eigentliche Intervention. Gefolgt wird diese von einer Kontrollphase sowie einer Auswertungs- und Evaluationsphase. (Köppel, 2003, S. 35)

In Bezug auf die Gesundheitsförderung kann diese Methode gemäss Köppel (2003) dabei hilfreich sein, die zunehmende Spezialisierung und die immer stärker zunehmende Vielfalt an Interventionsangeboten zu strukturieren und für die Klientinnen und Klienten überschaubarer zu machen. So kann das Case Management zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsförderung beitragen. (Köppel, 2003, S. 35)

4.6 Migration, häusliche Gewalt und Gesundheitskompetenz

In Kapitel 3.2.5 *Individuelle Auswirkungen der häuslichen Gewalt* wurde bereits aufgezeigt, dass Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, ihren psychischen und physischen Gesundheitszustand schlechter beurteilen als nicht betroffene Frauen (Gloor & Meier, 2010, S. 29-35). Auch die sekundäranalytische Studie aus Deutschland, welche die Gesundheits- und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund untersuchte, konnte dies bestätigen (BMFSFJ, 2009, S. 8-10). Laut dieser Untersuchung kann Gewalt mit schwerwiegenden Folgen für die Gesundheit der Betroffenen einhergehen. Dazu gehören sowohl unmittelbare Auswirkungen wie körperliche Verletzungen als auch längerfristige, mittelbare Folgen, wozu psychosomatische, körperliche und psychische Beschwerden gezählt werden. Es besteht folglich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Gewaltbetroffenheit im Laufe des

Lebens und der gesundheitlichen Situation der befragten Frauen. (BMFSFJ, 2012, S. 17) Aus diesen Gründen scheint es offensichtlich, dass es sich bei Betroffenen von häuslicher Gewalt um eine Gruppe von Menschen handelt, deren Gesundheit gefördert werden muss. Diese These wird auch durch die Weltgesundheitsorganisation gestützt. So steht in der Zusammenfassung des Weltberichtes zu Gewalt und Gesundheit (2003), dass weltweit insbesondere Frauen und Kinder immer häufiger vorsätzlicher Gewalt, was neben häuslicher Gewalt auch andere Formen von Gewalt umfasst, ausgesetzt sind. (WHO, 2003, S. 2) Die momentan vorherrschende Reaktion des Gesundheitssektors auf Gewalt kennzeichnet sich vor allem durch reaktive und therapeutische Massnahmen (WHO, 2003, S. 4). Laut Truninger (2010) kann eine adäquate Behandlung von Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, jedoch nur dann erfolgen, wenn Gewalt als mögliche Ursache der Verletzungen oder Krankheiten in Betracht gezogen wird, so dass die Behandlungen über eine Symptombekämpfung hinaus gehen können (S. 185). Hier wird deutlich, dass die Pathogenese in den Hintergrund rückt und zugleich die Salutogenese als „Ursachenbekämpfungsmittel“, welche wir im Kapitel 4.3 *Salutogenese* erläuterten, als neue Sichtweise vorherrschend wird. So können die betroffenen Frauen einerseits nachhaltiger unterstützt werden und andererseits wird das Gesundheitssystem dadurch entlastet, da die Folgen von Gewalt enorme Kosten generieren (WHO, 2003, S. 1). Es liegt folglich durchaus im Interesse vieler, die Gesundheit von Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, zu stärken. Ausserdem konnte gezeigt werden, dass es sich dabei um eine Gruppe handelt, deren Gesundheit oft bereits in Mitleidenschaft gezogen wurde und deren Stärkung folglich unabdingbar ist. Ausserdem gehen wir davon aus, dass bei vielen von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen – insbesondere bei Frauen mit südeuropäischem, asiatischem, lateinamerikanischem und afrikanischem Migrationshintergrund sowie Migrantinnen aus Ländern des ehemaligen Jugoslawiens – auch die Gesundheitskompetenz gestärkt werden muss. Man kann natürlich nicht davon ausgehen, dass jede Migrantin, die von häuslicher Gewalt betroffen ist, über eine tiefe Gesundheitskompetenz verfügt. Dennoch zeigen die oben aufgeführten Studien, dass viele Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, ihre Gesundheit subjektiv eher schlecht bewerten (Gloor & Meier, 2010, S. 29-35; BMFSFJ, 2009, S. 8-10). Dies lässt die Annahme zu, dass sie nicht über die Möglichkeiten und Bewältigungsstrategien verfügen, aus dieser Situation auszubrechen und Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken. Weiter leiten wir unsere Annahme, dass die Gesundheitskompetenz von Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, vermehrt gestärkt werden muss, aus Folgendem ab: Möglicherweise verfügen die Migrantinnen über mangelnde Kenntnisse des Gesundheitssystems im Aufnahmeland und bei fehlenden Kennt-

nissen der Landessprache kann die Informationsbeschaffung erschwert sein (Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 35-37). Wie in Kapitel 4.2.1 *Gesundheitskompetenzdeterminanten* bereits aufgezeigt wurde, sind dies Faktoren, die auf eine niedrigere Gesundheitskompetenz hindeuten können. Vor allem wenn die betroffenen Frauen durch den gewalttätigen Partner sozial isoliert werden, kann dies schwerwiegende Auswirkungen auf ihre Gesundheitskompetenz haben. Fehlen nämlich soziale Netze, kann die Frau nicht am Arbeitsmarkt teilnehmen und verfügt sie über eine mangelnde Ausbildung, so kann dies die Gesundheitskompetenz negativ beeinflussen (siehe auch Kapitel 4.2.1 *Gesundheitskompetenzdeterminanten*) (Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 32, 35-37). Gleich verhält es sich mit Bewältigungsstrategien und frühkindlichen Entwicklungen. Konnte eine Migrantin im Migrations- und Akkulturationsprozess Bewältigungsstrategien entwickeln, so kann dies wahrscheinlich zu einer höheren Gesundheitskompetenz beitragen. Konnte sie hingegen keine adäquaten Strategien aufbauen, kann dies hemmend wirken. In Kapitel 3.2.4.3.2 *Gewalterfahrung als Opfer und als Zeugin oder Zeuge in der Kindheit* wurde gezeigt, dass das Miterleben von häuslicher Gewalt in der Kindheit prägend für die Zukunft sein kann (EBG, 2008, S. 18). Des Weiteren kann es sein, dass Menschen während der Migration traumatische Situationen erleben, wenn sie beispielsweise aus Kriegsgebieten flüchten (Besic & Bisegger, 2009, S. 181-182; Domenig, 2001, S. 22-23; Domenig, 2007a, S. 177-178). Dies kann unseres Erachtens ebenfalls negative Folgen auf die Gesundheitskompetenz haben, wenn das Trauma beispielsweise zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung führt.

Aus all diesen Gründen scheint es offensichtlich, dass viele Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, einer Gesundheitskompetenzstärkung bedürfen. Wie wir im Kapitel 4.1 *Gesundheit und Soziale Arbeit* herausarbeiten konnten, liegt auch in der Sozialen Arbeit eine Zuständigkeit in der Gesundheitsförderung und somit in der Gesundheitskompetenzstärkung als Teilbereich der Gesundheitsförderung vor. Deshalb sind die Professionellen der Sozialen Arbeit dazu angehalten bei Klientinnen und Klienten, deren Gesundheitskompetenz geschwächt ist, zu intervenieren. Wie wir in diesem Kapitel aufzeigen konnten, ist eine verminderte Gesundheitskompetenz bei Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, sehr wahrscheinlich. Aus diesem Grund schätzen wir die in der Teilfrage genannte Notwendigkeit einer Stärkung vonseiten der Fachpersonen der Sozialen Arbeit als existent ein. Möglich ist die Gesundheitskompetenzstärkung unserer Zielgruppe grundsätzlich in allen Institutionen, in welchen Sozialarbeitende tätig sind, sofern diese Stärkung mit dem Auftrag der Institution übereinstimmt. Weiter zeigten wir in den Kapiteln 4.3 *Salutogenese* und 4.5 *Methoden und Konzepte, die in der Sozialen Arbeit zur Gesundheitskompetenzstärkung beitragen kön-*

nen auf, wie eine Stärkung von Migrantinnen erreicht werden kann. Dabei wurde gezeigt, dass einige Handlungsmöglichkeiten für Sozialarbeitende vorhanden sind, um die Gesundheitskompetenz der Migrantinnen zu stärken, was zur Beantwortung der Teilfragestellung führte. Ob diese Kompetenz nun durch transkulturell kompetente Fachpersonen gefördert werden kann, wird im nächsten Kapitel untersucht.

4.7 Stärkung der Gesundheitskompetenz durch transkulturelle Kompetenz

In den bisherigen Kapiteln wurden unter anderem die transkulturelle Kompetenz und die Stärkung der Gesundheitskompetenz durch die Salutogenese sowie andere Methoden und Konzepte der Sozialen Arbeit beleuchtet. Ob die transkulturelle Kompetenz bei der Gesundheitskompetenzstärkung mit Hilfe des Salutogenesemodells einen Beitrag leisten kann, möchten wir nun eingehend diskutieren.

Bei der transkulturellen Kompetenz ist es von essentieller Bedeutung, dass durch eine selbst-reflexive Haltung vorurteilsfrei auf die Klientel zugegangen wird (Domenig, 2007a, S. 174-176). Dies ist bei der Gesundheitskompetenzstärkung insofern wichtig, da die Gesundheit, wie im Kapitel 4 *Gesundheit und Gesundheitskompetenzstärkung* bereits erwähnt, von jeder Person subjektiv betrachtet wird. Transkulturell kompetente Fachpersonen ermöglichen der Klientel, ihre eigene Sicht der Gesundheit darzustellen.

Gemäss dem Salutogenesemodell spielt der Kohärenzsinn mit den Ebenen des Verstehbarkeits-Gefühls, des Machbarkeits-Gefühls und des Bedeutsamkeitsgefühls eine wichtige Rolle, um das Ziel des selbstbestimmten und reflektieren Handelns der Klientel zu erreichen. Um diese drei Ebenen erfassen zu können, sind die drei Säulen der transkulturellen Kompetenz sehr hilfreich. Einerseits wird mit Hilfe der narrativen Empathie versucht, sich ein Bild darüber zu machen, innerhalb welcher Bedeutungssysteme sich die Geschichten der Klientinnen und Klienten befinden. Andererseits werden individuelle Erklärungsmodelle, welche die Betroffenen in Anbetracht ihres Problems zurechtgelegt haben, deutlich. (Domenig, 2001, S. 38) So ist es möglich, Erklärungen zu den drei oben aufgeführten Gefühlsebenen zu finden und durch eine angemessene Beurteilung lassen sich den Bedürfnissen und dem Kontext entsprechende kompetente Interventionen durchführen.

Konkret kann dies gemäss Brieskorn-Zinke (2010) folgendermassen geschehen: Die Fachperson unterstützt die Klientin oder den Klienten auf der Verstehbarkeits-Ebene dabei, die aufgetretenen Probleme kognitiv zu verarbeiten. Dies kann durch bestimmte Fragestellungen erfolgen (Brieskorn-Zinke, 2010, S. 179), die der Klientin oder dem Klienten dazu dienen, selbst-reflexiv an das Problem heranzugehen. Durch die narrative Empathie ist es möglich, an die subjektiven Problem- und Gesundheitsinterpretationen zu gelangen. Somit wird gemäss Brieskorn-Zinke (2010) die Willkür und Zufälligkeit des Stressors entzogen (S. 179) und es kann auf der nächsten Gefühlsebene (Machbarkeit) weitergearbeitet werden. Bei dieser Ebene geht es darum, mit Hilfe der Ressourcenorientierung mit dem Problem umzugehen. Dabei werden Ressourcen innerhalb der Person und sowohl im sozialen Umfeld als auch bei institutionellen Hilfsangeboten ergründet. (Brieskorn-Zinke, 2010, S. 180) Gemäss Brieskorn-Zinke (2010) stärkt möglicherweise die Aufdeckung geeigneter Ressourcen das Gefühl der Klientin oder des Klienten, mit dem vorliegenden Problem umgehen und die Anfangsschwierigkeiten überwinden zu können (S. 180). Bei dieser Unterstützung geht es darum, dass die Klientel ihr instrumentelles Vertrauen wieder findet, das heisst, dass sie sich ihrer Ressourcen bewusst ist und somit den auftretenden Anforderungen in Zukunft selbstbewusster begegnen kann (Brieskorn-Zinke, 2010, S. 180).

In einem letzten Schritt geht es darum, die Bedeutsamkeit des Problems zu verstehen, was zugleich die am schwierigsten zu beeinflussende Komponente darstellt. Denn gemäss Brieskorn-Zinke (2010) waren hier vor allem die kulturellen und lebensgeschichtlichen Erfahrungen prägend und es braucht sehr viel Zeit und eine vertrauensvolle Beziehung, damit die Motivation und die Sinnhaftigkeit des Lebens wieder geweckt wird (S. 181). Mit Hilfe der transkulturellen Kompetenz bzw. der beinhalteten Säulen lässt sich eine solche vertrauens- und respektvolle Beziehung aufbauen. Denn mit der Selbstreflexion lernt man Verschiedenartiges zu akzeptieren und Gemeinsames hervorzuheben (Domenig, 2007a, S. 174-176). Mit Empathie entdeckt man Neues, indem man sich in das Gegenüber hineinversetzt, respektvoll auf die Person zugeht, ihre Gefühle teilt und somit Verständnis für ihr Handeln und Denken aufbaut (Domenig, 2007a, S. 178-180). Und schliesslich hilft einem das Hintergrund- und Erfahrungswissen dabei, die Ansichten, Werte und Normen der Klientinnen und Klienten zu verstehen (Domenig, 2007a, S. 176-177).

Nun werden wir alle gewonnenen theoretischen Erkenntnisse vereinen und darstellen, was einen professionellen transkulturellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, mit dem Ziel der Gesundheitskompetenzstärkung kennzeichnet. Dieser Schritt

dient uns dazu, das aus theoretischen Grundlagen erarbeitete Wissen in der Praxis zu untersuchen sowie durch dieses neu generierte Wissen Schlüsse in Bezug auf unsere Fragestellung zu ziehen.

4.8 Professioneller transkultureller Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, mit dem Ziel ihrer Gesundheitskompetenzstärkung

Aufgrund der Ausführungen aus den Kapiteln 2 Konzept der transkulturellen Kompetenz, Kapitel 3 Von häuslicher Gewalt betroffene Migrantinnen und Kapitel 4 Gesundheit und Gesundheitskompetenzstärkung konnten viele Aspekte aufgezeigt werden, die zur Beantwortung unserer Fragestellung dienen. Wir werden die Wichtigsten hier aufführen und versuchen aufzuzeigen, wodurch sich ein professioneller transkultureller Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, mit dem Ziel ihrer Gesundheitskompetenzstärkung, aus theoretischer Sicht kennzeichnet.

Transkulturelle Kompetenz ist die Interaktion zwischen Fachpersonen und Klientel, bei der Gemeinsamkeiten eine zentrale Rolle einnehmen (Domenig, 2001, S. 36). Diese Interaktion basiert auf den Pfeilern *Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung* sowie *narrativer Empathie* (Domenig, 2007a, S. 174). Die transkulturelle Kompetenz kann in verschiedensten Berufsfeldern und mit unterschiedlichsten Zielgruppen eingesetzt werden. Denn im 2. Kapitel wurde deutlich, dass die transkulturelle Kompetenz gemäss theoretischen Grundlagen eine erweiterte Sozialkompetenz und nicht **nur** eine auf Migrantinnen und Migranten spezialisierte Methode darstellt (Domenig, 2001, S. 36; Pavkovic, 1999, zitiert nach Domenig, 2001, S. 36). Wie wir zudem aufzeigten ist es notwendig, dass Fachpersonen in der Sozialen Arbeit über diese Kompetenz verfügen, da sie in ihrem Berufsalltag vermehrt mit Menschen verschiedenster Herkunft und Lebenswelten konfrontiert werden. Denn eine transkulturell kompetente Fachperson erfasst und versteht die individuelle Lebenswelt der Klientel in einer besonderen Situation und in verschiedenen Kontexten. Daraus leitet sie entsprechende und passende Handlungsweisen ab. (Domenig, 2007a, S. 174-176) Transkulturell kompetente Fachpersonen stellen also die Interaktion und Gemeinsamkeiten und nicht die „fremde Kultur“ ins Zentrum (Domenig, 2001, S. 36). Dabei ist es unerlässlich, dass Hintergrundwissen über die Zielgruppe sowie allgemeines migrationspezifisches Wissen aufgebaut wird (Domenig, 2007a, S. 176-177). Aus diesem Grund setzten wir uns im Kapitel 3 vertieft mit den Thematiken Migration und häusliche Gewalt auseinander. Dies veranschaulichte, dass Migrantinnen meist von

mehr Risikofaktoren häuslicher Gewalt betroffen sind als Frauen ohne Migrationshintergrund (Belser, 2005; EBG, 2008, 2012). Vor allem den Risikofaktoren von Stress und Belastungen sind sie verstärkt ausgesetzt, da diese durch den Migrationsprozess oder allenfalls durch mangelnde Integration während des Akkulturationsprozesses ausgelöst werden können (Sluzki, 2010, S. 116-117; EBG, 2008, S. 43). Damit Sozialarbeitende die Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, adäquat unterstützen können, muss vorerst eine Vertrauensbeziehung aufgebaut werden, damit sich die Klientinnen überhaupt in Bezug auf ihre schwierige Problematik öffnen können. Dies gelingt einer transkulturell kompetenten Fachperson, indem sie das Gegenüber vorurteilsfrei annimmt und konzentriert auf die Problemlagen dieser Person eingeht (Domenig, 2007a, S. 175-176; Schmid, 2010, S. 40). Dazu trägt die Selbstreflexion und das Hintergrundwissen unterstützend bei, da so Missverständnisse verhindert werden können und die Lebenswelt der Klientin besser verstanden und angenommen werden kann (Domenig, 2007a, S. 176-178). Sofern sprachliche Barrieren vorhanden sind, muss überdies die Möglichkeit bestehen, auf Dolmetschende oder interkulturelle Übersetzer zurückgreifen zu können (Domenig, 2001, S. 42). Weiter muss ergründet werden, ob die Migrantin aus einer familienzentrierten Gesellschaft stammt, damit die Familienangehörigen bei der Intervention allenfalls einbezogen werden können (Domenig, 2001, S. 42). Mit Hilfe der narrativen Empathie lassen sich diese Punkte sowie die individuellen Erklärungsmodelle in Anbetracht des Problems der Klientin herausarbeiten. So können Bewältigungsstrategien und Ressourcen aufgedeckt werden und den Bedürfnissen der Klientel entsprechende Interventionen erfolgen. (Domenig, 2001, S. 38) Dabei spielt auch die Vernetzung der Migrantin mit anderen Institutionen und Organisationen eine wichtige Rolle, damit zusätzliche Ressourcen im sozialen Umfeld generiert werden können. Zu einer solchen Vernetzung trägt die transkulturelle Öffnung einer Institution wesentlich bei. Ausserdem wird durch einen solchen Institutionswandel das bereits erwähnte Zurückgreifen auf Dolmetschende und interkulturelle Übersetzer erleichtert (Domenig, 2001, S. 222). Diese Erschliessung der Ressourcen und Bewältigungsstrategien sowie die Vernetzung tragen zu einem ersten Schritt in die Unabhängigkeit der Klientin bei.

Schliesslich ist aber auch das Wissen über psychische Erkrankungen für eine transkulturell kompetente Fachperson von hoher Wichtigkeit (Domenig, 2007a, S. 177), da einerseits die Migration und andererseits das Erleben von häuslicher Gewalt solche Krankheitsbilder begünstigen können. Dieses Wissen kann unseres Erachtens ebenfalls zum Hintergrundwissen gezählt werden. Wie wir im Kapitel 3 aufgezeigt beurteilen insbesondere Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, ihre psychische und physische Gesundheit subjektiv

schlechter (BMFSFJ, 2009, S. 8-10). Aus diesem Grund setzten wir uns im Kapitel 4 intensiver mit der Gesundheitskompetenzstärkung auseinander. Aufgrund der Darstellung der Definitionen von Gesundheit und Gesundheitsförderung konnten wir feststellen, dass in diesem Bereich grundsätzlich Handlungsbedarf vonseiten der Sozialen Arbeit besteht, da Gesundheit so ziemlich alle Lebensbereiche und Handlungsfelder umfasst bzw. betrifft (WHO-Regionalbüro für Europa, 1986, S. 1-5). Gesundheitskompetenzstärkung stellt dabei eine Komponente der Gesundheitsförderung dar, namentlich diejenige der individuellen Kompetenzstärkung (Domenig, 2001, S. 21-23). Das bedeutet gemäss den dargestellten Definitionen vom BAG (n.d.), von Kickbusch et al. (2005, zitiert nach Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 29) und von Nutbeam (2000, zitiert nach Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 28), dass diese Stärkung der Klientel dabei hilft, wieder selbstbestimmt in Bezug auf ihre Gesundheit zu handeln und so Entscheidungen frei treffen zu können, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken. Ausserdem wird die Klientel in der Beschaffung und dem Verständnis von Gesundheitsinformationen gefördert, damit sie auf diese Weise mehr Eigenverantwortung bezüglich ihrer Gesundheit übernehmen kann.

Angesichts der dargestellten Studien des BMFSFJ (2009) und der WHO (2003) konnte aufgezeigt werden, dass die Gesundheit von Frauen und insbesondere von Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, gestärkt werden muss, da sie ihre Gesundheit subjektiv eher schlecht bewerten. Dies führte uns zu der Annahme, dass die Betroffenen nicht über die Möglichkeiten und Bewältigungsstrategien verfügen um aus dieser Situation auszubrechen und Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken. Das heisst sie verfügen unseres Erachtens über eine geschwächte Gesundheitskompetenz. Bei unserer spezifischen Zielgruppe wurde diese Annahme durch das Wissen, welches wir uns im Kapitel 3 *Von häuslicher Gewalt betroffene Migrantinnen* aneigneten, bestärkt. Da somit eine Notwendigkeit der Gesundheitskompetenzstärkung festgestellt werden konnte, setzten wir uns mit verschiedenen Modellen, Methoden und Konzepten auseinander, die von einer transkulturell kompetenten Fachperson für eine solche Stärkung zu Hilfe genommen werden können.

Wie wir bei der Verknüpfung der transkulturellen Kompetenz mit dem Salutogenesemodell feststellten, kann diese Kombination zu einer Gesundheitskompetenzstärkung von gewaltbetroffenen Migrantinnen beitragen. Dies deshalb, weil die narrative Empathie der Erfassung der Ebenen des Verstehbarkeits-Gefühls, des Machtbarkeits-Gefühls sowie des Bedeutsamkeitsgefühls dient. Diese ist einerseits dabei behilflich die Bedeutungssysteme, innerhalb

welchen sich die Geschichten der Klientel befinden, zu ergründen. Andererseits werden die individuellen Erklärungsmodelle, welche sich die Migrantinnen in Anbetracht ihres Problems konstruierten, deutlich (Domenig, 2001, S. 38). Für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, was bei dieser Zielgruppe von grosser Wichtigkeit ist, sind die drei Pfeiler der transkulturellen Kompetenz von essentieller Bedeutung. Denn mit der narrativen Empathie kann die Fachperson Neues entdecken, indem sie sich in das Gegenüber hineinversetzt, respektvoll auf die Person zugeht, ihre Gefühle teilt und somit Verständnis für ihr Handeln und Denken aufbaut. Mit Hilfe der Selbstreflexion lernen Sozialarbeitende Verschiedenartiges zu akzeptieren und Gemeinsames hervorzuheben. (Domenig, 2007a, S. 174-180) Abschliessend hilft das Hintergrund- und Erfahrungswissen dabei die Ansichten, Werte und Normen der Klientel zu verstehen (Domenig, 2007a, S. 176-177).

Das Salutogenese-Modell stellt eine von vielen Möglichkeiten dar, die bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz unterstützend wirken können. Aber auch Methoden und Konzepte der Sozialen Arbeit, welche wir im 4. Kapitel darstellten, können in diesem Zusammenhang beigezogen werden. Dazu gehören – wie erwähnt – beispielsweise die klientenzentrierte Beratung, das Case Management und Empowerment. Damit diese Methoden und Konzepte im Umgang mit unserer Zielgruppe professionell angewendet werden können, ist es vonseiten der Fachperson unabdingbar ihre transkulturellen Fähigkeiten einzusetzen. Denn schliesslich konnten wir feststellen, dass nur mit den beinhalteten Pfeilern dieser Kompetenz adäquat mit Migrantinnen und Migranten zusammengearbeitet werden kann.

Somit können wir aus theoretischer Sicht zusammenfassend folgendes Modell eines idealen transkulturell kompetenten Umgangs mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, und deren Gesundheitskompetenz dadurch gestärkt werden soll, darstellen:

Ein professioneller transkultureller Umgang stellt die Interaktion zwischen einer Fachperson und der Klientel dar, bei welcher Gemeinsamkeiten eine zentrale Rolle einnehmen. Diese Interaktion fusst auf drei Pfeilern: *Empathie*, *Selbstreflexion* sowie *Hintergrundwissen und Erfahrung*. Die Empathie nimmt dabei im Umgang mit allen Klientinnen und Klienten – unabhängig von ihrer Herkunft – einen sehr hohen Stellenwert ein. Selbstreflexion, Hintergrund- und Erfahrungswissen über Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, führen des Weiteren zu einer vorurteilsfreien Haltung der transkulturell kompetenten Fachpersonen. Diese Haltung ermöglicht den Aufbau einer Vertrauensbeziehung, was im Umgang mit unserer Zielgruppe von essentieller Bedeutung ist. Das genannte Hintergrundwissen und die

Erfahrung bezieht sich, wie in den obigen Ausführungen beschrieben, auf migrationsspezifisches Wissen sowie auf Hintergrundwissen im Kontext der häuslichen Gewalt. Bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten müssen Dolmetschende oder interkulturelle Übersetzer beigezogen werden. Ausserdem ist es wichtig, dass man die Ressourcen der Klientin ergründet und fördert. Dabei ist auch das Einbeziehen von Familienangehörigen hilfreich, falls dies von der Klientin gewünscht wird. Eine Vernetzung sowohl auf sozialer Ebene als auch mit geeigneten professionellen Fachstellen trägt ebenfalls zu einer höheren Selbstständigkeit und damit zu einer Gesundheitskompetenzstärkung unserer Zielgruppe bei. Transkulturelle Kompetenz seitens der Sozialarbeitenden genügt aber nicht per se, um die Gesundheitskompetenz von Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, zu stärken. Es müssen zusätzliche Modelle, Methoden und Konzepte wie die klientenzentrierte Beratung, das Salutogenese-Modell, das Case Management oder Empowerment beigezogen werden, damit das Ziel der Gesundheitskompetenzstärkung der Migrantinnen erreicht werden kann.

Im nächsten Kapitel werden wir anhand von Interviews Folgendes aufzeigen: Einerseits beschäftigen wir uns mit der Frage, ob das Konzept der transkulturellen Kompetenz in der Praxis mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, angewendet wird. Andererseits untersuchen wir, ob die Gesundheitskompetenz der Migrantinnen durch die Unterstützung der Fachpersonen der Sozialen Arbeit bewusst gestärkt wird.

5 Empirische Untersuchung

Der Wissenschaft stehen einerseits *qualitative* und andererseits *quantitative* Herangehensweisen zur Verfügung um sich einer Forschungsfrage anzunähern. Jedoch besteht auch die Möglichkeit der Kombination dieser beiden Methoden. (Mayring, 2010, S. 17-18) Weshalb wir uns für ein qualitatives Vorgehen entschieden haben, werden wir zuerst anhand der Unterscheidung der beiden Begriffe *qualitativ* und *quantitativ* erläutern und nachfolgend im eigentlichen Forschungsdesign genauer darauf eingehen.

Die quantitative Wissenschaft wird gemäss Mayring (2010) als erklärend bezeichnet und ist an „allgemeinen Prinzipien, an Gesetzen oder gesetzähnlichen Aussagen“ (S. 19) interessiert. Sie hat demnach eine deduktive Vorgehensweise. Das heisst sie versucht vom Allgemeinen auf den Einzelfall zu schliessen. Die qualitative Wissenschaft hingegen nähert sich der Fragestellung nach einem induktiven Vorgehen, was bedeutet, dass sie beim Individuum, also dem Einzelfall, ansetzt und so versucht eine allgemeine Aussage herauszuarbeiten. Sie wird als die verstehende Wissenschaft bezeichnet, die am Besonderen und Einmaligen interessiert ist. (Mayring, 2010, S. 19-20)

Die qualitative Forschung orientiert sich also eher an Einzelfallstudien. Da wir lediglich vier Institutionen befragten und aus diesen Ergebnissen allgemeine Schlüsse im Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, ziehen wollten, eignet sich die qualitative Forschung besonders für die Datenerhebung der vorliegenden Bachelor-Thesis. Aufgrund des fehlenden gesicherten Wissens zu dieser Thematik führten wir eine explorative Untersuchung durch, welche im Weiteren genauer beschrieben wird.

5.1 Forschungsdesign

Gemäss Mayring (2002) steht vor jeder empirischen Forschung ein Untersuchungsplan, auch Forschungsdesign genannt, welcher Untersuchungsziele und –abläufe beinhaltet. Zu Beginn muss die Frage des Forschungsstandes geklärt werden um zu wissen, weshalb überhaupt Daten erhoben werden sollen. (Mayring, 2002, S. 40) Wie bereits in der Einleitung erwähnt, existiert zur konkreten Thematik eines *professionellen transkulturellen Umgangs von Fachpersonen der Sozialen Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, und der Gesundheitskompetenzstärkung der Migrantinnen* bis anhin kein gesichertes Wissen. Deshalb möchten wir mit der vorliegenden Untersuchung empirische Basisdaten beschaffen. Gemäss Kromrey (2009) wird der Themenbereich aufgrund der Beschaffung dieser Basis-

daten nur grob abgegrenzt und der mit empirischen Daten zu beschreibende Untersuchungsgegenstand vergleichsweise wenig strukturiert. Dies kann mit Hilfe von offenen Erhebungsinstrumenten wie beispielsweise Leitfadengesprächen, Gruppendiskussionen oder freien Beobachtungen umgesetzt werden. (Kromrey, 2009, S. 65-66) Unsere Untersuchung weist gemäss Kromrey (2009) einen explorativen, das heisst einen erkundenden Charakter, auf. Da wir zusätzlich die im ersten Teil dargestellten Theorien überprüfen möchten, weist unser Forschungsdesign weiter eine deskriptive, also eine sogenannte beschreibende Theorieüberprüfung auf. (Mayring, 2010, S. 25; Kromrey, 2009, S. 67) Unser Forschungsdesign umfasst folglich eine Kombination eines explorativen und eines theorieüberprüfenden Charakters. Einerseits möchten wir damit mehr über den Bereich, der unserer Fragestellung zugrunde liegt, erfahren und andererseits möchten wir die obigen theoretischen Aspekte in der Praxis überprüfen.

Da sich unsere Forschungsfrage auf den professionellen Umgang von Fachpersonen der Sozialen Arbeit stützt, stand für uns schnell fest, dass wir Experteninterviews durchführen. Das heisst gemäss Mayer (2013), dass die Befragten weniger als Personen, sondern in ihrer Funktion als Experten für bestimmte Handlungsfelder interessant sind. Die Befragten werden dabei nicht als Einzelfall, sondern als Repräsentant einer Gruppe in die Untersuchung einbezogen. (Mayer, 2013, S. 38) Da das Experteninterview eine besondere Form des Leitfadenterviews darstellt (Mayer, 2013, S. 38) und die obengenannte Offenheit zulässt, wurde diese Variante der Datenerhebung gewählt. Eine genaue Erläuterung dazu folgt im Kapitel 5.2.1 *Methode der Datenerhebung*.

Ziel unserer empirischen Untersuchung ist es, Antworten aus der Praxis auf unsere Fragestellung *„Was kennzeichnet einen professionellen transkulturellen Umgang von Fachpersonen der Sozialen Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, und wie kann dadurch die Gesundheitskompetenz der Migrantinnen gestärkt werden?“* zu erhalten.

Im Konkreten sind unsere differenzierten Zielsetzungen die Folgenden:

- Abklärung der Wichtigkeit transkultureller Kompetenz in der Sozialen Arbeit
- Abklärung der Notwendigkeit transkultureller Kompetenz im professionellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind

- Untersuchung, ob das Konzept der transkulturellen Kompetenz in der Praxis Anwendung findet
 - Falls ja, ob bewusst unter dieser Bezeichnung, oder unbewusst durch die Anwendung der Inhalte, jedoch ohne Kenntnis der theoretischen Grundlagen
- Untersuchung des Zusammenhangs zwischen transkultureller Kompetenz in der Sozialen Arbeit und Gesundheitskompetenzstärkung

Um diese Zielsetzungen erreichen zu können, gingen wir folgendermassen vor: Wir entschlossen uns, drei bis vier Interviews mit Institutionen durchzuführen, die sich in ihrem Berufsalltag konkret mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, auseinandersetzen bzw. mit ihnen zusammenarbeiten.

Durch telefonische Anfragen versuchten wir Interviewpartnerinnen oder Interviewpartner zu gewinnen, was sich aufgrund fehlender Ressourcen seitens der Institutionen, hoher Arbeitsbelastung oder dem Ignorieren unserer Anfragen schwieriger als erwartet herausstellte. Schliesslich erhielten wir die Möglichkeit, mit einer Sozialarbeiterin des Frauenhauses Bern, einer Sozialarbeiterin der Informationsstelle für Ausländerinnen- und Ausländerfragen (isa) und einer Sozialarbeiterin der Beratungsstelle Opferhilfe Bern ein Interview zu führen. Im Laufe der Erarbeitung unserer theoretischen Grundlagen fassten wir den Entschluss, mit jemandem vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) ein Gespräch über das Konzept der transkulturellen Kompetenz zu führen, da sich das SRK eingehend mit dieser Thematik und den Bereichen Migration und Gesundheit befasst. Die Leiterin Fachbereich Bildung Fachpersonen, Schweizerisches Rotes Kreuz, war gerne bereit sich dafür Zeit zu nehmen.

Die Durchführung der Interviews war auf die ersten beiden Oktoberwochen 2013 geplant, erfolgte aufgrund der aufgeführten Schwierigkeiten jedoch erst zwischen dem 11. Oktober und dem 8. November 2013.

In einem weiteren Schritt wird nun das Untersuchungsverfahren dargestellt, was die Methode der Datenerhebung, die Datenaufbereitung und die Auswertung umfasst (Mayring, 2002, S. 40).

5.2 Untersuchungsverfahren

5.2.1 Methode der Datenerhebung

Wir führten aufgrund der oben genannten Zielsetzungen insgesamt vier *problemzentrierte Experteninterviews* durch. Gemäss Mayring (2002) ist dies, wie bereits im Kapitel 5.1 *Forschungsdesign* ansatzweise erwähnt, ein offenes, halbstrukturiertes, qualitatives Verfahren. Das heisst, dass den Befragten der Raum gegeben wird, sich frei und ohne Antwortvorgaben äussern zu können und sie deshalb das formulieren können, was für sie im Zusammenhang mit dem vorliegenden Thema bedeutsam ist (Offenheit). Halbstrukturiert meint, dass es einen grob strukturierten Fragenkatalog vonseiten der Befragenden gibt, der Fragen und Themen je nach Interviewsituation frei formulieren lässt. Qualitativ meint abschliessend, dass die Auswertung mit qualitativ-interpretativen Techniken erfolgt. (Mayring, 2002, S. 66-67)

Mayring (2002) deutet darauf hin, dass die Formulierung und Analyse des Problems immer am Anfang stehen muss (S. 69). Aus dieser Analyse, welche wir im ersten Teil dieser Bachelor-Thesis erarbeiteten, haben wir die zentralen Aspekte in einem *Leitfadeninterview* zusammengestellt (Mayring, 2002, S. 69). So wie Mayring (2002) beschreibt, müsste im Anschluss an die Erstellung des Interviewleitfadens eine Pilotphase, in welcher Probeinterviews durchgeführt werden, stattfinden (S. 69). Auf eine solche verzichteten wir aufgrund der knappen zeitlichen Ressourcen jedoch. Für ein Leitfadeninterview entschieden wir uns in Anbetracht der Tatsache, dass die teilweise vorgegebenen Fragen bzw. Themen die Vergleichbarkeit der vier durchgeführten Interviews erleichtert. (Mayring, 2002, S. 70)

Während der eigentlichen Interviewphase stützten wir uns auf die von Mayring (2002) aufgeführten Fragearten *Sondierungsfragen*, *Leitfadenfragen* und *Ad-hoc-Fragen* (S. 70). Die Sondierungsfragen, welche ganz allgemein gehaltene Einstiegsfragen umfassen, die zur Eruierung der subjektiven Bedeutung unseres Themas für die Befragten dienen, führten wir nicht wie bei Mayring (2002) aufgeführt als Einstieg durch. Einerseits dienten uns diese Sondierungsfragen bei der ersten Kontaktaufnahme mit den Institutionen dazu abzuwägen, ob die möglichen Interviewpartnerinnen oder Interviewpartner für die Bearbeitung unseres Untersuchungsziels geeignet sind. Andererseits stellten wir solche Fragen während des Interviews, jedoch nicht als Einstiegsfragen. Den Interviewleitfaden stellten wir unseren Interviewpartnerinnen im Vorfeld zu, damit diese sich genauer mit der vorliegenden Thematik befassen konnten. Diese Vorgehensweise hat sich dadurch bewährt, dass differenzierte Antworten auf die

von uns gestellten Fragen gegeben werden konnten. Während des Interviews stützten wir uns auf unsere Leitfragen und stellten je nach Gesprächsverlauf auch Ad-hoc-Fragen.

Zu Beginn des Interviews wurde von den Interviewpartnerinnen jeweils eine schriftliche Zustimmungserklärung der digitalen Aufzeichnung des Interviews eingeholt. Weiter versicherten wir ihnen, dass die auf Tonträger aufgenommenen Daten dem Amts- und Berufsgeheimnis sowie den Bestimmungen des Datenschutzes unterstehen. Die Interviews dauerten zwischen 45 und 90 Minuten und wurden entweder auf Hochdeutsch oder Schweizerdeutsch geführt. Wie wir die dabei entstandenen Daten weiter verwerteten, wird im nächsten Kapitel genauer erläutert.

5.2.2 Datenaufbereitung und Bestimmung des Ausgangsmaterials

Für die Datenaufbereitung stützten wir uns auf Mayring (2002, S. 91-92) und wählten eine Kombination von einer wörtlichen und einer kommentierten Transkription. Diejenigen Interviews, welche wir mit den Gesprächspartnerinnen auf Schweizerdeutsch durchführten, übertrugen wir auf Schriftdeutsch. Pausenfüller und Rezeptionssignale führten wir weitgehend nicht aus, sofern sich diese nicht inmitten der Erzählung befanden. Pausen oder Charakterisierungen von nichtsprachlichen Vorgängen wurden hingegen erwähnt.

Zur Bestimmung des Ausgangsmaterials, welches für die Datenauswertung genutzt wurde, haben wir aus den Transkriptionen der geführten Interviews jeweils die relevanten Textpassagen zu den einzelnen Fragestellungen ausgewählt und innerhalb der Transkriptionen hervorgehoben.

Im Einzelnen handelt es sich um die folgenden Interviewpartnerinnen:

Fall F: Yasmin Gutiérrez, Sozialarbeiterin des Frauenhauses Bern

Fall I: Juliet Jayanthi Sellathurai, Sozialarbeiterin der Informationsstelle für Ausländerinnen- und Ausländerfragen (isa), Bern

Fall O: Bernadette Kaufmann, Sozialarbeiterin der Beratungsstelle Opferhilfe Bern

Fall S: Renate Bühlmann, Pflegeexpertin und Leiterin Fachbereich Bildung Fachpersonen, Schweizerisches Rotes Kreuz

Wie im Kapitel 5.1 *Forschungsdesign* bereits beschrieben, wurden alle vier Interviewpartnerinnen telefonisch angefragt. Wir legten uns bei der Auswahl auf drei Institutionen fest (F, I, O), welche direkt mit unserer Zielgruppe – Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind – zusammenarbeiten. Weiter wurde ein Interview mit der Institution S durchgeführt, da sich diese vertieft mit den Themen Migration, Gesundheit und dem Konzept der transkulturellen Kompetenz auseinandersetzt.

Die Teilnahme an den offenen, halbstrukturierten Interviews war freiwillig. Die Interviews wurden im Rahmen dieser Bachelor-Thesis in der Institution der jeweiligen Interviewpartnerin durchgeführt. Wie bereits erwähnt, wurden die Interviews digital auf einen Tonträger aufgenommen und anschliessend transkribiert. Das Ziel der nachfolgend erläuterten Datenanalyse wurde bereits im Kapitel 5.1 *Forschungsdesign* ausgeführt, deshalb wird lediglich auf die Art und Weise der Datenauswertung eingegangen.

5.2.3 Datenauswertung und –analyse

Bei der Datenauswertung stützten wir uns auf die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Gemäss Mayring (2010) gibt es drei Grundformen, wie ein Text interpretiert werden kann – die *Zusammenfassung*, die *Explikation* und die *Strukturierung*. Bei der Zusammenfassung wird das vorhandene Material auf ein überschaubares Mass reduziert, sodass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und das Grundmaterial abgebildet wird. Die Explikation trägt zu einzelnen unklaren Textteilen zusätzliches Material hinzu, damit diese erläutert und erklärt werden können. Das Ziel der Strukturierung besteht darin, bestimmte Aspekte herauszufiltern, welche durch zuvor festgelegte Ordnungskriterien einen Querschnitt des Materials bilden und aufgrund von Kriterien eingeschätzt werden können. (Mayring, 2010, S. 65)

Für die Auswertung der vier durchgeführten Interviews haben wir die Grundform der Zusammenfassung angewendet. Mayring (2010) hat hierzu ein Ablaufmodell erstellt, das sieben Schritte umfasst, welche das Folgende beinhalten (S. 68):

1. Schritt: „*Bestimmung der Analyseeinheiten*“ – Definition der kleinsten und grössten Textbestandteile, welche ausgewertet werden.
2. Schritt: „*Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen (ZI-Regeln)*“ – Entfernung von Überflüssigem, sogenannten Füllwörtern und Erarbeitung einer einheitlichen Sprachebene in grammatikalischer Kurzform.

3. Schritt: „Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus und Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau (Z2-Regeln)“ – Generalisierung der Paraphrasen. Bei Zweifelsfällen müssen theoretische Vorannahmen beigezogen werden.

4. Schritt: „erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen (Z3-Regeln)“ – Streichung von identischen und ähnlichen Paraphrasen sowie Weglassen von unwichtigen und inhaltlosen Paraphrasen.

5. Schritt: „zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau (Z4-Regeln)“ – Zusammenfassung von Paraphrasen, die sich aufeinander beziehen.

6. Schritt: „Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem“

7. Schritt: „Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial“

(Mayring, 2010, S. 68-69)

Durch diese Schritte ist die erste Zusammenfassung abgeschlossen und meist folgt eine zweite weiter reduzierende Zusammenfassung. Dies kann sich so lange weiterziehen, bis das Ergebnis der angestrebten Reduktion entspricht. (Mayring, 2010, S. 69) Im nächsten Kapitel werden wir nun die Daten, welche aus zwei Zusammenfassungen gewonnen wurden, vorstellen.

5.3 Ergebnisse der Interviews

Die vorliegenden Ergebnisse beruhen auf den vier durchgeführten Interviews mit dem Frauenhaus Bern, der Informationsstelle für Ausländerinnen- und Ausländerfragen (isa), der Beratungsstelle Opferhilfe Bern sowie des Schweizerischen Roten Kreuzes. Die Präsentation der Ergebnisse orientiert sich an den Zielsetzungen, die im Kapitel 5.1 *Forschungsdesign* erläutert wurden.

5.3.1 Wichtigkeit transkultureller Kompetenz in der Sozialen Arbeit

Transkulturelle Kompetenz wurde von allen befragten Fachfrauen als sehr wichtig für die Soziale Arbeit erachtet, jedoch auch für andere Tätigkeitsfelder. Es muss an dieser Stelle jedoch werden, dass diese Aussagen erst nach unserer Darlegungen des Konzeptes der transkulturellen Kompetenz erfolgten. Unsere Interviewpartnerinnen erwähnten, dass das Verfügen über diese Fähigkeit in der Sozialen Arbeit allenfalls sogar erwartet werde, weshalb sich die Umsetzung in anderen Berufsfeldern als umso wichtiger herausstellt. Die transkulturelle Kompetenz wird laut unseren Interviewpartnerinnen benötigt, damit die Professionellen der

Sozialen Arbeit ihre Aufgaben wie Empowerment, Hilfe zur Selbsthilfe und Unterstützung in gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Bereichen überhaupt wahrnehmen können. Die Wichtigkeit der transkulturellen Kompetenz in der Sozialen Arbeit wurde auf die Heterogenität der Klientel der Sozialen Arbeit zurückgeführt und überall dort als hilfreich erachtet, wo mit unterschiedlichsten Menschen gearbeitet wird, über die man wenig Wissen besitzt. Ausserdem kann die transkulturelle Kompetenz helfen, lebensweltliche Kontexte sowie Situationen und Bedürfnisse besser zu erfassen.

5.3.2 Notwendigkeit transkultureller Kompetenz im professionellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind

Des Weiteren wollten wir von unseren Interviewpartnerinnen wissen, ob die transkulturelle Kompetenz in der Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, als hilfreich empfunden wird. Dies wurde von allen Befragten bejaht oder bei dieser spezifischen Zielgruppe sogar als zwingend notwendig erachtet. Begründet wurde dies damit, dass Kenntnisse über kulturelle Hintergründe bei Klientinnen mit traumatischen Erfahrungen von grosser Bedeutung sind. Dank dem durch die transkulturelle Kompetenz erworbenen Hintergrundwissen ist es zudem möglich, Beispiele aus der Religion oder der Kultur hinzuzuziehen um damit aufzeigen zu können, dass Gewalt in Partnerschaften auch nicht von der Kultur oder Religion geduldet wird. Des Weiteren wurde die Wichtigkeit der transkulturellen Kompetenz mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, darauf zurückgeführt, dass immer Familiensysteme beteiligt sind und dank diesem Konzept darauf geachtet werden kann, was für die zu beratende Person das Richtige ist.

Aufgrund dieser Antworten lässt sich feststellen, dass die transkulturelle Kompetenz im professionellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, gemäss all unseren Interviewpartnerinnen als notwendig erachtet wird.

5.3.3 Anwendung der transkulturellen Kompetenz in der Praxis

Ein professioneller Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, kennzeichnet sich laut unseren Interviewpartnerinnen durch nachfolgende Merkmale: Den Klientinnen muss seitens der Fachperson Respekt und Empathie entgegengebracht werden. Ausserdem wurden Toleranz und Vorurteilslosigkeit/Verzicht auf Stereotypisierungen sowie Offenheit als wichtige Kennzeichen der professionellen Arbeit mit dieser Zielgruppe genannt. Dabei sei es wichtig, dass die professionelle Distanz gewahrt und die Schweigepflicht eingehalten werde. Auch die Vernetzung mit Fachstellen und die Arbeit mit Dolmetschenden

erwiesen sich als wichtige Punkte. Des Weiteren wurde betont, dass die Klientinnen dort abgeholt werden müssen, wo sie stehen und dass bei Bedarf Begleitungen zu Ämtern, Ärzten o.Ä. stattfinden sollten. Der professionelle Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, sollte themenorientiert sein, das bedeutet, dass das Problem der Klientin im Zentrum steht und man sie dahingehend unterstützen muss. Ausserdem wurde von fast allen Interviewpartnerinnen erwähnt, dass es eigentlich keinen Unterschied zwischen dem professionellen Umgang mit Migrantinnen und demjenigen mit Frauen ohne Migrationshintergrund gebe, sondern dass man mit allen auf dieselbe professionelle Art und Weise umgehe. Es wurde dennoch deutlich, dass der kulturelle Hintergrund der Klientinnen eine wichtige Rolle einnimmt und dieser durchaus beachtet werden muss. Abschliessend wurden auch die Wünsche und der Wille der Klientinnen als zentrale Aspekte während des Hilfeprozesses genannt.

Diese Ergebnisse zeigten uns, dass alle Befragten ähnliche Merkmale des professionellen Umgangs mit unserer Zielgruppe nannten und insbesondere Empathie, Respekt und die Berücksichtigung des kulturellen Hintergrundes einen hohen Stellenwert einnehmen.

Wir befragten unsere Interviewpartnerinnen anschliessend, nach welchen Methoden und Konzepten in ihrer Institution gearbeitet wird. Eine Sozialarbeiterin äusserte, dass ihre Fachstelle über keine spezifischen Methoden verfüge, da die Anwendung von starren Konzepten bei traumatisierten Klientinnen und Klienten nicht möglich sei. In ihrer Institution achte man insbesondere darauf, dass die Klientel dort abgeholt werden, wo sie stehen und dass genügend Pausen gemacht werden, da es sich meist um schwierige Thematiken handelt. Auch werden die Klientinnen mit Migrationshintergrund dazu motiviert, möglichst schnell die Landessprache zu erwerben, damit sie schneller selbstständig werden.

Von den anderen wurde genannt, dass ressourcen-, ziel- und lösungsorientiert gearbeitet wird. Ausserdem orientiert sich die Arbeit in den befragten Institutionen am Empowerment und an Sachorientierung. Des Weiteren wurde die Vernetzung mit Fachstellen sowie allgemein der Kontakt mit involvierten Stellen als gängige Methoden genannt.

Hier wird deutlich, dass den methodischen Grundlagen in den befragten Institutionen ein unterschiedlicher Wert beigemessen wird. Dennoch gibt es gewisse Techniken, die von mehreren angewendet werden, wenngleich sie vielleicht nicht unter denselben methodischen Begriff gefasst werden. Beispielsweise kann hier die Motivierung zum Landessprachenerwerb genannt werden, welche einige Institutionen unter den Empowerment-Begriff fassen würden.

Einer der Interviewpartnerinnen war die transkulturelle Kompetenz bereits bekannt und sie hatte auf diesem Gebiet auch schon Weiterbildungen besucht. Ihr Verständnis von transkultureller Kompetenz beruht auf den Pfeilern Selbstreflexion, Empathie, Vorurteilslosigkeit und der Suche nach Gemeinsamkeiten. Dabei steht immer das Gegenüber mit seinen individuellen Themen im Zentrum.

Für die befragten Mitarbeiterinnen der anderen beiden Institutionen war der Begriff der transkulturellen Kompetenz neu. Eine Sozialarbeiterin hat im Vorfeld auf Google nachgeschaut, was man darunter verstehen könnte. Ihr Verständnis zeichnete sich anschliessend einerseits dadurch aus, dass der Kultur des Gegenübers Respekt entgegengebracht werden müsse und andererseits durch die Vernetzung der Klientel.

Unsere in Kapitel 2.3 *Transkulturelle Kompetenz in der Sozialen Arbeit* geäusserte Vermutung, dass die transkulturelle Kompetenz in der sozialarbeiterischen Praxis noch nicht sehr verbreitet ist, hat sich durch unsere Interviews bestätigt. Wir sind jedoch erfreut, dass das Konzept einer Institution bereits bekannt ist.

In zwei der befragten Institutionen wird das Konzept der transkulturellen Kompetenz bisher nicht umgesetzt, da es, wie bereits erwähnt, bis zum Zeitpunkt unseres Interviews unbekannt war. Es wurde dennoch schnell deutlich, dass trotzdem gewisse Charakteristika des Konzeptes in der täglichen Arbeit angewendet werden. Dazu gehören eine empathische Haltung sowie die sprachliche Rücksicht und die Rücksichtnahme auf kulturelle Gewohnheiten. Es wurde jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Empathie nicht nur in der Arbeit mit Migrantinnen wichtig sei, sondern im Umgang mit allen Menschen – unabhängig von Nationalitäten.

In einer Institution wird die transkulturelle Kompetenz der Mitarbeitenden gefördert. Die konkrete Umsetzung beinhaltet vorurteilsfreie, selbstreflexive und empathische Arbeit, die nach Gemeinsamkeiten sucht. Ausserdem werden in allen befragten Institutionen Dolmetschende oder Mitarbeitende mit Fremdsprachkenntnissen eingesetzt.

Durch die Interviews wurde unsere Vermutung, dass viele Professionelle der Sozialen Arbeit bereits gewisse Punkte des Konzeptes der transkulturellen Kompetenz anwenden, obwohl dieses noch relativ unbekannt ist, bestätigt. Insbesondere die empathische Haltung und der Respekt vor und die Rücksichtnahme auf das Gegenüber – unabhängig von dessen Nationalität – ist in der Sozialen Arbeit verankert.

Die Teilfragestellung nach der Anwendung des Konzeptes der transkulturellen Kompetenz im professionellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, konnte

folgendermassen beantwortet werden: In einer der befragten Institutionen wird das Konzept angewendet, während es in den beiden anderen Institutionen bisher unbekannt war und folglich nicht umgesetzt wird.

Die transkulturelle Öffnung wird von unseren Interviewpartnerinnen als wichtig erachtet. Eine Institution bietet sogar Fachberatungen zu diesem Thema für andere Institutionen an, damit transkulturelle Kompetenz der Fachpersonen geplant, überlegt, gelernt und geübt werden kann. Dadurch wird eine transkulturelle Öffnung der Institutionen ermöglicht. Da in den zwei anderen Institutionen das Konzept der transkulturellen Kompetenz bisher unbekannt war, verfügen sie über keine Massnahmen eines transkulturellen Wandels. Die Vernetzung innerhalb von Fachstellen sowie die Informationsbeschaffung und Weiterbildung bei transkulturellen Übersetzenden wurden als sonstige Elemente genannt, die durchgeführt werden.

Bezüglich der Anstellung von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund zeigte sich folgendes Bild: In einer Institution wird ein gewisser Prozentsatz von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund vorgeschrieben, in einer anderen haben alle Mitarbeitenden einen Migrationshintergrund und in einer Weiteren sind keine Migrantinnen oder Migranten als Mitarbeitende tätig.

Diese Ausführungen verdeutlichten für uns den Zusammenhang zwischen transkultureller Kompetenz und transkultureller Öffnung der Institution: Werden die Mitarbeitenden in transkultureller Kompetenz weitergebildet, so öffnet sich offenbar auch die gesamte Institution. Diese Aussage stützen wir auf unsere Annahme, dass Institutionen, welche das Konzept der transkulturellen Kompetenz kennen und diese Fähigkeit durch Weiterbildungen explizit fördern, der Wichtigkeit der transkulturellen Öffnung bewusst sind.

Beim Schweizerischen Roten Kreuz fragten wir nach, ob die transkulturelle Kompetenz überhaupt in der Sozialen Arbeit anwendbar ist, da sie für den Gesundheitsbereich entwickelt wurde. Laut unserer Interviewpartnerin ist die Übertragung grundsätzlich auf alle Berufsfelder möglich. In der Sozialen Arbeit sollte die transkulturelle Kompetenz folglich auch Bestandteil eines professionellen Umgangs mit Migrantinnen sein. Zur konkreten Anwendung gehören gemäss Frau Bühlmann als erstes die Kontaktaufnahme mit den Menschen, indem man mit ihnen spricht und interagiert. Anschliessend müssen die Situation und die Bedürfnisse der Klientinnen oder Klienten richtig erfasst, eingeordnet und verstanden werden. Daraus können schliesslich richtige Handlungsmassnahmen abgeleitet werden. Die Selbstreflexion

dient in diesem Interaktionsprozess als Hilfe, die eigene Haltung, Wertvorstellungen und Normen zu hinterfragen. (Bühlmann, pers. Mitteilung, 24.10.13)

Die transkulturelle Kompetenz kann folglich in allen Professionen Anwendung finden und somit auch in der Sozialen Arbeit.

Des Weiteren haben wir die SRK-Mitarbeiterin gefragt, ob sie die transkulturelle Öffnung als Voraussetzung für den Einsatz der transkulturellen Kompetenz erachtet. Sie entgegnete, dass transkulturelle Kompetenz auch ohne eine transkulturelle Öffnung der Institution möglich sei. Gleichzeitig werde durch die transkulturelle Öffnung aber die transkulturelle Kompetenzentwicklung und -festigung der einzelnen Fachpersonen erleichtert, da gewisse Dinge wie beispielsweise mehrsprachiges Informationsmaterial zur Verfügung stehen. Zwingend notwendig sei hingegen die Sensibilität für die Zielgruppe. Diese umfasst Kenntnisse über Lebenswelten, sozioökonomische Bedürfnisse, migrationsspezifische Lebenswelten und das Wissen und Bewusstsein über die Macht der Fachperson der Klientel gegenüber, da die Klientel oft über weniger Wissen über das System und ihre Rechte verfügt. Konkret bedeutet dies, dass übersetztes Informationsmaterial zur Verfügung stehen sollte und eine Zusammenarbeit mit Dolmetschenden erfolgen muss. Allenfalls müssen zudem die Öffnungszeiten den Bedürfnissen der Zielgruppe angepasst werden und man muss die Zielgruppe über das vorhandene Dienstleistungsangebot informieren. (Bühlmann, pers. Mitteilung, 24.10.13)

Frau Bühlmann betonte, dass die Anstellung von Personen mit Migrationshintergrund wünschenswert und sinnvoll ist, wenn mit Migrantinnen und Migranten gearbeitet wird. Sie machte uns jedoch darauf aufmerksam, dass Mitarbeitende mit Migrationshintergrund nicht per se transkulturell kompetent sind und sie deshalb, unter anderem durch die Vermittlung von Wissen, dazu befähigt werden müssen. Eine solche Befähigung ist auch von Nöten, wenn sie bereits über Kenntnisse bezüglich der Problematik und den Herausforderungen des Migrationsprozesses verfügen. Weiter können diese Fachpersonen innerhalb des Teams bei der Vermittlung der Lebenswelt der Zielgruppe übersetzend und erklärend wirken und durch ihre Netzwerke den Zugang zur Zielgruppe erleichtern. (Bühlmann, pers. Mitteilung, 24.10.13)

Transkulturelle Kompetenz ist folglich auch ohne eine transkulturelle Öffnung der Institution möglich, jedoch wird die Umsetzung durch den Wandel der gesamten Institution erleichtert.

5.3.4 Zusammenhang zwischen transkultureller Kompetenz in der Sozialen Arbeit und Gesundheitskompetenzstärkung

Um uns der Frage des Zusammenhanges zwischen der transkulturellen Kompetenz und der Gesundheitskompetenzstärkung zu nähern, wollten wir von unseren Interviewpartnerinnen wissen, was sie genau unter Gesundheitskompetenz verstehen. Dabei wurde zuerst am Begriff der Gesundheit angesetzt, welcher gemäss den befragten Fachfrauen eine soziale, eine körperliche sowie eine seelische Komponente umfasst. Die körperliche Komponente sei für die Seelische sehr wichtig. Wenn die Gesundheit nun in Beziehung mit der häuslichen Gewalt gesetzt wird, machten unsere Interviewpartnerinnen deutlich, dass die psychische Gewalt meist im Vordergrund stehe, diese aber nicht sichtbar sei. Durch die Gewaltbetroffenheit kann die Wahrnehmung des eigenen Körpers und der Bedürfnisse gestört werden. Weiter können durch diese Gewalterfahrungen auch psychosomatische Beschwerden hervorgerufen werden.

In einem weiteren Schritt nähern wir uns dem Verständnis von Gesundheitskompetenz. Dieses umfasst gemäss unseren Interviewpartnerinnen, dass man seine eigene Gesundheit wahrnehmen können muss, über Strategien sowie Wissen und Erfahrung darüber verfügt, wie man im Leben gesund bleiben kann und was es dafür benötigt. Überdies wurde genannt, dass Wissen, wie man zu gesundheitsrelevanten Informationen gelangt sowie das Wissen, wie man diese Informationen verarbeitet, eine zentrale Rolle bei der Gesundheitskompetenz spielen. Des Weiteren wurden beispielsweise Ernährung, Bewegung, Stress, Ruhe und Entspannung zu denjenigen Punkten gezählt, welche die Gesundheitskompetenz beinhaltet. Schliesslich wurde betont, dass gesundheitskompetentes Handeln nicht ein gesund geführtes Leben bedeutet.

Wie nun eine konkrete Gesundheitskompetenzstärkung in der Praxis im Umgang mit Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, aussieht, wurde uns folgendermassen vermittelt: Die Stärkung der Gesundheitskompetenz wird durch Psychoedukation und Informationsvermittlung sowie durch korrektive Erfahrungen bzw. Erfolgserlebnisse unterstützt. Weiter müssen den Klientinnen alltägliche Dinge näher- oder beigebracht werden, die sie in Zukunft selber anwenden können. Dazu gehören beispielsweise Entspannungsübungen. Von zentraler Bedeutung sind gemäss unseren Interviewpartnerinnen der Dialog mit den Klientinnen sowie das Verfügen über genügend Zeit. Es sei sehr wichtig, den Frauen die Angst zu nehmen und ihnen aufzuzeigen, dass es Hilfe und Möglichkeiten gibt und dass man ihnen Informationen und Adressen von Fachstellen vermittelt. Weiter muss mit dem Empowerment-Ansatz gear-

beitet werden um sie wieder selbst zu befähigen. Überdies wurde genannt, dass jede Unterstützung und Entlastung, die man den Klientinnen bietet, dabei hilft ihr Bewusstsein für die eigenen Ressourcen zu schärfen, damit sie wieder für sich selbst sorgen können.

Unsere Interviewpartnerinnen versuchten uns durch konkrete Beispiele zu veranschaulichen, wie eine Gesundheitskompetenzstärkung im konkreten Berufsalltag erfolgen kann. Das Frauenhaus führt wöchentliche Frauenabende mit Themen wie Yoga, Schönheit o.Ä. durch. Des Weiteren bietet das Frauenhaus je nach Interessen der Klientin auch die Möglichkeit der Teilnahme an Verteidigungskursen oder gemeinsamem Jogging an. Die Informationsstelle für Ausländerinnen- und Ausländerfragen organisierte früher Frauengruppen, die sich mit gesundheitsorientierten Themen auseinandersetzten. Die Fachpersonen der isa besuchten Gesundheitszentren um anschliessend die dort gesammelten Ideen in die Gruppen einzubringen. Des Weiteren wurden Ernährungsberaterinnen eingeladen um Informationen über gesunde Ernährung zu vermitteln. Die Beratungsstelle Opferhilfe Bern vermittelt die Klientinnen an Ärztinnen und Ärzte weiter, um das physische Wohlergehen der Frauen zu sichern. Sofern die psychische Gesundheit gestärkt werden muss, werden die Klientinnen an therapeutische – wenn möglich an gleichsprachige – Fachpersonen weitervermittelt. Zuletzt wurden auch noch Aspekte wie kochen oder mit den Kindern draussen spielen genannt, um so für eine gesunde Ernährung und für Bewegung der Kinder zu sorgen.

Bei allen Institutionen stellte sich bei dieser Frage heraus, dass die Gesundheitskompetenzstärkung einen sehr wichtigen Teil der Sozialen Arbeit darstellt. Diese Stärkung kann jedoch nicht standardisiert werden, da durch die verschiedenen Interessen der Klientinnen jeweils unterschiedlich gehandelt werden muss. Zudem sei unklar, ob die Gesundheitskompetenzstärkung in der Sozialen Arbeit bewusst geschehe oder ob es lediglich ein positiver Nebeneffekt sei. Weiter wurde erwähnt, dass die Anerkennung der Klientin mit Hilfe der transkulturellen Kompetenz und dem dazugehörigen Hintergrundwissen ermöglicht wird und dadurch eine Unterstützung und Gesundheitskompetenzstärkung erst möglich werde. Die Mitarbeiterin der Beratungsstelle Opferhilfe Bern betonte, dass die Gesundheitskompetenzstärkung in ihrer Institution lediglich Soforthilfe umfasst und in externen Therapiesitzungen am Wiederaufbau des Selbstwertgefühles gearbeitet wird. Schliesslich kam auch klar zum Vorschein, dass keine speziellen Methoden für Migrantinnen und Migranten notwendig sind, da man das, was man kann und was sich im Berufsalltag bewährt hat, auch im Migrationskontext anwenden muss.

Zur Beantwortung unserer letzten Teilfragestellung kann festgehalten werden, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit mit dem professionellen transkulturellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, die Gesundheitskompetenz der Migrantinnen mit den soeben aufgeführten Methoden und Techniken stärken – sei dies bewusst oder unbewusst.

Mit Frau Bühlmann vom Schweizerischen Roten Kreuz haben wir noch eingehender über die Thematik der transkulturellen Kompetenz im Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenzstärkung diskutiert. Dabei wurden wir darauf aufmerksam gemacht, dass die Stärkung auch ohne die transkulturelle Kompetenz erfolgen kann. Denn wie bereits oben erwähnt, kann die Gesundheitskompetenzstärkung auch mit Methoden und Techniken erfolgen, über die Sozialarbeitende bereits verfügen, welche sie lediglich zusätzlich im Migrationskontext anwenden müssten. Dies kann beispielsweise Techniken der Gesprächsführung oder allgemein die Kommunikation mit der Klientel, Konfliktlösungsstrategien, die Ressourcenorientierung und die damit verbundene Erkundung der Stärken sowie Empowerment umfassen. So können Menschen dort abgeholt werden, wo sie stehen und die Selbstverantwortung kann ihnen wieder übertragen werden. (Bühlmann, pers. Mitteilung, 24.10.13) Frau Bühlmann machte uns jedoch darauf aufmerksam, dass ein transkulturell kompetenter Umgang bei der Gesundheitskompetenzstärkung dennoch sehr hilfreich und unterstützend wirken kann. Dies führt sie darauf zurück, dass Fachpersonen durch die Anwendung des Konzeptes der transkulturellen Kompetenz bewusst die subjektive Perspektive der Klientel und deren Meinung miteinbeziehen. Ausserdem werden die Klientinnen und Klienten dabei unterstützt, ihre Vorstellungen über die angestrebten Veränderungen in Bezug auf ihre Situation umzusetzen. All dies kann sich förderlich auf die Gesundheitskompetenz der Klientinnen auswirken. (Bühlmann, pers. Mitteilung, 24.10.13)

Für Frau Bühlmann besteht eine Verbindung zwischen dem Salutogenese-Modell und der Stärkung der Gesundheitskompetenz. Für sie kann die Gesundheitskompetenzstärkung einerseits die Förderung des Salutogenetischen beinhalten, das heisst beispielsweise die Unterstützung der Klientel bei der Sinnfindung ihres Problems. Andererseits erwähnte sie die Unterstützung der Klientel bei der Suche und Entwicklung von Strategien und Möglichkeiten um mit der vorliegenden Situation umgehen zu können. Der Salutogenese-Ansatz kann in diesem Prozess hilfreich und förderlich wirken. Im konkreten Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, muss betont werden, dass sich diese in einer prekären und

kritischen Lage befinden. Die salutogenetischen Interventionen haben dabei nicht primär zum Ziel, dass sich die Umstände wieder bessern, sondern dass die Klientinnen die Situation für sich selbst möglichst gut in ihr Leben integrieren können, so dass sie weiterleben können und wieder einen Sinn im Leben finden. Dies trägt zugleich zu einer Gesundheitskompetenzstärkung bei. (Bühlmann, pers. Mitteilung, 24.10.13)

Es zeigt sich folglich, dass das Konzept der transkulturellen Kompetenz in der Sozialen Arbeit einen konkreten Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenzstärkung aufweist. Dennoch konnte nicht klar festgestellt werden, ob Fachpersonen der Sozialen Arbeit die Gesundheitskompetenz der Klientel bewusst stärken oder ob es sich dabei lediglich um einen positiven Nebeneffekt handelt. Weiter wurde deutlich, dass keine standardisierten Methoden und Konzepte angewendet werden können, da die Intervention je nach Klientin und deren Interessen stark variieren kann.

Schliesslich wurde ersichtlich, dass die Gesundheitskompetenzstärkung durch einen transkulturell kompetenten Umgang unterstützt werden kann und dass diese aber auch mit anderen Methoden gefördert werden kann.

In einem nächsten Schritt werden wir nun die theoretischen Erkenntnisse, die aus den Kapiteln 2 bis 4 gewonnen wurden, den empirischen Ergebnissen aus diesem Kapitel gegenüberstellen und diskutieren.

6 Diskussion der theoretischen und empirischen Erkenntnisse

Die Diskussion orientiert sich am Ablauf der Ergebnis-Präsentation im empirischen Teil, wobei der Fokus auf die wesentlichen Inhalte, die zur Beantwortung der Fragestellung beitragen, gelegt wird. Dabei werden wir auf die theoretischen Erkenntnisse aus den Kapiteln 2 bis 4 Bezug nehmen.

6.1 Wichtigkeit transkultureller Kompetenz in der Sozialen Arbeit

Die Wichtigkeit der transkulturellen Kompetenz in der Sozialen Arbeit, welche wir im Kapitel 2.3 dargelegt haben, wird von unseren Interviewpartnerinnen bestätigt. Zudem erachten auch sie diese Fähigkeit in anderen Berufsgruppen als dem Gesundheitswesen, für welches das Konzept entwickelt wurde, als wichtig. Mit der Gegenüberstellung des Konzeptes der transkulturellen Kompetenz dem Berufskodex von AvenirSocial (2010) stellten wir fest, dass diese Kompetenz von Fachpersonen Sozialen Arbeit allenfalls sogar erwartet wird, was wiederum von den befragten Fachpersonen bestätigt wurde. Unsere Interviewpartnerinnen ergänzten dies durch die Notwendigkeit der transkulturellen Kompetenz, um die Aufgaben der Sozialen Arbeit wie Empowerment, Hilfe zur Selbsthilfe und Unterstützung in gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Bereichen überhaupt wahrnehmen zu können. Wir stimmen dieser Ergänzung grundsätzlich zu, jedoch sehen wir dies nicht so absolut wie die Fachpersonen. Unseres Erachtens können die oben aufgeführten Aufgaben der Sozialen Arbeit auch ohne die transkulturelle Kompetenz angegangen werden. Im Migrationskontext hingegen sehen wir eine dringende Notwendigkeit, dass transkulturelle Kompetenzen seitens der Professionellen erworben werden, da ansonsten nicht adäquat auf die Klientinnen und Klienten und deren Lebenswelten eingegangen werden kann. Unsere Ansicht wird dabei durch die Äusserungen von Frau Bühlmann vom SRK unterstützt, da sie ebenfalls nicht von einer zwingenden transkulturellen Kompetenz in der Sozialen Arbeit spricht, sondern diese in der Sozialen Arbeit als sehr hilfreich und wichtig erachtet. Diese Kompetenz kann unserer Meinung nach zusätzlich im Umgang mit Personen ohne Migrationshintergrund hilfreich sein, da es sich, wie im Kapitel 2.1 *Transkulturelle Kompetenz* erwähnt, um eine erweiterte Sozialkompetenz handelt (Pavkovic, 1999, zitiert nach Domenig, 2001, S. 36). Diese Ansicht wird durch die befragten Fachpersonen bestärkt, da auch sie betonten, dass die transkulturelle Kompetenz aufgrund der Heterogenität der Klientel in der Sozialen Arbeit sehr wichtig und hilfreich ist. Zudem weisen sie darauf hin, dass die transkulturelle Kompetenz in diesem Kontext sehr unterstützend in der Erfassung von Situationen und Bedürfnissen wirken kann. Aufgrund dieser Ausführungen wird deutlich, dass sowohl die theoretischen Grundlagen als auch die Ansicht

der Professionellen der Sozialen Arbeit auf eine grosse Wichtigkeit in der Aneignung der transkulturellen Kompetenz hindeuten.

6.2 *Notwendigkeit transkultureller Kompetenz im professionellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind*

Im Kapitel 3.4 *Transkulturelle Kompetenz in der Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind* stellten wir fest, dass die transkulturelle Kompetenz für Professionelle der Sozialen Arbeit sehr wünschenswert oder gar notwendig ist. In der Zusammenarbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, ist diese Kompetenz gar noch erforderlicher. Alle befragten Fachpersonen bestätigten dies. Ebenso wie wir nannten sie als Begründung unter anderem die Notwendigkeit von Kenntnissen über kulturelle Hintergründe der Klientinnen. Dies ermöglicht eine angepasste Kommunikation, indem die Fachperson auf die Lebenswelt des Gegenübers vorurteilsfrei eingehen kann. Ebenso wichtig ist die transkulturelle Kompetenz für das Verständnis von Hintergründen der Klientinnen wie beispielsweise traumatischen Erfahrungen. Dies kann durch Hintergrundwissen und Erfahrungen erreicht werden und ermöglicht eine Erhöhung der Empathie, da man sich so besser in das Gegenüber hineinversetzen kann. Folglich wurde unsere theoretische Position der Notwendigkeit transkultureller Kompetenz im Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, durch Fachpersonen der Praxis bestätigt.

6.3 *Anwendung der transkulturellen Kompetenz in der Praxis*

Das von uns erarbeitete ideale Modell eines professionellen transkulturellen Umgangs mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, und deren Gesundheitskompetenzstärkung, wird von den interviewten Fachpersonen bestätigt, was wir im nächsten Abschnitt genauer erläutern. Sofern sich aus den Aussagen der Fachpersonen Differenzen ergeben, welche sich unseres Erachtens als zentral für einen professionellen transkulturellen Umgang herausstellen, oder allenfalls weitere wichtige Aspekte hinzukommen, werden wir unseren Idealtypus durch diese ergänzen.

Die Professionellen der Sozialen Arbeit sehen Respekt und Empathie, das Sprechen und Interagieren mit der Klientel sowie die Suche nach Gemeinsamkeiten als grundlegende Komponenten des Umgangs mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind. Dies wird aus theoretischer Sicht einerseits durch die Interaktion, bei der Gemeinsamkeiten einen zentralen Aspekt darstellen, und andererseits durch den Pfeiler *narrative Empathie* der transkultu-

rellen Kompetenz bestätigt. An dieser Stelle möchten wir noch die Begrifflichkeit der *narrativen Empathie* der *Empathie* gegenüberstellen. Denn nach unserem Verständnis ist Empathie eine Kompetenz, über die eine Fachperson der Sozialen Arbeit verfügen muss. Diese beinhaltet, dass sie durch die Interaktion und den Austausch mit der Klientel mitfühlend auf die Lebenswelt des Gegenübers eingeht. Da sich diese Lebenswelt grundsätzlich nur durch Erzählungen der Klientel erschliessen lässt, ist für uns der Zusatz der Narration, welche die ausführliche Erzählung von Geschichten beinhaltet, nicht notwendig.

Die Pfeiler *Selbstreflexion* und *Hintergrundwissen/Erfahrung* wurden von den interviewten Fachpersonen aufgenommen, indem sie Toleranz, Vorurteilslosigkeit/Verzicht auf Stereotypisierungen und Offenheit zu essentiellen Bedingungen im professionellen Umgang erwähnten. Die Selbstreflexion dient gemäss den Interviewten in diesem Interaktionsprozess mit der Klientel als Hilfe, die eigene Haltung, Wertvorstellungen und Normen zu hinterfragen. Überdies müssen Kenntnisse über Lebenswelten, sozioökonomische Bedürfnisse, migrationsspezifische Lebenswelten und das Wissen und Bewusstsein über die Macht der Fachperson der Klientel gegenüber vorhanden sein, was zu einer Sensibilität der Fachpersonen für die Zielgruppe führt. Für eine differenzierte Darstellung dieser zwei Pfeiler werden diese Ausführungen unserem idealen Modell eines professionellen transkulturellen Umgangs hinzugefügt. Die Interviewpartnerinnen führten weiter die professionelle Distanz sowie die Schweigepflicht auf, die in unseren theoretischen Idealtypus bisher nicht Einzug gehalten haben. Wir sehen die professionelle Distanz als eine übergeordnete Voraussetzung für das professionelle Handeln einer Fachperson der Sozialen Arbeit. Denn wenn sich eine Fachperson mit Hilfe der Empathie zu tief in die Lebenswelt der Klientel hineinfühlt, können Erwartungen seitens der Klientel gegenüber der Fachperson hervorgerufen werden, welche die Fachperson aufgrund des Auftrages der Institution nicht erfüllen kann. Ausserdem ist diese Distanz auch auf einer persönlichen Ebene der Professionellen der Sozialen Arbeit notwendig, da sie sich ansonsten zu wenig abgrenzen können, was zu einer Stereotypisierung der Täter oder aber auch der Opfer führen kann. Dies würde eine Haltung, welche auf Neutralität basiert, verunmöglichen. Die Schweigepflicht und die professionelle Distanz sind ausserdem weitere wichtige Punkte, die unserem theoretischen Idealtypus hinzugefügt werden müssen. Die Schweigepflicht ermöglicht den Migrantinnen ihre meist als demütigend empfundene Situation den Fachpersonen anzuvertrauen. Denn mit der Versicherung der Schweigepflicht fühlt sich die Klientin in einem sicheren und verständnisvollen Umfeld eher bereit, ihre sehr komplexen Situationen darzustellen. Dies trägt, wie im theoretischen Idealtypus erwähnt, unter anderem auch zu einer vertrauensvollen Beziehung bei. Überdies wird von den Professionellen der Sozialen Arbeit

genannt, dass genügend Zeit zur Verfügung stehen muss und Pausen gemacht werden, da es sich bei den Situationen der Klientinnen um sehr schwierige Thematiken handelt. Auch dieser Faktor ist für eine vertrauensvolle Beziehung unabdingbar, da das Vertrauen während einer kurzfristigen Intervention nicht so leicht aufgebaut werden kann. Weiter ist sowohl gemäss unserer theoretischen Darlegung als auch laut unseren Interviewpartnerinnen die Vernetzung mit professionellen Fachstellen ein wichtiger Faktor im Umgang mit unserer Zielgruppe. Die befragten Fachpersonen gingen jedoch nicht auf die Vernetzung auf sozialer Ebene ein, was unseres Erachtens essentiell ist, da man die Klientin nicht lediglich auf einer professionellen Ebene vernetzen sollte. Denn ansonsten kann ein Helfernetzwerk entstehen, das beim Abschluss einer Intervention in die Brüche geht und somit wichtige Ressourcen verloren gehen.

Unsere Interviewpartnerinnen bestätigten eine Komponente unseres theoretischen Idealtypus, indem auch sie bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten das Beiziehen von Dolmetschenden und interkulturellen Übersetzenden als wichtig erachteten. Sie führten dabei jedoch zusätzlich noch Mitarbeitende mit Fremdsprachenkenntnissen auf, was bei der Verständigung mit der Klientin natürlich auch dienlich sein kann. Zusätzlich zu unserem theoretisch erarbeiteten Idealtypus wurde von den Professionellen der Sozialen Arbeit erwähnt, dass die Klientinnen dort abgeholt werden müssen, wo sie stehen. Das umfasst unseres Erachtens auch einen Teil der Empathie, da man so auf die Lebenswelt und den momentanen Zustand der Klientin eingeht. Hierzu zählen für uns auch die Wünsche und der Wille der Klientin, welche von den Fachpersonen als zentral während des Hilfeprozesses erachtet werden. Weiter wurde erwähnt, dass bei Bedarf Begleitungen zu Ämtern, Ärzten o.Ä. stattfinden sowie dass der professionelle Umgang themen- bzw. sachorientiert sein sollte. Die Themenorientierung ist unseres Erachtens grundlegender Bestandteil eines professionellen Umgangs, welcher in unseren Idealtypus aufgenommen werden muss, da sich die Intervention jeweils am zu bearbeitenden Thema sowie am Auftrag der Institution orientiert. Bei dieser Themenorientierung bzw. dem Auftrag der Institution steht gleichwohl die Klientin mit ihren Wünschen und ihrem Willen in Anbetracht der Intervention im Zentrum. Die Begleitung zu Ämtern, Ärzten etc. ist sehr hilfreich in der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Klientinnen, da sie dahingehend unterstützt werden, Informationen in Bezug auf ihre Gesundheit einzuholen. Weiter können sie diese allenfalls mit der Fachperson diskutieren, um sich auf diese Weise mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen. Dazu dient auch die genannte Motivierung der Klientinnen, die Landessprache möglichst schnell zu erwerben. Diese Aussage wurde jedoch in Zusammenhang mit der Selbständigkeit bezüglich der Partnerschaft genannt, sodass die Frau unabhängiger wird.

Dennoch trägt dies zu einer Stärkung der Gesundheitskompetenz bei, da die Klientinnen so in der Lage sind, sich selber gesundheitsrelevante Informationen zu beschaffen, diese zu verstehen und zu hinterfragen.

Gemäss unserem erarbeiteten theoretischen Idealtypus müssen die Ressourcen der Klientinnen ergründet und gefördert werden. Dies bestätigten die Interviewpartnerinnen in dem Sinne, dass sie in der Praxis ressourcenorientiert arbeiten. Weiter wurde die Ziel- und Lösungsorientierung als angewendete Methoden genannt, die nicht explizit im theoretischen Idealtypus erwähnt werden, aber unseres Erachtens mit der oben genannten Themenorientierung einhergehen. Denn die Themenorientierung hat zum Ziel, die vorliegende Thematik zu bearbeiten. Um diese Thematik zu bearbeiten, kann beim Ziel oder der Lösung der Problematik angesetzt werden, weshalb wir die Ziel- und Lösungsorientierung unter den Begriff der Themenorientierung fassen. Weiter wurde der Empowerment-Ansatz erwähnt, nach dem in der sozialarbeiterischen Praxis gearbeitet wird. Dieser wird in unserem Idealtypus im Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenzstärkung erwähnt, da durch die Selbstbefähigung einer Person das selbstbestimmte Handeln gefördert wird. Wir gehen davon aus, dass die Fachpersonen mit diesem Ansatz das Ziel verfolgen, dass die Klientinnen grundsätzlich selbstbefähigt werden, dabei jedoch nicht explizit auf eine Gesundheitskompetenzstärkung hinarbeiten. Es zeigt sich also, dass dieser Ansatz einerseits dem professionellen Umgang dient und dadurch – wenn auch unbewusst – eine Gesundheitskompetenzstärkung erreicht wird.

Schliesslich wurde bei unseren Interviewpartnerinnen deutlich, dass sie im professionellen Umgang nicht zwischen Migrantinnen und Frauen ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Wir sind der Meinung, dass die Arbeit mit unserer Zielgruppe gemäss unserem theoretischen Idealtypus aber Hintergrundwissen erfordert, welches für eine professionelle Zusammenarbeit hilfreich ist und unterstützend wirkt. Die befragten Fachpersonen erwähnten jedoch, dass der kulturelle Hintergrund der Klientel eine wichtige Rolle einnimmt und dieser beachtet werden muss. Aus diesem Grund gehen wir davon aus, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit unter einem professionellen Umgang neutrales Intervenieren verstehen, was eine Gleichbehandlung unabhängig der Herkunft beabsichtigt, und daher mit allen Klientinnen und Klienten gleich umgehen. Jedoch ist auch für die befragten Fachpersonen in der Zusammenarbeit mit Personen mit Migrationshintergrund das Hintergrundwissen ein notwendiger Bestandteil.

Einzig die Aspekte des Einbeziehens von Familienangehörigen der Klientin sowie die klientenzentrierte Beratung, das Salutogenesemodell und das Case Management wurden vonseiten der Befragten nicht explizit als Bestandteile eines professionellen transkulturellen Umgangs erwähnt. Unseres Erachtens werden die Familienangehörigen von Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, in der Praxis nicht miteinbezogen, weil im parteilichen Umgang nicht mit den gewalttätigen Partnern gearbeitet wird. Ausserdem kann dies darauf zurückzuführen sein, dass weitere Familienangehörige im Ausland wohnhaft sind. Es ist jedoch auch möglich, dass der Einbezug von Familienangehörigen bei der Ressourcenergründung abgeklärt wird. Die genannten Begründungen, weshalb der Einbezug von Familienangehörigen vonseiten der Fachpersonen nicht genannt wurde, sind lediglich Vermutungen und es kann nicht abschliessend bestätigt werden, wie dies in der Praxis gehandhabt wird.

Die klientenzentrierte Beratung, das Salutogenesemodell und das Case Management werden im theoretischen Idealtypus lediglich als beispielhafte Methoden und Modelle zur Stärkung der Gesundheitskompetenz erwähnt. Von daher ist eine vertiefte Auseinandersetzung aufgrund der fehlenden Äusserungen unserer Interviewpartnerinnen an dieser Stelle nicht möglich.

Die transkulturelle Öffnung der Institution wird gemäss den theoretischen Herausarbeitungen sowie den Aussagen der Fachfrauen als wichtig erachtet. Dabei konnten wir anhand der Interviews feststellen, dass in einzelnen Institutionen, die Massnahmen für einen transkulturellen Wandel festlegten, vermehrt Fachpersonen mit Migrationshintergrund tätig sind. Jedoch muss festgehalten werden, dass auch die anderen Institutionen Massnahmen umsetzen, die nach unserem Verständnis Teil einer transkulturellen Öffnung sind, wie bspw. die Vernetzung mit Fachstellen.

Des Weiteren konnten wir aufgrund der empirischen Forschung feststellen, dass sich Institutionen offenbar transkulturell öffnen, wenn die Mitarbeitenden in transkultureller Kompetenz weitergebildet werden.

Die Massnahmen eines transkulturellen Wandels umfassen gemäss den Professionellen der Sozialen Arbeit die Vernetzung innerhalb von Fachstellen. Weiter wurden die Informationsbeschaffung sowie die Weiterbildung bei transkulturellen Übersetzenden genannt, was mit den Massnahmen der *Erhöhung der transkulturellen Kompetenz in der gesamten Institution* sowie mit den *Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten* gleichgesetzt werden kann. Weiter wurde auch erwähnt, dass die Anstellung von Personen mit Migrationshintergrund wünschenswert und sinnvoll ist, wenn mit Migrantinnen und Migranten gearbeitet wird. Jedoch

kann man nicht davon ausgehen, dass Mitarbeitende mit Migrationshintergrund per se transkulturell kompetent sind und somit auch diese bei der Entwicklung und Förderung dieser Kompetenz unterstützt werden müssen. Dies stimmt einerseits mit der Massnahme *Anstellung und Förderung von Praktikerinnen und Praktikern mit Migrationshintergrund* sowie mit unseren im Kapitel 2.1.1 *Selbstreflexion* dargestellten Ausführungen zum transkulturellen Umgang mit Migrantinnen und Migranten überein. Fachpersonen mit Migrationshintergrund tragen gemäss den Professionellen der Sozialen Arbeit auch innerhalb des Teams bei der Vermittlung der Lebenswelt der Zielgruppe übersetzend und erklärend bei und können durch ihre Netzwerke den Zugang zur Zielgruppe erleichtern.

Bei unseren Interviews wurden wir überdies darauf aufmerksam gemacht, dass Fachpersonen auch ohne eine Öffnung der Institution transkulturell kompetent sein können. Jedoch wurde zugleich erwähnt, dass die transkulturelle Öffnung die Kompetenzentwicklung und -festigung der einzelnen Fachpersonen erleichtert. Denn gemäss unseren Interviewpartnerinnen ist es durch einen transkulturellen Wandel möglich, beispielsweise mehrsprachiges Informationsmaterial bereitzustellen und eine Zusammenarbeit mit Dolmetschenden zu ermöglichen. Auch die Anpassung der Öffnungszeiten an die Bedürfnisse der Zielgruppe sowie das Informieren der Zielgruppe über das vorhandene Dienstleistungsangebot können zu einem transkulturellen Wandel gezählt werden. Die Umsetzung dieser Massnahmen wäre mit einer einzelnen transkulturell kompetenten Fachperson nicht möglich. So wird, wie wir im Kapitel 2.1 *Transkulturelle Kompetenz* beschrieben haben, durch einen transkulturellen Wandel einem Verlust von einzelnen transkulturell kompetenten Fachpersonen vorgebeugt, indem die transkulturelle Kompetenz auf einer strukturellen Ebene gesichert wird.

Die in den befragten Institutionen durchgeführten Massnahmen, welche im empirischen Teil aufgezeigt wurden, werden nicht explizit im Rahmen einer transkulturellen Öffnung umgesetzt. Deshalb wird unseres Erachtens deutlich, dass den befragten Institutionen nicht bewusst ist, wie wichtig eine solche Öffnung in Anbetracht eines transkulturell kompetenten Umgangs wäre. Denn gemäss unseren theoretischen Darlegungen wird der Klientel lediglich durch die Kombination von einer individuellen Erhöhung der transkulturellen Kompetenz seitens der Fachmitarbeitenden und einer transkulturellen Öffnung der gesamten Institution ein erleichterter Zugang zu den Institutionen ermöglicht. Dies führt auf eine Chancengleichheit der Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung hin.

6.4 Zusammenhang zwischen transkultureller Kompetenz in der Sozialen Arbeit und Gesundheitskompetenzstärkung

Das Verständnis von Gesundheit unserer Interviewpartnerinnen besteht gleichwohl wie die Definition der WHO aus drei Ebenen. Die Begrifflichkeiten sind nicht dieselben, unseres Erachtens handelt es sich dabei aber um das gleiche Verständnis. Die Professionellen der Sozialen Arbeit sprechen von einer sozialen, einer körperlichen sowie einer seelischen Komponente. Die WHO (1946) bezeichnet Gesundheit als „vollständiges körperliches, geistiges und soziales Wohlergehen“ (zitiert nach BAG, 2010, S. 1). Wir gehen demnach davon aus, dass das Verständnis der WHO von Gesundheit mit demjenigen der befragten Fachpersonen übereinstimmt. Die WHO führt überdies noch weiter aus, dass Gesundheit nicht lediglich als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen definiert wird (1946, zitiert nach BAG, 2010, S. 1), was unseres Erachtens mit dem Verständnis der Fachpersonen übereinstimmt. Weiter wurden unsere theoretischen Ausführungen gemäss der Darlegung der Maternité-Untersuchung in der Aussage einer Interviewpartnerin bestätigt, die erwähnte, dass psychosomatische Beschwerden durch das Erleben von häuslicher Gewalt hervorgerufen werden können. Die befragte Fachperson führte weiter noch die gestörte Wahrnehmung des eigenen Körpers sowie der eigenen Bedürfnisse auf, die im Kontext der häuslichen Gewalt auftreten können.

Das Verständnis von Gesundheitskompetenz umfasst gemäss unseren Interviewpartnerinnen, dass man seine eigene Gesundheit wahrnehmen können muss und über Strategien sowie Wissen und Erfahrung darüber verfügt, wie man im Leben gesund bleiben kann und was man dafür benötigt. Überdies wurde dem Wissen, wie man zu Informationen gelangt sowie wie man diese Informationen verarbeitet, eine zentrale Rolle zugesprochen. Dies stimmt mit unserem theoretischen Zusammenschluss der Verständnisse von Nutbeam (2000, zitiert nach Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 28) und Kickbusch et al. (2005, zitiert nach Rödiger & Stutz Steiger, 2009, S. 29) mit der Begriffsbestimmung des BAG (n.d.) überein. Eine Interviewpartnerin führte zudem aus, dass gesundheitskompetentes Handeln nicht ein gesund geführtes Leben bedeutet. Dieses Verständnis entspricht dem unsrigen, wie wir es in Kapitel 4.2. *Gesundheitskompetenz* erläutert haben. Wichtig ist demnach lediglich, dass sich die Entscheidungen positiv auf die am stärksten gewichtete Ebene (physische, psychische oder soziale) auswirken.

Die Gesundheitskompetenzstärkung hat nach unseren theoretischen Erläuterungen das selbstbestimmte und reflektierte Handeln der Klientel zum Ziel, was ihnen dazu verhilft, Entscheidungen frei treffen zu können. Im konkreten Umgang mit Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, wird diese Zielsetzung in der Praxis durch Psychoedukation und Informationsvermittlung sowie durch korrektive Erfahrungen bzw. Erfolgserlebnisse unterstützt. Laut dem Verständnis der WHO (1986) wird die Stärkung der Gesundheitskompetenz durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten erreicht (WHO-Regionalbüro für Europa, 1986, S. 1-4). Dies kann somit eins zu eins auf die oben genannten Interventionen der Praxis übertragen werden. Die Fachpersonen führen diesbezüglich weiter aus, dass ausserdem das Verfügen über genügend Zeit sowie die Vernetzung mit Fachstellen wesentliche Faktoren für die Stärkung der Gesundheitskompetenz darstellen. Diese wurden aus theoretischer Sicht bisher nicht erwähnt, stellen für uns aber einen wichtigen Faktor dar, da je nach Ausprägung der Gesundheitskompetenz der Klientel mehr oder weniger Zeit für die Intervention eingesetzt werden muss. Gleiches gilt für die Vernetzung mit Fachstellen, welche unserer Meinung nach zu der gesundheitsbezogenen Bildung und Information gezählt werden kann, welche Teil des theoretischen Verständnisses der Gesundheitskompetenzstärkung sind. Des Weiteren wurde der Empowerment-Ansatz als Element der Gesundheitskompetenzstärkung genannt, der dabei hilft, die Klientinnen wieder selbst zu befähigen. Dies haben auch wir in unserem erarbeiteten Idealtypus des Umgangs mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, neben des Salutogenese-modells, der klientenzentrierten Beratung und des Case Managements als unterstützendes Konzept aufgeführt. Überdies wurde genannt, dass jede Unterstützung und Entlastung, die man den Klientinnen bietet, dabei hilft ihr Bewusstsein für die eigenen Ressourcen zu schärfen, damit sie wieder für sich selbst sorgen können. Das würde bedeuten, dass eigentlich jede unterstützende sozialarbeiterische Intervention zu einer Stärkung der Gesundheitskompetenz führt. Bezogen auf die im Kapitel 4.1 *Gesundheit und Soziale Arbeit* dargestellte Definition von Gesundheit, welche sehr breit gefasst ist und beinahe alle Bereiche des Lebens umfasst, kann man diesem durchaus auch aus theoretischer Sicht zustimmen.

Unsere Interviewpartnerinnen erwähnten bei der Wichtigkeit der transkulturellen Kompetenz in der Sozialen Arbeit, dass diese Fähigkeit in jeder Intervention vorhanden sein muss. Überdies haben wir im obigen Abschnitt erläutert, dass jede unterstützende sozialarbeiterische Intervention zu einer Gesundheitskompetenzstärkung führt. Von daher könnte man provokativ daraus schliessen, dass die transkulturelle Kompetenz gemäss den Fachpersonen zu einer Stärkung der Gesundheitskompetenz der Klientel führt. Da wir, wie in unserem idealen theo-

retischen Modell eines professionellen transkulturellen Umgangs erwähnt, davon ausgehen, dass die transkulturelle Kompetenz nicht alleine zu einer Gesundheitskompetenzstärkung führen kann, können wir dieser Annahme nicht zustimmen. Denn gemäss unserer dargestellten theoretischen Position bringt die transkulturelle Kompetenz nicht per se eine Stärkung der Gesundheitskompetenz mit sich, sondern muss ergänzt durch zusätzliche Modelle, Methoden und Konzepte angewendet werden. Da wir unseren theoretisch dargelegten Idealtypus eines professionellen transkulturellen Umgangs jedoch durch einige aufgeführte Punkte aus der Praxis ergänzen werden, kann davon ausgegangen werden, dass dieser in Kombination mit den Ansätzen der Ressourcenorientierung und des Empowerment-Ansatzes diese Aussage folgendermassen bestätigt: Ein professioneller transkultureller Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, führt zu einer Gesundheitskompetenzstärkung der Klientin.

Unsere Ausführungen werden durch die Aussage von Frau Bühlmann vom SRK bestärkt, da auch sie erwähnt, dass die Gesundheitskompetenz ohne die transkulturelle Kompetenz gestärkt werden kann und durch andere Modelle, Methoden und Konzepte unterstützt wird. Sie betont aber auch, dass diese Kompetenz im Umgang mit Migrantinnen hilfreich sein kann, da dadurch die subjektive Perspektive der Klientel und deren Meinung miteinbezogen wird. (Bühlmann, pers. Mitteilung, 24.10.13)

Weiter besteht gemäss Frau Bühlmann eine Verbindung zwischen dem Salutogenese-Modell und der Stärkung der Gesundheitskompetenz. Diese Verbindung wurde in Kapitel 4.3 *Salutogenese* ausführlich thematisiert. Der Salutogenese-Ansatz kann gemäss Frau Bühlmann im Sinnfindungsprozess der Migrantinnen hilfreich und förderlich wirken, was auch wir im Kapitel 4.6 *Stärkung der Gesundheitskompetenz durch transkulturelle Kompetenz* erläuterten. Weiter bekräftigte sie uns auch bei den im selben Kapitel aufgeführten Aussagen, dass die Klientinnen durch die Salutogenese bei der Suche und Entwicklung von Strategien und Möglichkeiten, um mit der vorliegenden Situation umgehen zu können, unterstützt werden. Im konkreten Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, haben gemäss Frau Bühlmann die salutogenetischen Interventionen nicht primär zum Ziel, dass sich die Umstände wieder bessern, sondern dass die Klientinnen die Situation für sich selbst möglichst gut in ihr Leben integrieren können. (Bühlmann, pers. Mitteilung, 24.10.13) Die im Kapitel 4.6 *Stärkung der Gesundheitskompetenz durch transkulturelle Kompetenz* beschriebenen Ressourcen unterstützen die Klientinnen bei der Bewältigung von Stressoren und tragen

somit zu einer Sinnfindung bei. Dies führt folglich zu einer konkreten Gesundheitskompetenzstärkung.

Abschliessend stellte sich durch die Befragung unserer Interviewpartnerinnen heraus, dass die Gesundheitskompetenzstärkung einen sehr wichtigen Teil der sozialarbeiterischen Praxis darstellt. Dies bestätigt somit die im Kapitel 4.1 *Gesundheit und Soziale Arbeit* dargestellte Verknüpfung der Definition der Sozialen Arbeit mit dem Gesundheitsförderungs-Konzept der WHO (1986). In der Praxis bleibt jedoch unklar, ob die Gesundheitskompetenzstärkung in der Sozialen Arbeit bewusst geschieht oder ob es sich lediglich um einen positiven Nebeneffekt handelt. Dies kann auch mit dem Beiziehen von theoretischen Erkenntnissen nicht abschliessend geklärt werden, da die Thematik der Gesundheitskompetenzstärkung in der Sozialen Arbeit in der Literatur bisher noch nicht Einzug gehalten hat.

7 Fazit

Abschliessend können wir aufgrund der Diskussion des theoretischen Teils dieser Bachelor-Thesis mit dem empirischen Teil konkrete Ergebnisse auf unsere eingangs erläuterte Fragestellung präsentieren. Ferner werden wir Folgerungen für die Praxis der Sozialen Arbeit darlegen sowie Stärken und Schwächen dieser Bachelor-Thesis aufzeigen. Überdies werden offene und weiterführende Fragen dargestellt.

7.1 Beantwortung der Fragestellung

Die eingangs dieser Bachelor-Thesis aufgeführten Teilfragestellungen konnten im Verlauf des theoretischen Teils beantwortet werden, was uns dazu diente, ein ideales Modell eines professionellen transkulturellen Umgangs mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, zu entwickeln. Dieses erläuterten wir bereits im Kapitel 4.8 *Professioneller transkultureller Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, mit dem Ziel ihrer Gesundheitskompetenzstärkung* vertieft. Die Ergebnisse aus unserer empirischen Untersuchung dienten uns dazu, dieses ideale Modell eines professionellen transkulturellen Umgangs aus Praxissicht zu überprüfen. Wir stellten bei der Diskussion fest, dass wir diesen Idealtypus noch um einige Punkte, die uns als sehr zentral erschienen, erweitern müssen. Unsere Fragestellung, welche wir hier nochmals aufführen, können wir in Anbetracht dieser Erweiterung wie folgt beantworten.

Was kennzeichnet einen professionellen transkulturellen Umgang von Fachpersonen der Sozialen Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, und wie kann dadurch die Gesundheitskompetenz der Migrantinnen gestärkt werden?

Fachpersonen der Sozialen Arbeit müssen im professionellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, transkulturell kompetent sein. Das heisst, sie sprechen und interagieren mit der Klientin und suchen dabei nach Gemeinsamkeiten. Überdies müssen sie den Betroffenen eine empathische Haltung entgegenbringen, die auf Respekt beruht sowie die Wünsche und den Willen der Klientin ins Zentrum stellt. Ausserdem muss die Betroffene dort abgeholt werden, wo sie steht. Überdies muss eine Fachperson selbstreflexiv sein, um somit offen, tolerant und vorurteilslos sowie ohne Stereotypisierungen mit der Klientin in Interaktion treten zu können. Die Selbstreflexion hilft dabei, die eigene Haltung, Wertvorstellungen und Normen zu hinterfragen. Hintergrundwissen sowie Erfahrung tragen zu einer Sensibilität für die Zielgruppe bei. Dieses Hintergrundwissen umfasst allgemeine Kenntnisse der

migrationspezifischen Lebenswelten, Kenntnisse über sozioökonomische Bedürfnisse, das Bewusstsein über die Macht der Fachperson der Klientel gegenüber sowie allgemeines Wissen über Migration und häusliche Gewalt. Die Professionellen der Sozialen Arbeit müssen während dieser Interaktion die professionelle Distanz wahren und der Klientin ausserdem die Schweigepflicht garantieren. Letzterer Punkt dient neben Pausen sowie ausreichender Zeit dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu der Klientin. Sofern diese vertrauensvolle Beziehung durch sprachliche Barrieren nicht hergestellt werden kann, ist die Arbeit mit Dolmetschenden, interkulturellen Übersetzenden oder Mitarbeitenden mit Fremdsprachenkenntnissen unerlässlich. Ausserdem kann auch das Einbeziehen von Familienangehörigen einen unterstützenden Faktor darstellen, sofern dies von der Klientin gewünscht wird. Alle bisherig aufgezeigten Komponenten des professionellen transkulturellen Umgangs mit unserer Zielgruppe werden durch eine transkulturelle Öffnung der gesamten Institution gefördert.

Bei der Intervention muss ziel-, lösungs- und themenorientiert mit der Klientin gearbeitet werden, wobei sie mit ihren Wünschen und Bedürfnissen in Bezug auf ihr Problem im Zentrum steht. Soziale und persönliche Ressourcen der Betroffenen müssen ergründet und gefördert werden. Dabei soll auch mit dem Empowerment-Ansatz gearbeitet werden, der zum Ziel hat die Frau wieder selbstzubefähigen. Sofern in diesem Zusammenhang nicht genügend Ressourcen vorhanden sind, ist eine Vernetzung mit professionellen Fachstellen sowie auf sozialer Ebene unabdingbar. All diese Punkte tragen zu einem professionellen transkulturellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, bei und wirken unterstützend bei der Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz. Werden diese Komponenten beachtet, so wird der Migrantin ermöglicht, sich im Alltag Gesundheitsinformationen zu beschaffen und diese dahingehend anzuwenden, dass sie sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken. So kann die Migrantin selbstbestimmt handeln und ihre Entscheide frei treffen. Ferner können dieser Stärkung die Begleitung zu Ämtern, Ärzten o.Ä. sowie die Motivierung zum Erwerb der Landessprache dienlich sein. Überdies sind Modelle, Methoden und Konzepte wie die klientenzentrierte Beratung, das Salutogenese-Modell oder das Case Management beizuziehen, welche zusätzlich zu einer Gesundheitskompetenzstärkung beitragen.

Abschliessend zeigt sich, dass jede Intervention, die nach diesem professionellen transkulturellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, erfolgt, eine Gesundheitskompetenzstärkung zur Folge hat.

7.2 *Folgerungen für die berufliche Praxis*

Einerseits legten wir im theoretischen Teil dieser Bachelor-Thesis die Wichtigkeit der transkulturellen Kompetenz im professionellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, dar. Andererseits stellten wir aufgrund der empirischen Untersuchung fest, dass das Konzept der transkulturellen Kompetenz in der sozialarbeiterischen Praxis kaum bekannt ist. Aus diesen Gründen ergibt sich unseres Erachtens Folgendes.

Eine Verbreitung der transkulturellen Kompetenz und der transkulturellen Öffnung gesamter Institutionen scheint uns äusserst wünschenswert und notwendig. Einerseits sehen wir die Notwendigkeit darin, weil – wie in der Ausgangslage beschrieben – Migrationsströme weltweit immer weiter zunehmen. Andererseits stehen Fachpersonen insbesondere in der Sozialen Arbeit aufgrund der Heterogenität der Klientinnen und Klienten vor grossen Herausforderungen. Die transkulturelle Kompetenz kann in der spezifischen Interaktion mit unserer Zielgruppe, aber auch ganz allgemein in der Arbeit mit Menschen aus unterschiedlichsten Lebenswelten, unterstützend beim professionellen Umgang mit dieser Vielfalt wirken. Wir konnten zudem feststellen, dass erfreulicherweise bereits einige Aspekte dieses Konzeptes umgesetzt werden, da sie auch Teile von anderen Methoden der Sozialen Arbeit darstellen. Überdies wurde aufgrund der empirischen Untersuchung deutlich, dass auch andere Punkte des Konzeptes der transkulturellen Kompetenz in die sozialarbeiterische Praxis einfließen, selbst wenn kein Bewusstsein für dieses theoretische Konzept besteht. Dennoch hoffen wir, mit der vorliegenden Bachelor-Thesis einen Anstoss für die Praxis der Sozialen Arbeit zu geben, damit sich das Konzept der transkulturellen Kompetenz zukünftig einer breiteren Bekanntheit erfreuen darf, was unseres Erachtens zu einer erhöhten Professionalität führen würde. Weiter wäre auch die konkrete Auseinandersetzung vonseiten der Professionellen der Sozialen Arbeit mit unserem erarbeiteten Idealtypus wünschenswert, da dieser, wie wir feststellen konnten, einerseits zu einem professionellen Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, dient. Andererseits wird mit diesem Umgang die Gesundheitskompetenz der Klientinnen gestärkt, was auch in der Zuständigkeit der Sozialen Arbeit liegt. So können die Klientinnen auf ihrem weiteren Weg zusätzlich unterstützt werden.

7.3 Stärken und Schwächen / Kritik der vorliegenden Bachelor-Thesis

Wir möchten festhalten, dass wir bei der Erarbeitung dieser Bachelor-Thesis festgestellt haben, dass es sich bei unserer Fragestellung um ein sehr interessantes, komplexes und umfassendes Thema handelt. Dies ist mitunter ein Kritikpunkt der vorliegenden Arbeit, da zu umfassende Thematiken gewählt wurden, die im Rahmen einer Bachelor-Thesis nur sehr schwer auf die Kernthematik herunterzubrechen sind. Jedoch sehen wir diesbezüglich eine grosse Stärke, da mit der Erarbeitung dieser Bachelor-Thesis neue Erkenntnisse für die Forschung sowie die Praxis geschaffen werden konnten. So kann die Wissenslücke in Anbetracht der Verbindung von bisher unerforschten Zusammenhängen ein Stück weit geschlossen werden. Überdies stellten wir uns die Frage, ob eine so ausführliche Darstellung des Hintergrundwissens in Anbetracht der Migration und der häuslichen Gewalt für die Erarbeitung eines Idealtypus notwendig war. Unseres Erachtens war diese Herangehensweise erforderlich, da die Verbindungen dieser einzelnen Thematiken ohne dieses Grundwissen zu komplex gewesen und folglich unverständlich ausgefallen wären.

Eine weitere Stärke dieser Bachelor-Thesis sehen wir darin, dass nicht lediglich eine Literaturarbeit durchgeführt wurde, da ohne die empirische Untersuchung wichtige Komponenten für den Idealtypus gefehlt hätten, die in der Theorie nicht thematisiert werden. In Bezug auf die qualitative Forschung sehen wir in der Erarbeitung unserer Thesis eine Schwäche darin, dass die letzten Interviews sehr spät erfolgten, sodass wir mit der Auswertung unter Druck standen. Dies hat sich letztlich aber nicht negativ auf die eigentliche Datenanalyse ausgewirkt. Da wir erstmals eine qualitative Forschung durchführten, war uns bei der Herausarbeitung des Leitfadens nicht klar, dass dieser differenzierter hätte ausgestaltet werden müssen. Denn bei der Auswertung bemerkten wir, dass einige Aussagen mit einer gezielten Nachfrage deutlicher und konkreter hätten ausfallen können. Von daher folgern wir für eine zukünftige qualitative Forschung, dass die Leitfadeninterviews vermehrt durch Ad-hoc-Fragen ergänzt werden müssen. Ferner möchten wir anmerken, dass eine allgemeingültige Aussage bezüglich des Bekanntheitsgrades und der Verbreitung des Konzeptes der transkulturellen Kompetenz aufgrund von lediglich drei geführten Interviews mit Professionellen der Sozialen Arbeit nicht möglich ist.

Abschliessend halten wir fest, dass die Auseinandersetzung mit der vorliegenden Thematik sehr interessant und herausfordernd war und wir der Meinung sind, dass noch etlicher Forschungsbedarf besteht, damit weitergehende Erkenntnisse erzeugt werden können.

7.4 Offene und weiterführende Fragen

In der Auseinandersetzung mit der Frage, wie ein professioneller transkulturell kompetenter Umgang einer Fachperson der Sozialen Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, und der Gesundheitskompetenzstärkung der Migrantinnen aussieht, stellten sich uns einige weitere Fragen, die nicht bearbeitet werden konnten. Diejenigen, welche für den Diskurs der Sozialen Arbeit von Bedeutung sein können, führen wir hier auf.

Gemäss unserer Herausarbeitung stellt die Gesundheitskompetenzstärkung eine Zuständigkeit der Sozialen Arbeit dar. Aufgrund dessen wäre es einerseits interessant zu wissen, weshalb auf diesem Gebiet weitgehend noch keine Forschungsergebnisse bestehen. Andererseits wäre es interessant, noch ausführlicher auf die Frage nach weiteren Methoden und Konzepten, die zu einer solchen Stärkung beitragen, einzugehen.

Aufgrund der Wichtigkeit der transkulturellen Kompetenz in der Sozialen Arbeit wäre es hilfreich zu wissen, ob und wie Sozialarbeitende in der Ausbildung auf diese Thematik sensibilisiert werden. Ausserdem stellt sich auch hier die Frage, weshalb das Konzept der transkulturellen Kompetenz bis anhin vorherrschend im Gesundheitsbereich vertreten ist und in anderen Berufsgruppen weitgehend noch keinen Einzug gefunden hat.

Abschliessend wäre auch eine Forschung interessant, die den professionellen Umgang in Institutionen untersucht, welche nicht spezifisch auf die Thematik von Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, sensibilisiert sind, aber dennoch mit dieser Zielgruppe arbeiten. Denkbar sind Institutionen wie Sozialdienste, Gemeinschaftszentren o.Ä., welche über einen anderen institutionellen Auftrag verfügen, der nicht in der Bearbeitung der Thematik von Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, liegt. Überdies stellt sich uns die Frage, ob auch in diesen Institutionen eine Auseinandersetzung mit unserem erarbeiteten Idealtypus im Umgang mit den Betroffenen hilfreich wäre oder ob bei solchen Stellen lediglich die Vernetzung an spezialisierte Institutionen notwendig ist.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Abel, Thomas, Kolip, Petra & Wydler, Hans. (2010). Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl. In Hans Wydler, Petra Kolip & Thomas Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (4. Aufl., S. 11-19). Weinheim: Juventa.
- Assion, Hans-Jörg. (2005). Migration und psychische Krankheit. In Hans-Jörg Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 133-144). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- AvenirSocial. (n.d.). *Definition Soziale Arbeit IFSW* [PDF]. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch/de/p42000233.html>
- AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial.
- Belser, Katharina. (2005). Häusliche Gewalt kommt in allen Kreisen vor – nur in manchen vielleicht etwas häufiger. *Frauenfragen*, 1.2005, 9-12.
- Besic, Omar & Bisegger, Corinna. (2009). Gesundheitskompetenz im Migrationskontext: Auf dem Weg zu gesundheitlicher Chancengleichheit. In Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.), *Gesundheitskompetenz: zwischen Anspruch und Umsetzung* (S. 179-199). Zürich: Seismo.
- Brieskorn-Zinke, Marianne. (2010). Salutogenese in der Pflege - zur Integration des Konzepts in pflegerische Handlungsfelder. In Hans Wydler, Petra Kolip & Thomas Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (4. Aufl., S. 173-184). Weinheim: Juventa.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (n.d.). *Gesundheitskompetenz* [Website]. Abgerufen von <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/>

- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2010). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation* [PDF].
Abgerufen von
[http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11103/11512/11514/index.html?
lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11103/11512/11514/index.html?lang=de)
- Bundesamt für Migration BFM. (2011). *Weltweite Migration / Analysen* [Website].
Abgerufen von
https://www.bfm.admin.ch/content/bfm/de/home/themen/migration_analysen.html
- Bundesamt für Statistik BFS. (2013a). *Ausländische Bevölkerung: Staatsangehörigkeit*
[Website]. Abgerufen von
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/01/01.html>
- Bundesamt für Statistik BFS. (2013b). *Statistik Schweiz – Bevölkerung mit Migrationshintergrund* [Website]. Abgerufen von
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/04.html>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ. (2009). *Gesundheit – Gewalt – Migration: Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland - Kurzzusammenfassung zentraler Ergebnisse* (3. Aufl.). Abgerufen von
[http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=
108722.html](http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=108722.html)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ. (2012). *Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen: Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt - Kurzfassung* (4. Aufl.). Abgerufen von
<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=120792.html>
- Bühlmann, Renate. (2012). Wahrnehmung des Individuums statt Stereotypen: Soziale Arbeit braucht transkulturelle Kompetenz [PDF]. *SozialAktuell*, 6, 26-27. Abgerufen von
<http://www.avenirsocial.ch/de/p42011476.html>

- Domenig, Dagmar. (2001). *Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz*. Bern: Hans Huber.
- Domenig, Dagmar. (2007a). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In Dagmar Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. Aufl., S. 165-189). Bern: Hans Huber.
- Domenig, Dagmar. (2007b). Transkulturelle Organisationsentwicklung. In Dagmar Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. Aufl., S. 341-368). Bern: Hans Huber.
- Eichler, Katja Johanna. (2008). *Migration, Transnationale Lebenswelten und Gesundheit: Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG. (2008). *Gewalt in Paarbeziehungen. Ursachen und in der Schweiz getroffene Massnahmen* [PDF]. Abgerufen von <http://www.equality.ch/d/publikationen.htm>
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG. (2012). *Informationsblatt 19: Häusliche Gewalt im Migrationskontext* [PDF]. Abgerufen von <http://www.ebg.admin.ch/dokumentation/00012/00442/index.html?lang=de>
- Galuske, Michael. (2009). *Methoden der Sozialen Arbeit: Eine Einführung* (8. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Geyer, Sigried. (2010). Antonovsky's sense of coherence - ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konzept?. In Hans Wydler, Petra Kolip & Thomas Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (4. Aufl., S. 71-83). Weinheim: Juventa.

- Gloor, Daniela & Meier, Hanna. (2004). *Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum: Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie* [PDF]. Abgerufen von <http://www.socialinsight.ch/index.php/publikationen>
- Gloor, Daniela & Meier, Hanna. (2010). 1. Zahlen und Fakten zum Thema häusliche Gewalt. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich & Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren: Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung* (2. Aufl., S. 17-36). Bern: Hans Huber.
- Godenzi, Alberto. (1996). *Gewalt im sozialen Nahraum* (3. Aufl.). Basel: Helbing & Lichtenhahn.
- Höfer, Renate & Straus, Florian. (2010). Kohärenzgefühl, soziale Ressourcen und Gesundheit: Überlegungen zur Interdependenz von (Widerstands-)Ressourcen. In Hans Wydler, Petra Kolip & Thomas Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (4. Aufl., S. 115-128). Weinheim: Juventa.
- Illés, Claudia & Abel, Thomas. (2002). *Psychische Gesundheit: Eine qualitative Studie im Rahmen des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz*. Bern: SGGP.
- Köppel, Monika. (2003). *Salutogenese und Soziale Arbeit*. Lage: Hans Jacobs.
- Kromrey, Helmut. (2009). *Empirische Sozialforschung* (12. Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Lorenz, Rüdiger. (2004). *Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München: Ernst Reinhardt.
- Madubuko, Nkechi. (2011). *Akkulturationsstress von Migranten: Berufsbiographische Akzeptanzverfahren und angewandte Bewältigungsstrategien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Mayer, Horst Otto. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Mayer, Klaus. (2010). Männer, die Gewalt gegen die Partnerin ausüben. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich & Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren: Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung* (2. Aufl., S. 53-72). Bern: Hans Huber.
- Mayring, Philipp. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, Philipp. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Moro, Marie Rose & Sturm, Gesine. (2010). Frauen in der Migration: Genderspezifische Bedürfnisse von Migrantinnen. In Thomas Hegemann & Ramazan Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 259-272). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Nüscheler-Gutiérrez, Yasmin. (2005). Dort öffnen sich die Grenzen. *Berner Frauenhaus: Post zum 25 jährigen Jubiläum*, 7.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. (1998). *Universal Declaration of Human Rights* [PDF]. Abgerufen von <http://www.ohchr.org/en/udhr/pages/Language.aspx?LangID=ger>
- Rödiger, Alexander & Stutz Steiger Therese. (2009). Gesundheitskompetenz: Hintergrund, Begriffsbestimmung und Auswirkungen. In Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.), *Gesundheitskompetenz: zwischen Anspruch und Umsetzung* (S. 19-54). Zürich: Seismo.
- Schmid, Gabriella. (2010). Die Situation von Frauen, die Gewalt in der Paarbeziehung erleben. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich & Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren: Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung* (2. Aufl., S. 37-51). Bern: Hans Huber.

- Schneider, Christa M. (2010). Philosophische Überlegungen zu Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese. In Hans Wydler, Petra Kolip & Thomas Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (4. Aufl., S. 21-41). Weinheim: Juventa.
- Schwander, Marianne. (2006). *Häusliche Gewalt: Situation kantonaler Massnahmen aus rechtlicher Sicht* [PDF]. Abgerufen von <http://www.ebg.admin.ch/dokumentation/00012/00196/>
- Schwander, Marianne. (2010). *Das Opfer im Strafrecht: Aktuelles und potenzielles Opfer zwischen Recht, Psychologie und Politik*. Bern: Haupt.
- Schweizerisches Rotes Kreuz. (n.d.). *Transkulturelle Kompetenz – Bildungsangebote* [Website]. Abgerufen von <http://www.transkulturelle-kompetenz.ch/index2.php?m=3&nm=111>
- Sluzki, Carlos E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In Thomas Hegemann & Ramazan Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 108-123). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sprung, Annette. (2007). Transkulturelle Kompetenzerweiterung als Herausforderung für die Aus- und Weiterbildung. In Dagmar Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. Aufl., S. 311-322). Bern: Hans Huber.
- Truninger, Annina. (2010). Rolle und Auftrag des Gesundheitswesens. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich & Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren: Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung* (2. Aufl., S. 181-194). Bern: Hans Huber.
- United Nations Population Division. (2012). *Report A/67/254* [PDF]. Abgerufen von <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/international-migration/index.shtml>

- United Nations Population Division. (2013). *Report A/68/190* [PDF]. Abgerufen von <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/international-migration/index.shtml>
- Weibel, Marion. (2013). *Trauma und Sucht* (Unveröffentlichte Studienarbeit). Berner Fachhochschule – Fachbereich Soziale Arbeit: Bern.
- Welsch, Wolfgang. (1995). Transkulturalität: Zur veränderten Verfasstheit heutiger Kulturen [PDF]. *Kulturaustausch, 1*. Abgerufen von http://www.forum-interkultur.net/Beitraege.45.0.html?&tx_textdb_pi1%5Bfazit_all%5D=28&tx_textdb_pi1%5Bpointer%5D=2#A_28
- Weltgesundheitsorganisation WHO. (2003). *Weltbericht Gewalt und Gesundheit: Zusammenfassung* [PDF]. Abgerufen von http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/
- WHO-Regionalbüro für Europa. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986* [PDF]. Abgerufen von <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Injured woman terrified. Aus: Arto (2013). Fotolia.com

Abb. 2: Migrationsprozess. Aus: Sluzki, Carlos E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In Thomas Hegemann & Ramazan Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 108-123). Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 110.

Abb. 3: Der Kreislauf der Gewalt. Aus: Schmid, Gabriella. (2010). Die Situation von Frauen, die Gewalt in der Paarbeziehung erleben. In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich & Verein Inselhof Triemli, Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren: Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung* (2. Aufl., S. 37-51). Bern: Hans Huber. S. 40.

Abb. 4: Funktion von SOC im salutogenetischen Prozess. Aus: Rimann, Martin & Udris, Ivars. (2010). Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst?: Strukturelle und funktionale Aspekte und ein Validierungsversuch. In Hans Wydler, Petra Kolip & Thomas Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (4. Aufl., S. 129-147). Weinheim: Juventa. S. 142.

Anhang

Leitfadeninterview

Frauenhaus Bern, Informationsstelle für Ausländerinnen- und Ausländerfragen und Beratungsstelle Opferhilfe Bern

Interview im Rahmen der Erarbeitung der Bachelor-Thesis

Fragestellung: „Was kennzeichnet einen professionellen transkulturellen Umgang von Fachpersonen der Sozialen Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, und wie kann dadurch die Gesundheitskompetenz der Migrantinnen gestärkt werden?“

1. Umfasst Ihre Klientel oft Frauen, die sich mit Fragen bezüglich häuslicher Gewalt an Ihre Institution wenden?
2. Können Sie verallgemeinernd eine Aussage über die Ressourcen und Bewältigungsstrategien von Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, machen?
3. Wie sieht Ihrer Meinung nach (oder in Ihrer Institution) ein professioneller Umgang mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, aus?
4. Nach welchen Konzepten und Methoden arbeiten Sie in Ihrer Institution?
5. Welchen Unterschied sehen Sie zwischen Transkulturalität und Interkulturalität?
6. Ist Ihnen das Konzept der transkulturellen Kompetenz bekannt?
 - Falls ja, was verstehen Sie darunter?
 - Falls nein, was könnte damit gemeint sein?
7. Arbeiten Sie nach dem Konzept der transkulturellen Kompetenz?
 - Wie sieht die konkrete Umsetzung aus?
 - Worauf muss konkret geachtet werden?

8. Wurden Massnahmen zur transkulturellen Öffnung Ihrer Institution ergriffen?
- Falls ja, welche?
 - Falls nein, fühlen Sie sich bei der Arbeit in den Handlungsweisen durch strukturelle oder institutionelle Hindernisse eingeschränkt oder behindert?
 - Denken Sie, die individuelle transkulturelle Kompetenz kann auch ohne eine transkulturelle Öffnung seitens der Institution erfolgreich angewendet werden?
9. Ist die transkulturelle Kompetenz für die Soziale Arbeit wichtig?
- Weshalb?
10. Denken Sie, dass das Konzept der transkulturellen Kompetenz in der Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, hilfreich wäre?
- Weshalb?
11. Was verstehen Sie unter Gesundheitskompetenz?
- Wie kann Ihrer Meinung nach die Gesundheitskompetenz gestärkt werden?
 - Ist die Gesundheitskompetenzstärkung Aufgabe der Sozialen Arbeit?
 - Was tragen Sie in Ihrer Institution konkret zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Migrantinnen bei?
 - Denken Sie, dass die transkulturelle Kompetenz bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz von Bedeutung ist?

Leitfadeninterview

Schweizerisches Rotes Kreuz

Interview im Rahmen der Erarbeitung der Bachelor-Thesis

Fragestellung: „Was kennzeichnet einen professionellen transkulturellen Umgang von Fachpersonen der Sozialen Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, und wie kann dadurch die Gesundheitskompetenz der Migrantinnen gestärkt werden?“

1. Wie kann das Konzept der transkulturellen Kompetenz nach Domenig konkret in der Sozialen Arbeit angewendet werden?
2. Ist die transkulturelle Öffnung, bzw. die transkulturelle Organisationsentwicklung einer Institution zwingend notwendig für die Umsetzung der transkulturellen Kompetenz?
 - Falls nein, müssen einzelne Punkte davon zwingend umgesetzt werden?
3. Kann von einer professionellen transkulturellen Arbeit gesprochen werden, wenn in einer Institution keine Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund tätig sind?
4. Weshalb ist die transkulturelle Kompetenz wichtig für die Soziale Arbeit?
5. Denken Sie, dass das Konzept der transkulturellen Kompetenz in der Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, hilfreich wäre?
 - Weshalb?
6. Gehört die Gesundheitskompetenz-Stärkung zur Aufgabe der Sozialen Arbeit?
 - Ist die Soziale Arbeit insbesondere in der Arbeit mit Migrantinnen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, für die Gesundheitskompetenz-Stärkung der Migrantinnen zuständig?
 - Was kann die Soziale Arbeit diesbezüglich konkret beisteuern?

7. Welche Methoden können zur Gesundheitskompetenz-Stärkung beitragen?

8. Denken Sie, dass die transkulturelle Kompetenz bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz von Bedeutung ist?
 - Weshalb?