



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Gesundheit – Gewalt – Migration

Eine vergleichende Sekundäranalyse zur
gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit
und ohne Migrationshintergrund in Deutschland.



Gesundheit – Gewalt – Migration

Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland.

Enddokumentation 17. Dezember 2007

**Ein Forschungsprojekt des Interdisziplinären
Zentrums für Frauen- und
Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld,**

**im Auftrag des Bundesministeriums für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend.**

Bearbeitet von:

Dr. Monika Schröttle (Projektleitung)/
Nadia Khelaifat (wiss. Hilfskraft),
Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und
Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld

Inhaltsverzeichnis

I.	Kurzbeschreibung der Studie	8
II.	Hintergrund, Datenbasis und Zielsetzung der Studie	9
III.	Zur gesundheitlichen Situation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund	15
3.1	Körperliche und psychische Gesundheit der befragten Frauen im Vergleich der Untersuchungsgruppen.....	16
3.1.1	Selbsteinschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes.....	16
3.1.2	Körperliche Beschwerden und gesundheitliche Störungen in den letzten 12 Monaten	18
3.1.3	Psychische Beschwerden und Belastungen in den letzten 12 Monaten	21
3.1.4	Hinweise auf Essstörungen im Lebensverlauf	23
3.1.5	Gynäkologische Eingriffe und Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt	24
3.1.6	Unfall- und gewaltbedingte Verletzungen im Lebensverlauf.....	25
3.1.7	Chronische Erkrankungen und körperliche Behinderungen	27
3.1.8	Fazit: Körperliche und psychische Gesundheit im Vergleich der Untersuchungsgruppen.....	28
3.2	Gesundheitsverhalten der Befragten im Vergleich.....	29
3.2.1	Alkoholkonsum	30
3.2.2	Tabakkonsum.....	31
3.2.3	Konsum illegaler Drogen.....	32
3.2.4	Konsum von psychotropen Medikamenten	33
3.2.5	Sportliche Betätigung außer Haus	35
3.2.6	Fazit – Gesundheitsverhalten	36
3.3	Inanspruchnahme medizinischer Versorgung	37
3.3.1	Arztbesuche in den letzten 12 Monaten.....	37
3.3.2	Krankschreibungen in den letzten 12 Monaten	39
3.3.3	Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten.....	39
3.3.4	Inanspruchnahme medizinischer Hilfe und psychosozialer Unterstützungsangebote infolge von Gewalt	40
3.3.5	Fazit: Versorgungssituation der Befragungsgruppen im Vergleich	44
IV.	Gewalt und gesundheitliche Folgen für Frauen mit und ohne Migrationshintergrund.....	46
4.1	Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben und ihr Einfluss auf die Gesundheit im Vergleich der Befragungsgruppen.....	47
4.1.1	Körperliche Gewalt seit dem 16. Lebensjahr	47
4.1.2	Sexuelle Belästigung und sexuelle Gewalt seit dem 16. Lebensjahr	50
4.1.3	Psychische Gewalt und Diskriminierungen seit dem 16. Lebensjahr	60
4.1.4	Gewalt in Paarbeziehungen	63
4.2	Gewalt in Kindheit und Jugend und ihr Einfluss auf spätere Gewalt- und Gesundheitsbelastungen.....	70

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Vorwort

Seite 4

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

V. Zusammenschau und Interpretation der unterschiedlichen soziostrukturellen und gewaltbedingten Einflüsse auf die Gesundheit von Frauen	77
VI. Fazit und Ausblick	88
Literaturverzeichnis.....	91
Anhang.....	97

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Altersgruppenaufteilung der Untersuchungsgruppen	11
Tabelle 2: Aktueller Gesundheitszustand nach Schulnoten.....	17
Tabelle 3: Gesundheitliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten (Nennung häufig/gelegentlich)	19
Tabelle 4: Anzahl gesundheitlicher Beschwerden in den letzten 12 Monaten (Nennung häufig/gelegentlich) – Mittelwerte gesamt und nach Altersgruppen.	20
Tabelle 5: Anteile der Frauen, die mehr als 7 gesundheitliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten benannt haben (Nennung häufig/gelegentlich) nach Herkunft..	21
Tabelle 6: Psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten (Nennung häufig/gelegentlich)	21
Tabelle 7: Hinweise auf Essstörungen im Lebensverlauf nach ethnischer Herkunft..	24
Tabelle 8: Verletzungen im Lebensverlauf.....	25
Tabelle 9: Gewaltbedingte Verletzungen nach Herkunft	27
Tabelle 10: Chronische Erkrankungen und/oder körperliche Behinderungen.....	28
Tabelle 11: Häufigkeit Alkoholkonsum nach Herkunft	30
Tabelle 12: Erhöhter Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen nach Herkunft.....	31
Tabelle 13: Tabakkonsum im Leben insgesamt und in den letzten 12 Monaten	32
Tabelle 14: Konsum illegaler Drogen (Haschisch, LSD, Heroin, Ecstasy) innerhalb der letzten 5 Jahre	33
Tabelle 15: Einnahme von Medikamenten und Drogenkonsum in den letzten 5 Jahren nach Herkunft.....	34
Tabelle 16: Häufigkeit von sportlicher Betätigung außer Haus.....	35
Tabelle 17: Häufigkeit von sportlicher Betätigung außer Haus.....	35
Tabelle 18: Anzahl der Arztbesuche weg. Verletzungen/ernsthaften Gesundheitsproblemen in den letzten 12 Monaten.....	38
Tabelle 19: Anzahl der Arztbesuche weg. Verletzungen/ernsthaften Gesundheitsproblemen in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppen	38
Tabelle 20: Krankmeldung in der Arbeitsstelle/Schule/Ausbildung in den letzten 12 Monaten	39
Tabelle 21: Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten	39
Tabelle 22: Nutzung von Unterstützungsangeboten im Kontext von Gewaltsituationen	42
Tabelle 23: Nutzung von Unterstützungsangeboten im Kontext von Gewaltsituationen	43
Tabelle 24: Nutzung von Einrichtungen nach Einrichtungsart und Herkunft.....	44
Tabelle 25: Anzahl körperlicher und psychischer Beschwerden häufig/gelegentlich	48
Tabelle 26: Ungewollte sexuelle Handlungen unter psychisch-moralischem Druck seit dem 16. Lebensjahr nach Herkunft	51
Tabelle 27: Ungewollte sexuelle Handlungen unter psychisch-moralischem Druck seit dem 16. Lebensjahr nach Herkunft und Art der expliziten Zustimmung/Ablehnung..	52
Tabelle 28: Sexuelle Belästigungen seit dem 16. Lebensjahr nach Herkunft	52
Tabelle 29: Sexuelle Gewalt seit dem 16. Lebensjahr nach Herkunft.....	53

Tabelle 30: Direkte Beschwerden infolge von Situationen sexueller Belästigung seit dem 16. Lebensjahr. Gesamt und getrennt nach Untersuchungsgruppen.....	54
Tabelle 31: Direkte Beschwerden infolge einer Situation sexueller Gewalt (einzige oder schlimmste Situation). Gesamt und getrennt nach Untersuchungsgruppen.....	57
Tabelle 32: Anzahl körperlicher und psychischer Beschwerden häufig/gelegentlich bei Betroffenen und Nichtbetroffenen von sexueller Gewalt seit dem 16. Lebensjahr	59
Tabelle 33: Direkte Beschwerden infolge der Situationen psychischer Gewalt (zusammenfassend für alle Handlungen). Gesamt und getrennt nach Untersuchungsgruppen.....	62
Tabelle 34: Betroffenheit durch Partnergewalt gesamt und getrennt nach Untersuchungsgruppen	64
Tabelle 35: Gewalt durch aktuelle/frühere Partner und Anzahl der körperlichen/psychischen Beschwerden in den letzten 12 Monaten	66
Tabelle 36: Gewalt durch aktuelle/frühere Partner und Anzahl der körperlichen/psychischen Beschwerden in den letzten 12 Monaten nach Untersuchungsgruppen	66
Tabelle 37: Psychische Gewalt in der aktuellen Partnerschaft nach Herkunft.....	68
Tabelle 38: Psychische Gewalt in der aktuellen Partnerschaft und körperliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten	68
Tabelle 39: Psychische Gewalt in der aktuellen Partnerschaft und psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten	69
Tabelle 40: Betroffenheit durch Gewalt in Kindheit und Jugend (vor dem 16. Lebensjahr) gesamt und getrennt nach Untersuchungsgruppen.....	71
Tabelle 41: Kombination verschiedener Formen von Gewalt in der Kindheit	73
Tabelle 42: Gewalt in Kindheit und Jugend und Anzahl der körperlichen Beschwerden in den letzten 12 Monaten.....	74
Tabelle 43: Gewalt in Kindheit und Jugend und Anzahl der psychischen Beschwerden in den letzten 12 Monaten	75
Tabelle 44: Gewalt in Kindheit und/oder Erwachsenenleben und Anzahl der körperlichen/psychischen Beschwerden in den letzten 12 Monaten	76
Tabelle 45: Soziostrukturelle Faktoren, ethnische Herkunft und Gewaltbetroffenheit in Zusammenhang mit der aktuellen gesundheitlichen Situation der Frauen	78
Tabelle 46: Partialkorrelationen (Kontrollvariable Alter).....	83
Tabelle 47: Bivariate Korrelationen zwischen Alter und Gesundheit	85

Anhang

Tabelle A1: Aktueller Gesundheitszustand nach Herkunft und Altersgruppen	97
Tabelle A2a: Körperliche Gewalt im Erwachsenenleben und Anzahl körperlicher Beschwerden nach Herkunft.	98
Tabelle A2b: Körperliche Gewalt im Erwachsenenleben und Anzahl psychischer Beschwerden nach Herkunft.....	99
Abbildung 1: Pfadmodell zu Einflussfaktoren auf Gesundheit.....	100

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

I.

Kurzbeschreibung der Studie

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

In der repräsentativen Prävalenzstudie des BMFSFJ „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“, die von 2002 bis 2004 an der Universität Bielefeld in Kooperation mit infas durchgeführt und 2004 veröffentlicht wurde (vgl. Schröttle/Müller 2004), wurden unter anderem umfangreiche Daten zu Gewalt und Gesundheit erhoben, sowie zusätzliche Interviews mit Migrantinnen in russischer und türkischer Sprache durchgeführt, um die größten in Deutschland lebenden MigrantInnengruppen – Frauen türkischer und osteuropäischer Herkunft – einzubeziehen.¹ Da in der Erstauswertung der Studie die Interviews der Zusatzbefragungen noch nicht systematisch einbezogen und vertiefend im Vergleich der Untersuchungsgruppen analysiert wurden, zielte die vorliegende Untersuchung darauf ab, diese Daten weiter sekundäranalytisch auszuwerten, um den Zusammenhang von Gesundheit, Migrationshintergrund und Gewalt zu beleuchten. Damit sollte eine empirische Erkenntnisbasis zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland geschaffen werden, die sowohl für die Entwicklung politischer Strategien zur Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Situation von Frauen unterschiedlicher ethnischer Herkunft, als auch für die Weiterentwicklung der medizinischen und psychosozialen Praxis im Zusammenhang mit Gewalt, Gesundheit und Migration relevant sein kann.

In dem im Folgenden dokumentierten Forschungsprojekt wurden die gesundheitliche Situation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland vergleichend ausgewertet und die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsbeschwerden, Migrationshintergrund, psychosozialer Situation und Gewaltbetroffenheit im inner- und außerhäuslichen Bereich beleuchtet. Ziel der Studie war es, in Erfahrung zu bringen, ob und in welcher Hinsicht sich die gesundheitliche Situation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheidet, welche Faktoren dafür verantwortlich sein können und welche Rolle dabei insbesondere Gewalt, Diskriminierung und soziale Ungleichheiten spielen. Um Ansatzpunkte für eine verbesserte Unterstützung und Prävention von Frauen unterschiedlicher ethnischer Herkunft zu erhalten, wurde ferner geprüft, ob spezifische Risikogruppen zu identifizieren sind, die ein besonders hohes Risiko für gesundheitliche, psychosoziale und Gewaltbelastungen tragen. Schließlich wurde vergleichend analysiert, in welchem Maße Betrobengruppen unterschiedlicher sozialer und ethnischer Herkunft medizinische und psychosoziale Unterstützung in Anspruch nehmen, was mittelbar zu einer Weiterentwicklung der medizinischen und psychosozialen Praxis beitragen kann.

¹ Vgl. Zur Methodik der Studie den umfassenden Methodenbericht im Anhang von Schröttle/Müller 2004.

II.

Hintergrund, Datenbasis und Zielsetzung der Studie

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Weder die gesundheitliche Situation und die damit zusammenhängenden erhöhten Gewaltbelastungen und sozialen Probleme von Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund, noch die Verbindungslinien zwischen Migration/ethnischer Herkunft, Gesundheit und Gewalt wurden bislang auf bundesdeutscher und auch europäischer Ebene systematisch empirisch untersucht.² Dies liegt zum einen darin begründet, dass repräsentative Befragungen im Gesundheitsbereich wie auch Prävalenzstudien zu Gewalt nur selten Migrantinnen in einer für vergleichende Analysen ausreichend hohen Fallzahl einbeziehen; zum anderen werden Migrantinnen auch sprachlich zumeist mit den vorhandenen Instrumenten nicht adäquat erreicht, da keine zusätzlichen fremdsprachigen Interviews durchgeführt werden. Vor diesem Hintergrund fehlte auf nationaler und internationaler Ebene bislang eine valide Datenbasis für vergleichende Untersuchungen von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund. Hinzu kommt, dass Gewaltprävalenzstudien oft nur unzureichend die gesundheitlichen Dimensionen und die aktuelle psychosoziale Situation der Frauen mit berücksichtigen, während Studien zur gesundheitlichen Situation von Frauen in der Regel die Gewaltbetroffenheit von Frauen sowie soziale Problemlagen und Diskriminierungserfahrungen nur begrenzt einbeziehen. Eine Ausnahme stellte hier die BMFSFJ-Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen“ (Schröttle/Müller 2004) dar, die als erste bundesdeutsche Prävalenzstudie zu Gewalt gegen Frauen eine Vielzahl von Informationen zu Gewalt und Diskriminierung in unterschiedlichen Lebensbereichen, zu psychischer und physischer Gesundheit, Partnerschaft und Familie, sowie zur beruflichen Situation und Wohnsituation der in Deutschland lebenden Frauen von 16 bis 85 Jahren erfasst hat. Die Studie ermöglicht vergleichende Analysen der Situation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund, da in Zusatzstichproben, anhand von Interviews in türkischer und russischer Sprache, Frauen türkischer und osteuropäischer Herkunft und damit die größten in Deutschland lebenden Migrantinnenpopulationen in erhöhter Fallzahl integriert wurden. Auch wenn für differenzierte Erkenntnisse zur Vielfältigkeit der Situation von Frauen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund auch quantitativ noch umfangreichere Studien bei Migrantinnen erforderlich wären,³ konnten auf der Basis der erhobenen Daten erste vergleichende empirische Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation, zur Gewaltbetroffenheit und zu den Zusammenhängen zwischen diesen Aspekten im Vergleich der Untersuchungsgruppen gewonnen werden, die auch die künftige Forschung und Praxis im Bereich Gewalt, Gesundheit und Migration anregen können.

² Vgl.: Martinez, Schröttle et al. (2006): State of European research on the prevalence of interpersonal violence and its impact on health and human rights. Online unter: [http://www.cahriv.uni-osnabrueck.de/reddot/CAHRVreportPrevalence\(1\).pdf](http://www.cahriv.uni-osnabrueck.de/reddot/CAHRVreportPrevalence(1).pdf), S. 16ff und S. 49ff.

³ Für Deutschland steht eine große repräsentative Studie zur Lebenssituation von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund, die vielfältige Lebensbedingungen berücksichtigt und unterschiedliche ethnische Hintergründe und Generationen einbezieht noch aus.

Aus der Studie liegen insgesamt 501 Interviews mit Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion, 371 Interviews mit Frauen türkischer Herkunft und 8.699 Interviews mit Frauen deutscher Herkunft vor, die in der repräsentativen Hauptuntersuchung in deutscher und in den Zusatzstichproben in deutscher, türkischer und russischer Sprache erhoben wurden. Abgefragt wurden detaillierte Informationen sowohl zur gesundheitlichen und psychosozialen Situation der Frauen wie auch zu deren unterschiedlichen Gewaltbetroffenheiten innerhalb und außerhalb von Familie und Partnerschaft in der Kindheit und im Erwachsenenleben. Die ethnische Herkunft der Befragten wurde anhand des Geburtslandes der Eltern bestimmt, sowie – als nachrangigem Kriterium – anhand der Staatsbürgerschaft der Befragten. Dadurch konnten Migrantinnen der ersten und zweiten Generation durchgängig und Migrantinnen der dritten Generation nur insofern einbezogen werden, als sie (noch) nicht die deutsche Staatsbürgerschaft innehatten.⁴ Alle Befragten wurden aus repräsentativen Gemeindestichproben ausgewählt, so dass eine hohe Qualität und Repräsentativität der Stichprobe gewährleistet werden konnte.⁵

Für die Auswertung der in dieser Sekundäranalyse fokussierten gesundheitlichen Aspekte, der psychosozialen Situation und der Gewaltbetroffenheit wurde eine Begrenzung der Datenbasis auf die Altersgruppe bis unter 75 Jahre vorgenommen.⁶ Dadurch verringerte sich die oben genannte Fallzahl für die vorliegende Auswertung auf 8.023 Frauen deutscher Herkunft, 368 Frauen türkischer Herkunft und 475 Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion. Diese Auswahl ermöglicht empirische Vergleiche zwischen den Untersuchungsgruppen, erfordert aber aufgrund der unterschiedlich hohen Fallzahlen vorsichtige Interpretationen der Ergebnisse, da beispielsweise gering-

4 Das Vorhandensein eines Migrationshintergrundes an den Kriterien „Herkunft der Eltern“ und/oder der „Staatsbürgerschaft“ festzumachen, ergab sich aus inhaltlichen Überlegungen sowie aus forschungspraktischen Gründen, da diese Informationen sowohl für die befragten Frauen als auch für deren aktuelle und frühere Partner aus der Befragung vorlagen. Der Mikrozensus 2005 differenziert zwischen der ersten, zweiten und dritten Generation: „Ausländer und Ausländerinnen der zweiten Generation haben die Staatsangehörigkeit ihrer Eltern behalten, sind aber in Deutschland geboren, und lediglich die Eltern sind zugewandert. Bei der dritten Generation sind die Großeltern zugewandert“ (zit. n. Diefenbach/Weiß 2006, S. 6). Diefenbach und Weiß (2006, S. 13) verweisen darauf, dass zum Migrationshintergrund der zweiten Migrationsgeneration (näherungsweise) der Geburtsort beider Eltern erhoben werden soll. Sie empfehlen, dass die Erhebung der Migrationserfahrung für die Bestimmung des Migrationshintergrunds zentral sein sollte und erachten die Frage nach dem Zuzugsjahr bzw. dem Alter bei der Zuwanderung als sinnvoll, als auch die Frage nach dem Migrationshintergrund von Vater und Mutter. Wenn aus Sparsamkeitsgründen eine Beschränkung auf einen Indikator erforderlich sei, sollte nach Diefenbach/Weiß der „Geburtsort im Ausland“ erhoben werden. Als weitere Indikatoren könnten die Aspekte „Rechtlicher Status“, „Dauer des Aufenthaltes in Deutschland“, sowie „Identität“ bzw. ersatzweise „familiärer Migrationshintergrund“ herangezogen werden. Vgl. Diefenbach/Weiß (2006). In der vorliegenden Untersuchung konnten über den Geburtsort der Eltern sowie über die Staatsbürgerschaft als zweitrangigem Kriterium mehrere Generationen von Migrantinnen erfasst werden; dies wäre allein durch den Geburtsort der Befragten nicht möglich gewesen. Auch wurden weitere Informationen zum Migrationshintergrund erhoben, etwa das Zuzugsdatum und die Frage, ob die Befragte in Deutschland geboren und/oder aufgewachsen war. Die dadurch grundsätzlich mögliche weitere Differenzierung nach unterschiedlichen Migrantinnengenerationen, wie sie auch von Diefenbach/Weiß (2006) vorgeschlagen wurde, ist für künftige Untersuchungen zur Thematik hoch relevant, konnte aber in der vorliegenden Studie aufgrund der insgesamt begrenzten Fallzahlen nur teilweise in den Analysen aufgegriffen werden.

5 Dies bestätigen auch nachträgliche, durch infas durchgeführte Selektivitätsanalysen. Genauere Informationen zur Methodik und Auswahl der Befragungspersonen der Interviews der Hauptuntersuchung und der Zusatzbefragungen finden sich im Methodenbericht der Studie (Schröttle/Müller 2004), im Internet unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/langfassung-studie-frauen,property=pdf,bereich=rwb=true,pdf,S.730ff>.

6 Dies war erforderlich, weil nur bis zu dieser Altersgruppe alle drei Populationen vertreten sind; in der Studie fand sich keine Befragte Frau türkischer Herkunft im Alter ab 75 Jahren.

fürige Unterschiede von wenigen Prozentpunkten u. U. nicht aussagekräftig sind und zudem die Signifikanz von Unterschieden anhand von statistischen Verfahren durchgängig geprüft werden muss. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist insbesondere bei den älteren Frauen von 60 bis unter 75 Jahren aufgrund der geringen Fallzahlen bei Migrantinnen türkischer Herkunft (N=13) nur eingeschränkt gegeben und dort auf Migrantinnen aus der ehemaligen Sowjetunion (N=65) und Frauen deutscher Herkunft (N=1.813) begrenzt. Aufgrund der sich unterscheidenden Fallzahlen und Altersgruppenzusammensetzung der Befragungsgruppen (siehe Tabelle 1) wurden bei allen Auswertungen der Studie Signifikanztests durchgeführt und durchgängig der Faktor Alter in seinem Einfluss auf die Ergebnisse kontrolliert.

Tabelle 1: Altersgruppenaufteilung der Untersuchungsgruppen. Fallbasis: Frauen ab 75 Jahren. Spaltenprozentuiert.

			Herkunft			Gesamt
			deutsch	türkisch	ehem. SU	
Altersgruppen	unter 35	Anzahl	2097	206	215	2518
		%	26,1%	56,0%	45,3%	28,4%
	35-44	Anzahl	1972	78	82	2132
		%	24,6%	21,2%	17,3%	24,0%
	45-59	Anzahl	2141	71	113	2325
		%	26,7%	19,3%	23,8%	26,2%
	60-75	Anzahl	1813	13	65	1891
		%	22,6%	3,5%	13,7%	21,3%
Gesamt		Anzahl	8023	368	475	8866
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bisherige Erkenntnisse und grundlegende Zielsetzung der Studie

Während Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit aus nationalen und internationalen Studien vorliegen (vgl. RKI 2005; Razum et al. 2004; Spallek/ Razum 2007), wurde die Verbindung von (häuslicher) Gewalt, Migration und Gesundheit bislang noch kaum aufgegriffen und systematisch untersucht (Schröttle/Martinez et al. 2006). Nationale und internationale Studien weisen darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Gesundheit einerseits (vgl. auch RKI 2005; Razum et al. 2004; Spallek/Razum 2007) und Migrationshintergrund und Gewalt andererseits besteht (Raj/ Silvermann 2003; Yilmaz/Battegay 1997; Martinez/ Schröttle et al. 2006). Nach den Ergebnissen der deutschen Prävalenzstudie waren Frauen mit türkischem Migrationshintergrund im Vergleich zu osteuropäischen Migrantinnen und deutschen Frauen ohne Migrationshintergrund quantitativ und qualitativ in höherem Maße (und zum Teil schwerer) körperlicher und/oder sexueller Gewalt mit Verletzungsfolgen in der Partnerschaft ausgesetzt (Schröttle/ Müller 2004; Schröttle 2006). Sie waren zudem in erhöhtem Maße von psychischer Gewalt, Abwertung, Kontrolle,

Dominanz und Diskriminierung im inner- und außerfamiliären Bereich betroffen (ebd.). Darüber hinaus gaben vorangegangene erste Auswertungen der Studiendaten (vgl. Schröttle/Müller 2004; Schröttle 2006) Hinweise darauf, dass alle Formen von Gewalt gegen Frauen – sowohl körperliche und sexuelle wie auch psychische Gewalt - mit deutlichen gesundheitlichen und psychosozialen Folgen für die Betroffenen einhergehen können. Neben direkten Verletzungsfolgen wurden auch erhöhte gesundheitliche Beschwerden und psychische Beeinträchtigungen bei gewaltbetroffenen Frauen festgestellt. Bei einem relevanten Teil der Migrantinnen türkischer, aber auch osteuropäischer Herkunft deuteten sich erhöhte gesundheitliche Probleme in Form von physischen und psychischen Beschwerden an, sowie soziale Probleme im Kontext mangelnder Ausbildung, geringer Erwerbsbeteiligung, sowie finanzieller Abhängigkeit (vom Partner/von staatlicher Unterstützung) und sozialer Isolation (ebd.). Dies könnte – so die Hypothese der vorliegenden Studie – in einem Zusammenhang mit erhöhten Gewaltbelastungen stehen. In der Studie wurde deshalb der Zusammenhang von Migrationshintergrund, gesundheitlicher und psychosozialer Situation, Gewalt und Diskriminierung anhand der Daten weitergehend und vertiefend untersucht. Dies sollte eine Konkretisierung von Hilfe-/Unterstützungsbedarfen ermöglichen und die Kenntnislage für die Prävention und Weiterentwicklung von medizinischer Versorgung und psychosozialer Unterstützung für Migrantinnen, insbesondere für stärker belastete Gruppen von Migrantinnen, erweitern.

Angesichts einer in den letzten Jahrzehnten wiederholt polarisierenden politischen Diskussion über MigrantInnen in Deutschland, die insbesondere Menschen mit türkischem Migrationshintergrund nicht selten pauschal als Problemgruppe darstellte, wird es als wichtig erachtet, in vergleichenden Untersuchungen bei Frauen mit und ohne Migrationshintergrund Unterschiede und Gemeinsamkeiten sowie deren Hintergründe differenziert herauszuarbeiten. Nur so kann festgestellt werden, wo tatsächlich Risikogruppen mit erhöhtem bzw. spezifischem Unterstützungsbedarf zu lokalisieren sind und in welchem Maße dieser Bedarf mit Migration und ethnischer Herkunft, aber auch mit anderen sozialen (und individuellen) Faktoren in Verbindung steht. Erste deutsch-französische Analysen zur Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland und Frankreich verweisen darauf, dass die Paar- und Familiensituationen hinsichtlich der Kontrolle, Dominanz und Gewalt in Paarbeziehungen durch männliche Beziehungspartner deutlich komplexer zu bewerten sind als dies bislang in der öffentlichen Diskussion geschehen ist (Condon/Schröttle 2006; Schröttle 2006). Da die Problematik nur einen Teil der MigrantInnen betrifft, können pauschalierende und polarisierende Aussagen über „die“ Situation „der“ Migrantinnen nicht adäquat die vielfältigen Lebenssituationen der Frauen beschreiben. Ähnliches zeigte sich auch bei der vorliegenden Sekundäranalyse der gesundheitlichen und psychosozialen Situation von Migrantinnen in Deutschland.

Die hier dokumentierte sekundäranalytische Auswertung beleuchtet die gesundheitliche und psychische Situation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland und deren Zusammenhänge mit der Paar-/Familiensituation, der Gewaltsituation und anderen sozialen Faktoren und Lebensbedingungen. Thematisiert wurden auch Fragen nach besonders hoch belasteten oder gefährdeten Populationen und spezifischen Problemkonstellationen, sowie die Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung und psychosozialer Unterstützung durch Frauen mit und ohne Migrations-

hintergrund. Die Ergebnisse der Studie sollen insbesondere der (Fach-)Öffentlichkeit, aber auch den Medien realistischere Einschätzungen zur Fragestellung ermöglichen. Gleichzeitig können sie von Politik und sozialer wie gesundheitsbezogener Praxis in diesem Problembereich konzeptionell genutzt werden. Die Dreiteilung der Untersuchungsgruppen in Frauen deutscher Herkunft, Frauen türkischer Herkunft und Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion erlaubt herauszuarbeiten, welche Relevanz Faktoren der Migration, des ethnischen Hintergrundes und andere soziale Faktoren haben.

Forschungsfragen

In der Studie wurden – aufeinander aufbauend – folgende Forschungsfragen thematisiert:

1. Wie unterscheidet sich die gesundheitliche Situation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund bzw. von Frauen mit unterschiedlichem ethnischen Hintergrund in Deutschland?

Für diese Fragestellung wurden die Angaben der Befragten zur Selbsteinschätzung des derzeitigen Gesundheitszustandes, zu körperlichen und psychischen Beschwerden in den letzten 12 Monaten, Hinweise auf Essstörungen im Lebensverlauf, gynäkologische Eingriffe und Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt sowie chronische Erkrankungen und körperliche Behinderungen einbezogen. Darüber hinaus wurden unfall- und gewaltbedingte Verletzungen im Lebensverlauf untersucht, sowie Krankmeldung bzw. Arbeitsausfälle in Arbeitsstelle/Schule/Ausbildung in den letzten 12 Monaten (vgl. Kap. 3.1). Das Gesundheitsverhalten der Befragten wurde anhand der Aussagen zu Alkohol-, Tabak-, Medikamenten- und Drogenkonsum eruiert, außerdem anhand von Hinweisen auf außerhäusliche sportliche Aktivitäten (vgl. Kap. 3.2). Des Weiteren wurde im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung (Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte) in den letzten 12 Monaten als gesundheitsrelevanter Faktor aufgegriffen (vgl. Kap. 3.3).

In der vergleichenden Analyse der gesundheitlichen Situation der drei Befragungsgruppen wurde zunächst jeweils kontrolliert, ob und wieweit diese auf Unterschiede in der Altersgruppenzusammensetzung zurückzuführen sind. Andere beeinflussende Faktoren wie soziale Lagen, soziale Einbindung, Gewalt etc. wurden in späteren Analyseschritten geprüft, um festzustellen, in welchem Maße die ethnische Herkunft per se oder vermittelt über andere Faktoren ein relevantes Kriterium für Unterschiede in der gesundheitlichen Situation ist.

2. Welchen Einfluss haben Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen auf die gesundheitliche und psychische Befindlichkeit der Frauen und welche Unterschiede/ Gemeinsamkeit lassen sich mit Blick auf Migrationshintergrund und ethnische Herkunft der Befragten feststellen?

Hier wurden die oben benannten Aspekte zur gesundheitlichen Situation der Frauen in einen Zusammenhang gebracht mit den Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen, die Frauen unterschiedlicher Herkunft in der Studie benannt haben (vgl. Kap. 4). Einbezogen wurden dabei vielfältige Formen und Gewaltkontexte von sexueller Belästigung

über Diskriminierungen und psychische Gewalt in verschiedenen Lebensbereichen bis hin zu körperlicher und sexueller Gewalt innerhalb und außerhalb von Familien- und Paarbeziehungen im Erwachsenenleben (ab dem 16. Lebensjahr). Darüber hinaus wurden Erfahrungen von körperlicher und sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend mit berücksichtigt, die einen engen Zusammenhang mit späterer Gewaltbetroffenheit im Erwachsenenleben aufweisen. In diesem Zusammenhang wurde auch geprüft, welchen Einfluss auf die gesundheitliche Situation der Frauen multiple und kumulierte Gewalterfahrungen im Lebensverlauf haben können.

3. Welchen Zusammenhang weisen soziale Faktoren (Lebens- und Arbeitsbedingungen, soziale Lagen, soziale Einbindung und Isolation) mit der gesundheitlichen und psychischen Situation der Frauen auf und welche Unterschiede/Gemeinsamkeiten lassen sich mit Blick auf die ethnische Herkunft und den Migrationshintergrund der Befragten feststellen?

In diesem Untersuchungsschritt wurde analysiert, in welchem Maße unterschiedliche Aspekte der sozialen und Lebenssituation der Frauen einen Zusammenhang mit ihrer gesundheitlichen und psychischen Befindlichkeit aufweisen und welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten sich hinsichtlich der ethnischen Herkunft und dem Migrationshintergrund der Frauen feststellen lassen (vgl. Kap. 5). Dabei wurden neben der Partnerschafts-, Wohn- und Familiensituation die sozialen Lagen und darüber hinaus die soziale Einbindung und Isolation berücksichtigt. Der Migrationshintergrund der Befragten, insbesondere die Dauer des Aufenthalts in Deutschland und die Staatsbürgerschaft wurden hier ebenfalls thematisiert.

4. Wie hängen gesundheitliche Situation, Migrationshintergrund, soziale Lage und Gewalterfahrungen zusammen? Können aus den Daten spezifische Faktoren herausgearbeitet werden, die in besonderem Maße die gesundheitliche und psychosoziale Situation von Frauen beeinträchtigen und wie lassen sich mit Blick auch hoch belastete Gruppen eingrenzen oder beschreiben?

Anhand der Daten, insbesondere zur sozialen, psychischen und gesundheitlichen Situation der Frauen, sowie zur Gewaltbetroffenheit wurde im Rahmen einer Pfadanalyse untersucht, welche in den vorangegangenen Kapiteln festgestellten gesundheitsbeeinflussenden Faktoren wie zusammenhängen und in welcher Weise und Richtung sie die gesundheitliche Situation der Befragten beeinflussen (vgl. Kap. 5). Dies dient als Basis, um in künftigen Analysen besonders hoch belastete Gruppen von Frauen zu identifizieren und zu beschreiben.

III.

Zur gesundheitlichen Situation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

In der nationalen und internationalen wissenschaftlichen Literatur und Forschung gibt es widersprüchliche Aussagen über den Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und gesundheitlicher Situation. Eine Expertise des Robert-Koch-Instituts zu Armut, sozialen Ungleichheiten und Gesundheit aus dem Jahr 2005 stellte fest, dass soziale Benachteiligungen im Bildungs-, Erwerbs- und Einkommenssektor sowie besondere Belastungen und Stressoren im Zusammenhang mit Migration den Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten negativ beeinträchtigen können. Trotz bestehender sozialer Benachteiligungen und migrationspezifischer Belastungen sei jedoch nicht generell von einem schlechteren Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund auszugehen, was unter anderem auf die Vielfalt und Heterogenität der Lebenssituationen zurückgeführt wird (vgl. RKI 2005: 134).

Verschiedene Studien und Überblicksartikel aus dem nationalen und internationalen Forschungskontext belegen einen Zusammenhang von Migrationshintergrund und einzelnen Krankheits- und Beschwerdebildern in spezifischen Migrantinnenpopulationen. Sie stellen unter anderem erhöhte Betroffenheiten der Migrantinnen durch Belastungssymptome, Rückenschmerzen, Magen-, Bauch- und Kopfschmerzen, sowie Essstörungen fest (Berg 1995; David 2001; Iglesias et al. 2003; Korporal/Dangel 2006; Offermann 2005; Raven 2003; Rogner et al. 2005; Wittig et al. 2004). Diese werden häufig auf Stressoren im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess und gesellschaftlicher Benachteiligung zurückgeführt. Bezüglich der erhöhten somatischen, psychosomatischen und psychischen Belastungen von MigrantInnen sind die Befunde insgesamt widersprüchlich (Berg 1995; Boos-Nünning 2004; Brucks 2004; Collatz 2000; David 2001; Kirkcaldy et al. 2006; Mansel/Hurrelmann 1993; Schenk 2005; Schlüter-Müller 1992; Wimmer-Puchinger et al. 2006; Razum et al. 2004; Weiss 2003; Zeeb/Razum 2006). Studien belegen z. B. eine niedrigere frühzeitige Mortalitätsrate bei MigrantInnen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung, was als sogenannter „Healthy Migrant Effect“ bezeichnet wird (s. Razum et al. 1998). Besonders hervorzuheben ist die große Diversität innerhalb der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund, mit unterschiedlichen sozialen Lagen und Migrations-/Integrationserfahrungen, mit herkunftsbedingten Unterschieden in der Krankheitsdisposition und nicht zuletzt mit Differenzen in der subjektiven Einschätzung und Beschreibung des eigenen Gesundheitszustandes bzw. der Krankheitswahrnehmung (vgl. auch RKI 2005; Berg 1995; Collatz 2000; David 2001). Auch Unterschiede in der Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung, wie sie in mehreren Studien nachgewiesen wur-

den,⁷ können dazu beitragen, dass Krankheiten nicht gleichermaßen häufig erkannt und diagnostiziert werden. Insofern ist es generell schwer, Unterschiede im Gesundheitszustand verschiedener Bevölkerungsgruppen einerseits adäquat empirisch abzubilden und sie andererseits mit Blick auf mögliche Einflüsse sozialer Bedingungen zu interpretieren.

Die im Folgenden dokumentierte Auswertung der Daten zur Gesundheit der Frauen beziehen sich auf Selbstauskünfte der Befragten zu körperlichen und psychischen Beschwerden und subjektiven Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustandes. Um diese weiter zu verobjektivieren, wären zusätzliche Daten auf der Basis der ärztlichen Diagnostik sinnvoll, die jedoch auf repräsentativer Ebene für die Befragungsgruppen in Deutschland bislang noch nicht vorliegen.

3.1 Körperliche und psychische Gesundheit der befragten Frauen im Vergleich der Untersuchungsgruppen

Die folgenden Befragungsergebnisse zur körperlichen und psychischen Gesundheit der Frauen zeigen auf, dass insbesondere Frauen mit türkischem Migrationshintergrund bei einigen Beschwerdebildern höhere gesundheitliche Belastungen benennen als Frauen deutscher Herkunft und als Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion⁸.

3.1.1 Selbsteinschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes

In der einleitenden Frage zum Themenkomplex Gesundheit wurden die Frauen gefragt, wie sie ihren aktuellen Gesundheitszustand beschreiben würden und gebeten, diesen anhand von Schulnoten zwischen 1 und 6 zu bewerten, wobei 1 sehr gut und 6 sehr schlecht bedeutet. Aus der folgenden Tabelle wird zunächst ersichtlich, dass mehr als die Hälfte der Frauen in allen Untersuchungsgruppen den eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut beurteilen (Note 1–2); dies galt zusammengenommen für 59% aller Frauen deutscher Herkunft, für 54% der Frauen türkischer Herkunft und für 51% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion. Abgesehen von den hier sichtbar werdenden vergleichbar hohen Anteilen positiver Beurteilungen, gaben in der Tendenz die beiden Migrantinnengruppen signifikant häufiger eine negative Bewertung des eigenen aktuellen Gesundheitszustandes ab: Insgesamt 14% der Frauen deutscher Herkunft, 20% der Frauen türkischer Herkunft und 18% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion bewerteten den aktuellen Gesundheitszustand mit den Noten 4–6 (vgl. Tabelle 2). Demnach beurteilte etwa jede fünfte bis sechste Frau mit und jede siebte Frau ohne Migrationshintergrund den eigenen Gesundheitszustand als eher negativ (vgl. Tabelle 2). Die Unterschiede sind signifikant aber nicht sehr stark ausgeprägt.⁹

7 Eine geringere bis unzureichende gesundheitlichen Versorgung bzw. eingeschränkter Zugänge zum Gesundheitssystem aufgrund von sprachlichen, kulturellen und ökonomischen Barrieren wurden in der Literatur häufig belegt, Berg 1995; Borde et al. 2003; Borde et al. 1999; Brucks 2004; Collatz 2000; David 2001; Erbslöh et al. 2004; Kentenich et al. 2000; Valdes-Staubner 2006; Weilandt et al. 2003; Wimmer-Puchinger et al. 2006.

8 Die Abkürzung SU für ehemalige Sowjetunion wird im Folgenden synonym und abwechselnd benutzt für UdSSR und GUS-Staaten. Die Bezeichnung „Aussiedlerinnen“ wurde für diese Befragungsgruppe nicht verwendet, da der Migrationsstatus für diese Zuordnung nicht genau genug erhoben wurde; nichtsdestotrotz sind viele der Frauen dieser Gruppe zuzuordnen, auch weil sie zu großen Anteilen die deutsche Staatsbürgerschaft innehaben.

9 Hoch signifikant ($p < 0,005$). Die unterschiedliche Größe der Fallzahlen von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund legt bei nicht sehr stark ausgeprägten Unterschieden der prozentualen Anteile vorsichtige Interpretationen nahe.

Tabelle 2: Aktueller Gesundheitszustand nach Schulnoten. Fallbasis: Frauen bis unter 75 Jahre.¹⁰

		Herkunft			Gesamt
		deutsch	türkisch	ehem. SU	
Derzeitiger Gesundheitszustand	1 sehr gut	17,6%	19,3%	13,7%	17,4%
	2	41,4%	34,3%	37,6%	40,9%
	3	26,6%	26,5%	30,1%	26,8%
	4	9,4%	13,5%	13,7%	9,8%
	5	3,5%	4,1%	3,6%	3,6%
	6 sehr schlecht	1,4%	2,2%	1,3%	1,5%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Wird der Faktor Alter kontrolliert, dann zeigen sich allerdings ausgeprägtere Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen in der Bewertung des derzeitigen Gesundheitszustandes insbesondere bei den höheren Altersgruppen. Bereits in den Altersgruppen ab 35 Jahren vergrößert sich der Abstand zwischen Migrantinnen und Frauen ohne Migrationshintergrund, die ihren Gesundheitszustand als gut/sehr gut bezeichneten deutlich. So bewerteten in der Altersgruppe von 35 bis 44 Jahren 67% der Frauen ohne Migrationshintergrund aber nur 51% bzw. 52% der Frauen mit Migrationshintergrund den aktuellen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. Von den Frauen im Alter ab 45 Jahren schätzten beide Migrantinnengruppen, in besonderem Maße aber Migrantinnen türkischer Herkunft, den eigenen Gesundheitszustand signifikant häufiger als schlecht und signifikant seltener als gut ein im Vergleich zu Frauen deutscher Herkunft. Von den 45- bis 75-jährigen Befragten bewerteten 24% der Frauen türkischer Herkunft, 31% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion und 47% der Frauen deutscher Herkunft die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut (Note 1–2). Als sehr schlecht oder schlecht (Note 5–6) wurde der eigene Gesundheitszustand in dieser Altersgruppe von 17% der türkischen Migrantinnen, aber nur von jeweils 7% der beiden anderen Untersuchungsgruppen bezeichnet.¹¹

Die Auswertung zeigt insgesamt auf, dass eine positive Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes vor allem bei den Migrantinnen ab 45 Jahren und hier verstärkt bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund deutlich seltener vorzufinden ist als bei Frauen deutscher Herkunft. Fast die Hälfte der über 45-jährigen deutscher Herkunft schätzen die eigene Gesundheit positiv ein, aber nur knapp ein Viertel der türkischen

¹⁰ Immer wenn keine spezifische Fallbasis in den Tabellenüberschriften angegeben wurde, beziehen sich die Angaben auf die gesamte Fallbasis der bis unter 75-jährigen Frauen, siehe Kapitel 2, Abschnitt Fallbasis.

¹¹ $p < 0,001$, Altersgruppenkontrolle siehe Tabelle A1 im Anhang. Hier muss verstärkend in Betracht gezogen werden, dass nur wenige der Befragten mit türkischem Migrationshintergrund älter als 60 Jahre alt waren und die deutschen Frauen ab 45 Jahren vergleichsweise ältere Gruppen umfassen.

Migrantinnen und weniger als ein Drittel der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion. Im folgenden Abschnitt wird untersucht, ob sich die Ergebnisse zur subjektiven Befindlichkeit auch in den konkret benannten gesundheitlichen Beschwerden widerspiegeln.

3.1.2 Körperliche Beschwerden und gesundheitliche Störungen in den letzten 12 Monaten

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

In der Untersuchung wurde den befragten Frauen eine Beschwerdeliste mit 31 somatischen Beschwerden vorgelegt und sie wurden gefragt, ob sie von der jeweiligen Beschwerde in den letzten 12 Monaten häufig, gelegentlich, selten oder nie betroffen waren.¹² In der folgenden Tabelle sind die Anteile derjenigen Frauen zusammengefasst, die in den jeweiligen Untersuchungsgruppen angegeben haben, sie seien von der genannten Beschwerde häufig oder gelegentlich in den letzten 12 Monaten vor der Befragung betroffen gewesen.

Die Auswertung lässt zunächst erkennen, dass zahlreiche Symptome von Frauen mit Migrationshintergrund, und verstärkt von Frauen türkischer Herkunft, häufiger benannt wurden als von Frauen ohne Migrationshintergrund. So wurden Schmerzsymptome wie Kopf- und Bauchschmerzen in beiden Migrantinnengruppen signifikant häufiger angegeben, mit teilweise deutlich erhöhten Werten bei den Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. Gastrointestinale Beschwerden wie Magen-/Darmprobleme und Übelkeit/Erbrechen wurden insbesondere in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen signifikant häufiger von türkischen Migrantinnen geäußert. Von Belastungssymptomen und zerebralen Störungen wie Schwindelgefühlen, Kraftlosigkeit in Armen und Beinen, Zittern, Lähmungsgefühlen und Krampfanfällen waren ebenfalls Frauen mit türkischem Migrationshintergrund deutlich am häufigsten im Vergleich zu den anderen Untersuchungsgruppen betroffen. Darüber hinaus wurden von diesen in erhöhtem Ausmaß auch gynäkologische Beschwerden wie Unterleibsschmerzen, Menstruationsbeschwerden und -störungen angegeben. Starker Haarausfall, der häufig auch mit hormonellen Störungen in Zusammenhang steht, wurde von beiden Migrantinnenpopulationen signifikant häufiger, insbesondere aber von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund mit einem Anteil von knapp 27% deutlich am häufigsten angeführt. Lediglich Hautprobleme, Allergien und Rückenschmerzen benannten Frauen deutscher Herkunft häufiger als Beschwerde der letzten 12 Monate als die beiden Migrantinnengruppen, wobei die Unterschiede bei Rückenschmerzen nicht signifikant waren (siehe Tabelle 3).

¹² Es handelte sich dabei um eine standardisierte Beschwerdeliste, die uns von infas aus dem internationalen Gesundheitssurvey zur Verfügung gestellt wurde.

Tabelle 3: Gesundheitliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten (Nennung häufig/gelegentlich).
 Fallbasis: Alle Frauen bis unter 75 Jahren.

	Herkunft			
	deutsch	türkisch	Eh. SU	Signitest + Altersgruppenkontrolle
Beschwerde in den letzten 12 Monaten häufig/gelegentlich erlebt				
Kopfschmerzen	46,0%	64,7%	57,9%	** alle AG
Schmerzen im Bauchbereich	19,5%	32,6%	24,8%	** nur AG ab 45
Rückenschmerzen	56,0%	48,9%	49,7%	n. sign.
Gelenkschmerzen od. Gliederschmerzen	36,3%	30,4%	33,9%	* AG unter 35 (hier türk. Frauen leicht höher)
Schmerzen im Brustkorb	7,0%	12,8%	8,2%	** AG unter 35 und ab 45
Magen- und Darmprobleme	20,5%	27,4%	22,5%	** AG unter 35 ¹³ * bei AG ab 35
Übelkeit/Erbrechen	6,8%	13,9%	7,4%	** AG unter 35
Essstörungen¹⁴	4,0%	12,5%	7,8%	** AG unter 35 und ab 45
Kraftlosigkeit in Armen od. Beinen	16,6%	29,6%	18,9%	** alle AG ¹⁵
Taubheitsgefühle u. Durchblutungsstörungen	14,9%	14,7%	10,1%	* nur AG 35–44 ¹⁶
Zittern od. nervöse Zuckungen	6,0%	13,0%	8,0%	* AG 35–44 ** AG ab 45
vorübergehende Lähmungsgefühle o. Krampfanfälle	3,4%	6,0%	2,9%	** AG ab 45 ¹⁷
Herz- und Kreislauferkrankungen	14,5%	12,0%	13,3%	n. sign.
starkes Schwitzen ohne körperliche Anstrengungen	15,6%	15,2%	10,9%	* nur AG ab 45
Schwindelgefühle	16,7%	26,4%	17,1%	* alle AG
Sehstörungen auf einem oder beiden Augen	10,0%	13,0%	12,6%	* nur AG unter 35
Hörstörungen/Ohrenprobleme	9,1%	4,9%	4,8%	n. sign.
zu hoher/zu niedriger Blutdruck	37,6%	38,6%	36,4%	** AG unter 35 * AG ab 45 ¹⁸
Hautprobleme/Allergien	23,9%	21,2%	18,1%	** AG bis unter 45 ¹⁹
starker Haarausfall	7,8%	26,9%	21,7%	** alle AG
Unterleibsschmerzen an Gebärmutter/ Eierstöcken	9,6%	25,0%	11,8%	** alle AG
Schmerzen/Entzündungen im Intimbereich	2,3%	8,7%	3,6%	** alle AG
sexuelle Probleme/eingeschränktes Lust-erleben	6,9%	7,6%	5,5%	** alle AG ²⁰

13 Besonders ausgeprägte und hoch signifikante Unterschiede waren bei Frauen unter 35 feststellbar: 30% der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund und jeweils 20% in den anderen Untersuchungsgruppen benannten häufig/gelegentlich Magen-/Darmprobleme in den letzten 12 Monaten gehabt zu haben.

14 Erfasst ist hier nur, was in der Beschwerdeliste von den Befragten subjektiv als Essstörungen zugeordnet wurde. In einer anderen Fragesequenz wurde nach weiteren Hinweisen auf Essstörungen gefragt.

15 Dies wurde mit 37–40% besonders häufig benannt von den ab 35-jährigen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund.

16 Frauen mit türkischem Migrationshintergrund waren in dieser AG besonders belastet (18% vs. 11% bei dt. und 2% bei Frauen aus der SU).

17 In dieser Altersgruppe waren 13% der Frauen türk. Herk., 7% der Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion und 5% der Frauen dt. Herk. häufig/gelegentlich betroffen.

18 In beiden AG Frauen mit türk. Hintergrund am häufigsten betroffen.

19 Frauen dt. Herkunft am häufigsten betroffen.

20 Jedoch eingeschränkte Aussagekraft, da Migrantinnen beider Populationen hierzu deutlich häufiger keine Angaben gemacht haben.

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

	Herkunft			Signtest + Altersgruppenkontrolle
	deutsch	türkisch	Eh. SU	
Beschwerde in den letzten 12 Monaten häufig/gelegentlich erlebt				
sehr schmerzhafte Menstruationsprobleme	11,9%	19,8%	15,8%	** nur AG ab 35
zu starke/schwache/unregelmäßige/keine Regelblutung	11,8%	21,5%	11,8%	** alle AG
Nieren- od. Blasenprobleme	9,8%	11,1%	10,3%	n. sign.
Gallen- od. Leberleiden	4,6%	1,9%	6,7%	** nur AG ab 35
Atemprobleme/Kurzatmigkeit	11,1%	9,8%	8,4%	n. sign.
Stimmausfälle/Kloß im Hals	5,3%	6,3%	4,6%	n. sign.
chronische Hals- od. Rachenschmerzen	4,7%	7,1%	8,0%	* nur AG ab 45

**hoch signifikant $p < 0,001$ *signifikant $p < 0,05$ n. sign. = nicht signifikant
 Alle AG = signifikant in allen Altersgruppen; nur AG unter 35 = nur signifikant bei unter 35-Jährigen.

Die höheren gesundheitlichen Belastungen, die vor allem von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund benannt wurden, werden auch in der Anzahl der genannten Beschwerden in den letzten 12 Monaten deutlich. Mit durchschnittlich 6 Nennungen waren Frauen türkischer Herkunft deutlich und signifikant höher belastet als die anderen Befragungsgruppen mit jeweils 4–5 Nennungen. Bei den Frauen türkischer Herkunft ab 45 Jahren zeigten sich besonders hohe Belastungen mit durchschnittlich 7–9 Angaben (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Anzahl gesundheitlicher Beschwerden in den letzten 12 Monaten (Nennung häufig/gelegentlich) – Mittelwerte gesamt und nach Altersgruppen. Fallbasis: Alle Frauen bis unter 75 Jahren.

	Herkunft		
	deutsch	türkisch	Eh. SU
Anzahl Beschwerden			
Mittelwert (gesamt)	4,6	5,9	4,8
Mittelwert (unter 35-Jährige)	4,0	5,6	4,1
Mittelwert (35–44-Jährige)	4,2	5,6	4,0
Mittelwert (45–59-Jährige)	4,8	6,6	5,5
Mittelwert (ab 60-Jährige)	5,4	8,6	6,7

$p < 0,005$

Frauen, die in der Beschwerdeliste mehr als 7 Beschwerden nannten, wurden als „gesundheitlich erhöht belastete Bevölkerungsgruppe“ definiert. Ihnen ist etwa jede fünfte Frau der Gesamtbefragungsgruppe zuzuordnen. Diese in erhöhtem Maße gesundheitlich belasteten Frauen waren über alle Altersgruppen hinweg mit 30% bis fast 40% bei den Frauen mit türkischem Migrationshintergrund am häufigsten vertreten (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Anteile der Frauen, die mehr als 7 gesundheitliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten benannt haben (Nennung häufig/gelegentlich) nach Herkunft.
Fallbasis: Alle Frauen bis unter 75 Jahren.

	Herkunft		
	deutsch	türkisch	Eh. SU
Anteil mehr als 7 Beschwerden			
Alle Befragten	19,9%	32,3%	20,6%
unter 35-Jährige	16,0%	29,6%	7,7%
35-44-Jährige	16,3%	30,8%	9,8%
45-59-Jährige	21,5%	38,0%	24,8%
ab 60-Jährige	26,4%	(53,8%) ¹	36,9%

¹ () Fallzahl sehr gering – eingeschränkte Aussagekraft. Bei den ab 60-Jährigen keine Signifikanz nachweisbar.

Interessanterweise gaben die unter 35-jährigen Migrantinnen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion anteilmäßig am seltensten mehr als 7 Beschwerden an; erhöhte Anteile stärker gesundheitlich belasteter Frauen konnten in dieser Migrantinnenpopulation erst in der Generation der ab 45-Jährigen festgestellt werden (vgl. Tabelle 5, rechte Spalte).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass nicht nur die subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes durch Frauen mit türkischem Migrationshintergrund am negativsten ausgefallen ist, sondern dass diese auch für den Einjahreszeitraum vor der Befragung deutlich häufiger und mehr körperliche Beschwerden, insbesondere im gynäkologischen Bereich, im Bereich von Magen-Darm-Störungen, Schmerz- und Belastungssymptomen angegeben haben.

3.1.3 Psychische Beschwerden und Belastungen in den letzten 12 Monaten

Die Auswertungen zu psychischen Belastungen und Beschwerden lassen im Vergleich zu den körperlichen Beeinträchtigungen weniger eindeutige Tendenzen erkennen.

In der folgenden Tabelle sind die Anteile der Frauen aufgeführt, die auf einer Liste mit psychischen Belastungen und Beschwerdenangaben, diese in den letzten 12 Monaten vor dem Befragungszeitpunkt gelegentlich oder häufig erlebt zu haben.

Tabelle 6: Psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten (Nennung häufig/gelegentlich).
Fallbasis: Alle Frauen bis unter 75 Jahren.

	Herkunft			Sign./Altersgruppenkontrolle
	deutsch	türkisch	Eh. SU	
Beschwerde in den letzten 12 Monaten häufig/gelegentlich erlebt				
Stress/Überlastung	59,1%	69,6%	57,7%	* nur AG 35-44 ¹
Nervosität/Anspannung	37,9%	42,4%	38,3%	** nur AG 35-44 ¹
Gefühl, alles wächst einem über den Kopf	29,7%	38,9%	29,5%	** nur AG 35-44 ¹
Gedächtnisschwäche/Konzentrationschwierigkeiten	27,2%	32,3%	25,5%	n. sign.
Allgemeine Schwäche/Müdigkeit	43,3%	52,4%	51,6%	** nur AG ab 45
Schlaflosigkeit/Schlafstörungen	31,1%	37,0%	31,4%	** nur AG unter 45

	Herkunft			Sign./Altersgruppenkontrolle
	deutsch	türkisch	Eh. SU	
Beschwerde in den letzten 12 Monaten häufig/gelegentlich erlebt				
Angstanfälle/Panikattacken	7,2%	13,0%	9,5%	**nur AG unter 35 und über 45 ²¹
Reizbarkeit	36,5%	28,0%	30,3%	**nur AG unter 45
Niedergeschlagenheit/Depression	20,3%	20,7%	21,1%	n. sign.
Antriebslosigkeit/Unentschlossenheit	22,9%	25,3%	20,0%	** AG unter 45 ¹
Gefühl, nicht mehr leben zu wollen	3,2%	8,4%	4,8%	** nur AG unter 35- und ab 45 ²²
Gefühl, nichts wert zu sein.	5,6%	12,0%	9,9%	** nur AG unter 35- und ab 45 ²³
Gefühl, sich selbst verletzen zu wollen.	(0,8%)	(2,2%)	(0,6%)	(Fallzahlen zu klein)
Kaufsucht/Konsumzwang	3,8%	14,1%	5,9%	** nur AG unter 45

**hoch signifikant $p < 0,005$ *signifikant $p < 0,05$ n. sign. = nicht signifikant
 Alle AG = signifikant in allen Altersgruppen; nur AG unter 35 = nur signifikant bei unter 35-Jährigen

¹ In dieser Altersgruppe Frauen deutscher und türkischer Herkunft am höchsten belastet

Zum einen deuten sich sowohl bei Frauen deutscher als auch bei Frauen türkischer Herkunft in der mittleren Altersgruppe in erhöhtem Maße Stress- und Überlastungssymptome an; so waren Frauen von 35 bis unter 45 Jahren deutscher und türkischer Herkunft signifikant häufiger als Frauen aus Ländern der ehemaligen SU von Stress/Überlastung, Nervosität/Anspannung und dem Gefühl, überfordert zu sein, betroffen. Zum anderen benannten Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in bestimmten Altersgruppen signifikant häufiger Angststörungen und Schlafstörungen, Kaufsucht/Konsumzwang und Suizidgedanken. Darüber hinaus berichteten beide Migrantinnengruppen in der Altersgruppe ab 45 Jahren signifikant häufiger Schwäche- und Müdigkeitszustände, sowie zusätzlich die unter 35-Jährigen Gefühle von Wertlosigkeit. Reizbarkeit wurde als einzige psychische Belastung signifikant häufiger von den Frauen deutscher Herkunft unter 45 Jahren benannt.

Die Untersuchungsergebnisse verweisen darauf, dass schwerere psychische Belastungsstörungen wie Panikattacken und Selbstmordgedanken bei türkischen Migrantinnen ab 45 Jahren vergleichsweise häufig auftreten, während Depressionen/Niedergeschlagenheit in den Untersuchungsgruppen gleichmäßiger verteilt sind.²⁴ Auffällig ist, dass türkische Migrantinnen in fast allen Kategorien, in denen signifikante Unterschiede festgestellt werden konnten, am höchsten belastet waren. Hinsichtlich der **Anzahl** der benannten psychischen Beschwerden hatten Frauen türkischer Herkunft zwar mit durchschnittlich vier Nennungen erhöhte Werte gegenüber den anderen Befragungsgruppen mit durchschnittlich drei bis vier Nennungen. Anders als bei den körperlichen Beschwerden ergaben sich hier aber keine hoch signifikanten Unterschiede nach der ethnischen Herkunft der Befragten.

²¹ Auffällig hohe Werte bei türkischen Migrantinnen ab 45 (17%).

²² Besonders hohe Belastungen bei türkischen Migrantinnen unter 35 (9%) und ab 45 Jahren (11%).

²³ Besonders hohe Belastungen bei türkischen Migrantinnen ab 45 Jahren (19%); andere Migrantinnengruppen unter 35 und ab 45 jeweils 11%.

²⁴ Ob hier möglicherweise auch kulturell und soziostrukturell unterschiedliche Wahrnehmungsmuster von psychischen Störungen vorliegen, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden, könnte aber die teilweise uneindeutigen Ergebnisse erklären.

Der schlechtere psychische Gesamtzustand der Migrantinnen, insbesondere der Migrantinnen türkischer Herkunft, drückt sich auch in deren geringerer Lebenszufriedenheit aus, die in der Gesundheitsforschung als ein Indikator für die psychische Gesundheit gilt (vgl. auch BMFSFJ 2001:193f). Auf die Frage nach der Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation gaben in der vorliegenden Studie 56% der Frauen deutscher, aber nur 47% bzw. 48% der Migrantinnen beider Populationen an, sehr zufrieden oder zufrieden zu sein (Note 1–2). 6% der Frauen deutscher Herkunft, 11% der Frauen türkischer Herkunft und 7% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion bewerteten die eigene Lebenssituation mit der Note 5–6 als nicht zufrieden stellend. Bei einer Altersgruppenkontrolle zeichneten sich noch deutlichere Ungleichgewichte zu Ungunsten der Migrantinnen, insbesondere derjenigen türkischer Herkunft ab. Die Lebenszufriedenheit wurde von den ab 45-jährigen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund deutlich am negativsten bewertet (14% Note 5–6, vs. 7% bei den anderen Untersuchungsgruppen).

In weiteren Fragen zur Lebenszufriedenheit zeigte sich, dass die befragten Migrantinnen in allen Lebensbereichen eine größere Unzufriedenheit äußerten als Frauen deutscher Herkunft, wobei vor allem die große Unzufriedenheit hinsichtlich der beruflichen und Ausbildungssituation ins Auge fiel. So waren 35–36% beider Migrantinnengruppen mit Ausbildung und Berufsleben tendenziell unzufrieden (Note 4–6, im vgl. zu 25% bei Frauen deutscher Herkunft), 13% äußerten eine tendenzielle Unzufriedenheit im Bereich Freunde und Familie (vs. 6% bei Frauen deutscher Herkunft); unzufrieden mit der aktuellen Partnerschaft (Note 4–6) waren knapp 10% der Frauen türkischer Herkunft, 7% der Frauen aus Ländern der ehemaligen UdSSR und 4% der Frauen deutscher Herkunft. Den Auswertungen nach spielt für die Lebenszufriedenheit und die psychische Gesundheit der Frauen neben der Paar- und Familiensituation die berufliche Zufriedenheit eine herausragende Rolle. Die erhöhten Belastungen von Migrantinnen lassen sich auch vor diesem Hintergrund nicht auf (Gewalt-)Probleme in den Familien- und Partnerschaften reduzieren sondern sind auch im Zusammenhang mit Benachteiligungen in Ausbildung und Berufsleben zu sehen.

3.1.4 Hinweise auf Essstörungen im Lebensverlauf

In der Untersuchung wurden mehrere Fragen zu Hinweisen auf Essstörungen gestellt, etwa nach intensiven Gewichtsabnahmen, sowie gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen und Einstellungen im Bereich der Gewichtsreduzierung und der eigenen Körperlichkeit (siehe Fragebogen, F602-F607). Für die vorliegende Untersuchung wurde aus diesen Fragen ein Index gebildet, der anzeigt, ob Hinweise auf Essstörungen in schwacher oder in deutlicher Ausprägung oder überhaupt nicht vorliegen.²⁵ Aus der folgenden Tabelle wird ersichtlich, dass beide Migrantinnengruppen häufiger deutliche Hinweise auf Essstörungen aufweisen, wobei der Anteil bei Migrantinnen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion mit 9% am höchsten liegt, doppelt so hoch wie bei Frauen deutscher Herkunft. Allerdings lässt sich auch feststellen, dass bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund der Anteil derjenigen, die keine Hinweise auf Essstörungen aufweisen, mit 49% am höchsten ist (vgl. Tabelle 7).

²⁵ Eine schwache Ausprägung lag dann vor, wenn 1–3 Aussagen, die Hinweise auf Essstörungen geben, zugestimmt wurde, eine deutliche, wenn vier und mehr Aussagen zugestimmt wurde. Dem Frageblock lagen 6 Fragen zugrunde mit insgesamt 15 Einzelitems, denen zugestimmt werden konnte.

Tabelle 7: Hinweise auf Essstörungen im Lebensverlauf nach ethnischer Herkunft.

Fallbasis: Alle Frauen bis unter 75 Jahren.

		Herkunft			Gesamt
		deutsch	türkisch	ehem. SU	
Hinweise auf Essstörungen	nein	44,6%	48,9%	42,3%	44,7%
	schwach	50,8%	43,8%	48,6%	50,4%
	deutlich	4,5%	7,3%	9,1%	4,9%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Eine altersgruppenspezifische Auswertung verweist darauf, dass die Gruppen der unter 35-Jährigen am stärksten von deutlichen Hinweisen auf Essstörungen betroffen sind und dass hier signifikante aber nicht sehr stark ausgeprägte Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen feststellbar sind: so ließen 8% der Frauen deutscher, 10% der Frauen türkischer Herkunft und 14% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion in der jüngsten Altersgruppe bis unter 35 deutliche Hinweise auf Essstörungen erkennen ($p < 0,05$). Auffällig war, dass Migrantinnen mit hohen Bildungsgraden am häufigsten davon betroffen waren. So konnten bei den unter 35-jährigen Migrantinnen beider Populationen mit dem höchsten Bildungsgrad²⁶ mit 14–16% gut doppelt so häufig deutliche Hinweise auf Essstörungen festgestellt werden wie bei deutschen Frauen ohne Migrationshintergrund mit 7%. Erklärungen für diese Unterschiede sind auf verschiedenen Ebenen zu vermuten. Vorliegende Studien führen z. B. Leistungsdenken, Ehrgeiz und Überidentifikation mit westlichen Werten an.²⁷ Dies sollte aber in künftigen Studien noch weiter vertiefend untersucht werden.

3.1.5 Gynäkologische Eingriffe und Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt

Von den Befragten mit eigenen Kindern gaben anteilmäßig Frauen aus allen drei Gruppen etwa gleich häufig – zu etwa 28% – Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt an. Auch bei einer Kontrolle der Altersgruppen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen. Von den unter 35-jährigen, die eigene Kinder hatten, äußerten jeweils rund ein Drittel Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt. Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass kulturell unterschiedliche Vorstellungen und Einschätzungen darüber existieren, was als Komplikation bei Schwangerschaft und Geburt zu bewerten ist. Dazu liegen aus der Untersuchung keine weiter auswertbaren Informationen vor.

Unterleibsoperationen hatten deutlich mehr Frauen deutscher Herkunft (24%) gehabt als Frauen türkischer Herkunft (15%) und Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion (18%). Diese Unterschiede relativieren sich allerdings, wenn die Altersgruppen kontrolliert werden. Dann wird deutlich, dass das Ergebnis weitgehend auf den höheren

²⁶ Die Kategorie „Bildungs-/Ausbildungsgrad hoch“ umfasst Personen, die über Abitur/Fachabitur oder über einen Meister-/Fachschulabschluss oder über einen Hochschul-/Fachhochschulabschluss verfügen.

²⁷ Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey wurde festgestellt, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund eine um 50% erhöhte Quote an Merkmalen für Essstörungen gegenüber Nicht-Migranten-Kindern aufweisen. Vermutet wurden eine mögliche Überidentifikation mit westlichen Normen und Werten sowie Anpassungsstress im Kontext der Migrationssituation (vgl. Hölling, / Schlack 2007). In diesem Bericht wurde auch auf eine Studie von Aschenbrenner et al. (2004) verwiesen, die zeigt, dass insbesondere Migrantinnen häufiger von subklinischen Essstörungen als Frauen ohne Migrationshintergrund betroffen sind. Vgl. Aschenbrenner et al. (2004)

Anteil älterer Frauen in der deutschen Befragungspopulation zurückzuführen ist. Werden nur die unter 45-jährigen Frauen einbezogen, dann hatten etwa gleich hohe Anteile der Frauen (jeweils 13–14%) mindestens einmal im bisherigen Leben eine Unterleibsoperation vornehmen lassen.

Einer kritischen Interpretation dieses Ergebnisses bedarf es mit Blick auf die in Kapitel 3.1.2 festgestellten deutlich erhöhten Angaben zu körperlichen Beschwerden im gynäkologischen Bereich bei Frauen türkischer Herkunft. Das Ergebnis könnte, auch wenn anhand der Untersuchungsdaten nicht feststellbar ist, wo operative Eingriffe indiziert sind, ein vorsichtiger Hinweis auf eine medizinische Unterversorgung insbesondere der türkischen Migrantinnen im Bereich gynäkologischer Beschwerden und Erkrankungen sein. In diese Richtung weisen auch andere Untersuchungsergebnisse, die eine geringere Inanspruchnahme gynäkologischer Untersuchungen durch Frauen mit türkischem Migrationshintergrund feststellen konnten (vgl. David 2001, Borde et al. 2003, Kentenich et al. 2000)²⁸. Ob und inwiefern hier eine Unterversorgung der türkischen Migrantinnen oder auch eine Überversorgung der anderen Untersuchungsgruppen vorliegt, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden. Gynäkologische Eingriffe sind nicht immer indiziert und werden auch im Rahmen der Frauengesundheitsforschung durchaus kritisch diskutiert (BMFSFJ 2001).

3.1.6 Unfall- und gewaltbedingte Verletzungen im Lebensverlauf

In der Studie wurden die Frauen gefragt, ob bestimmte, auf einer Liste aufgeführte schwerere Verletzungen im Lebensverlauf vorgekommen sind und ob es sich dabei um die Folge eines Streits oder einer gegen die Befragte gerichteten Gewalt gehandelt habe. Aus der folgenden Tabelle geht zunächst hervor, dass einige unfallbedingte Verletzungen wie Knochenbrüche und Verstauchungen von Frauen deutscher Herkunft signifikant häufiger genannt wurden als von Frauen mit Migrationshintergrund, während sich bei anderen Verletzungen keine signifikanten Unterschiede abzeichneten. Lediglich ausgekugelte Gelenke wurden von einem Teil der Migrantinnen - den Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion - mit 11% vergleichsweise häufiger genannt als von den beiden anderen Untersuchungsgruppen (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Verletzungen im Lebensverlauf.

Fallbasis: Alle Frauen bis unter 75 Jahren.

	Herkunft			Sign./Altersgruppen
	deutsch	türkisch	Eh. SU	
Beschwerde in den letzten 12 Monaten häufig/gelegentlich erlebt				
Knochenbrüche	34,0%	15,1%	23,8%	**
Verstauchungen	61,5%	41,2%	42,7%	**
Muskelrisse	12,4%	7,0%	8,0%	** nur bei ab 45 Jährigen
Verletzungen im Gesicht/blaus Auge	17,0%	13,5%	18,2%	n. sign.

²⁸ Für die Gruppe der Spätaussiedlerinnen traf dies nach einer anderen Studie von Wittich et al. nicht zu (vgl. Wittich et al. 2004).

	Herkunft			
	deutsch	türkisch	Eh. SU	Sign./Altersgruppen
Beschwerde in den letzten 12 Monaten häufig/gelegentlich erlebt				
Brandwunden	26,4%	25,3%	25,0%	n. sign.
Schwere Stich- oder Schnittverletzungen	8,3%	10,0%	6,0%	n.sign
Ausgekugelte Gelenke	6,6%	4,9%	10,8%	**
Andere schwere Verletzungen	5,3%	3,2%	3,8%	n. sign.

** hoch signifikant $p < 0,001$ * signifikant $p < 0,05$ n. sign. = nicht signifikant

Die signifikanten Unterschiede in Richtung einer Höherbelastung der Frauen deutscher Herkunft bei Knochenbrüchen und Verstauchungen bleiben auch dann bestehen, wenn die Altersgruppen kontrolliert werden. Das Ergebnis ist insofern zunächst unerwartet, als Frauen mit türkischem Migrationshintergrund an anderer Stelle deutlich häufiger angegeben hatten, (schwerere Formen von) Gewalt in der Partnerschaft erlebt zu haben (vgl. Kap. 4). Möglicherweise sind die festgestellten erhöhten Anteile von Knochenbrüchen, Verstauchungen und Muskelrissen bei Frauen deutscher Herkunft auf eine erhöhte Mobilität und mehr außerhäusliche Aktivitäten bereits in der Kindheit und Jugend zurückzuführen; vielleicht spielen aber auch andere Faktoren eine Rolle. Sportbedingte Einflüsse konnten in der Studie nicht nachgewiesen werden. Es zeichnet sich jedoch ab, dass sich die Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen leicht relativieren, wenn nur Frauen mit einer Vielzahl außerhäuslicher Freizeitaktivitäten einbezogen werden. Allerdings bleiben auch bei einer Kontrolle dieses Faktors die höheren Belastungen der Frauen deutscher Herkunft bestehen.

Bei der Auswertung der Frage, ob eine der genannten Verletzungen Folge eines Streits oder einer gegen die Befragte gerichteten Gewalthandlung gewesen sei, wird deutlich, dass Migrantinnen türkischer Herkunft signifikant häufiger als die anderen Befragungsgruppen ein- oder mehrmals von gewaltbedingten körperlichen Verletzungen betroffen waren.

In der folgenden Tabelle zeigt sich, dass Frauen türkischer Herkunft am seltensten insgesamt Verletzungen und deutlich seltener nicht gewaltbedingte Verletzungen angaben, ihr Anteil bei den gewaltbedingten Verletzungen aber deutlich erhöht ist (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Gewaltbedingte Verletzungen nach Herkunft. Fallbasis: Frauen unter 75 Jahren.

		Herkunft			Gesamt
		deutsch	türkisch	ehem. SU	
Verletzungen	keine Verletzungen	21,7%	42,7%	33,5%	23,2%
	Verletzungen aber nicht gewaltbedingt	68,3%	43,2%	56,4%	66,7%
	eine gewaltbedingte Verletzung	3,6%	6,8%	4,4%	3,8%
	mehrere gewaltbedingte Verletzungen	3,3%	6,0%	3,6%	3,4%
	keine Angabe	3,1%	1,4%	2,1%	3,0%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$P < 0,005$

Zusammengenommen gaben knapp 13% der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, 8% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion und 7% der Frauen deutscher Herkunft gewaltbedingte Verletzungen an. Damit waren Frauen türkischer Herkunft fast doppelt so häufig betroffen wie Frauen deutscher Herkunft. An anderer Stelle der Untersuchung wurde sichtbar, dass es sich dabei weit überwiegend um Gewalt in Familien- und Partnerschaften handelte und selten um Gewaltübergriffe durch wenig oder nicht bekannte Personen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Frauen deutscher Herkunft zwar häufiger schwere unfallbedingte Verletzungen erlebt haben, dass aber Frauen mit türkischem Migrationshintergrund anteilmäßig häufiger von gewaltbedingten Verletzungen betroffen waren.

3.1.7 Chronische Erkrankungen und körperliche Behinderungen

Die festgestellte höhere Prävalenz gesundheitlicher Belastungen bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund spiegelt sich im Bereich chronischer Erkrankungen und Behinderungen nicht wider. Ob dies auf kulturell und sozial unterschiedliche Wahrnehmungen und Definitionen sowie Unterschiede in der ärztlichen Diagnostizierung von Erkrankungen zurückzuführen ist, kann anhand der Untersuchungsdaten nicht geklärt werden, ist aber vorstellbar.

Aus der Auswertung der Angaben zu chronischen Erkrankungen wird ersichtlich, dass Frauen mit türkischem Migrationshintergrund am seltensten und Frauen deutscher Herkunft am häufigsten angaben, von chronischen ernsthaften Erkrankungen betroffen zu sein, wobei signifikante Unterschiede vor allem bei den unter 35-Jährigen und bei den ab 45-Jährigen feststellbar sind. Die hohen Werte bei den Frauen deutscher Herkunft sind maßgeblich auf die höhere Betroffenheit von Frauen ab 45 Jahren zurückzuführen, die in der deutschen Untersuchungsgruppe am stärksten vertreten sind. Aber auch bei den Frauen unter 35 Jahren zeigen sich signifikant erhöhte Werte bei Frauen deutscher Herkunft und niedrigere Anteile bei Frauen mit Migrationshintergrund (siehe Tabelle 10).

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Tabelle 10: Chronische Erkrankungen und/oder körperliche Behinderungen nach Selbstauskunft der Befragten. Fallbasis: Frauen bis unter 75 Jahren.

	Herkunft			
	deutsch	türkisch	Eh. SU	Sign./Altersgruppen
Chronische Erkrankungen und/oder körperliche Behinderungen				
Chronische ernsthafte Erkrankung	20,9%	8,7%	15,2%	**
Unter 35 Jahre	12,6%	7,3%	7,4%	*
35–44 Jahre	16,1%	7,7%	12,2%	n. sign.
45+	27,7%	13,1%	25,8%	*
Körperliche Behinderung	4,7%	1,6%	1,9%	**
Unter 35 Jahre	1,5%	1,5%	0,9%	n. sign.
35–44 Jahre	3,2%	2,6%	1,2%	n. sign.
45+	7,2%	1,2%	3,4%	*

**hoch signifikant $p < 0,001$ * signifikant $p < 0,05$ n. sign. = nicht signifikant

Möglicherweise ist dieses Ergebnis erhöhter Anteile von Frauen mit chronischen Erkrankungen bei Frauen deutscher Herkunft und auch bei älteren Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion mit auf die subjektive Krankheitswahrnehmung bzw. auf eine größere Aufdeckung und Wahrnehmung von chronischen Erkrankungen bei Frauen nicht türkischer Herkunft zurückzuführen. Vielleicht ist sie auch eine Folge von unzureichender ärztlicher Diagnostizierung. Mit Blick auf die Beschwerdelisten, bei denen Frauen türkischer Herkunft häufiger körperliche Beschwerden in den letzten Monaten angegeben hatten (vgl. Kapitel 3.1.2), liegt ein solcher Erklärungsansatz nahe, ist aber letztlich im Datensatz nicht nachweisbar.

Die anteilmäßig größere Betroffenheit der Frauen deutscher Herkunft von körperlichen Behinderungen ist überwiegend, wie Tabelle 11 zeigt, auf die unterschiedlichen Altersgruppenzusammensetzungen zurückzuführen. In den Altersgruppen der unter 45-Jährigen sind keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes und des Grades der selbst berichteten Einschränkung durch Behinderungen zwischen den Untersuchungsgruppen festzustellen.

3.1.8 Fazit: Körperliche und psychische Gesundheit im Vergleich der Untersuchungsgruppen

Die Auswertungen des psychischen und physischen Gesundheitszustandes von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund verweisen darauf, dass Frauen mit Migrationshintergrund den eigenen Gesundheitszustand deutlich negativer subjektiv bewerten als Frauen deutscher Herkunft, und zudem auch häufiger körperliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten vor dem Befragungszeitpunkt angegeben haben. Insbesondere Frauen mit türkischem Migrationshintergrund nennen zudem mehr gesundheitliche Belastungen und Beschwerden, vor allem im gynäkologischen Bereich, im Bereich von Magen-Darm-Störungen, Schmerz- und Belastungssymptomen, sowie eine erhöhte Anzahl von Beschwerden in den letzten 12 Monaten. Hinsichtlich der Anzahl der körperlichen Beschwerden galten die ab 45-jährigen Frauen mit Migrationshintergrund, insbesondere jene türkischer Herkunft, als besonders hoch belastet.

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Eine positive Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes ließ sich bei fast der Hälfte der ab 45-jährigen Befragten deutscher Herkunft, aber bei weniger als einem Drittel der Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion und bei knapp einem Viertel der türkischen Migrantinnen dieser Altersgruppe feststellen. Widersprüchlich dazu, und auch zur erhöhten Anzahl von körperlichen Beschwerden bei Migrantinnen ist der Befund, dass Frauen deutscher Herkunft häufiger angaben, von chronischen Erkrankungen und körperlichen Behinderungen betroffen zu sein. Dies könnte mit Unterschieden in der Sensibilität für und (auch diagnostischen) Wahrnehmung von chronischen körperlichen Erkrankungen in Zusammenhang stehen; insbesondere bei den körperlichen Behinderungen ist es mit der höheren Altersgruppenzusammensetzung bei den Befragten deutscher Herkunft zu erklären.

Hinsichtlich der psychischen Beschwerden²⁹ waren die Ergebnisse uneindeutig. Wie bei den körperlichen Beschwerden waren auch hier die Frauen türkischer Herkunft in der Tendenz höher belastet. Bei Stress- und Belastungssymptomen wie auch bei Depressionen waren keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen deutscher Herkunft und Frauen mit türkischem Migrationshintergrund feststellbar. Allerdings waren türkische Migrantinnen in bestimmten Altersgruppen deutlich häufiger von Angststörungen und Panikattacken sowie von Schlafstörungen und Suizidgedanken betroffen. Unter Umständen handelt es sich dabei um die Folge von Gewalterfahrungen in Familie und Partnerschaft. Von einigen psychischen Belastungen wie Schwäche/Müdigkeit und Gefühlen von Wertlosigkeit waren beide Migrantinnengruppen, insbesondere ab dem 45. Lebensjahr, deutlich häufiger betroffen als Frauen deutscher Herkunft. Hinweise auf unterschiedliche Betroffenheiten durch Essstörungen fanden sich vor allem bei den höher gebildeten jüngeren Migrantinnen im Alter unter 35 Jahren, von denen etwa ein Fünftel der Frauen betroffen waren.

Im Hinblick auf Verletzungen im Lebensverlauf bleibt festzuhalten, dass Frauen deutscher Herkunft häufiger unfallbedingte Verletzungen wie Knochenbrüche, Verstauchungen und Muskelrisse erlitten haben als Frauen mit Migrationshintergrund. Demgegenüber kamen, **gewaltbedingte** Verletzungen in der Gruppe der türkischen Migrantinnen anteilmäßig häufiger vor. Das Ergebnis korrespondiert mit den weiter unten aufgeführten Ergebnissen zu schweren Gewaltübergriffen im Kontext von Familien- und Paarbeziehungen.

3.2 Gesundheitsverhalten der Befragten im Vergleich

Zur Analyse des Gesundheitsverhaltens der Befragten wurden aus der Untersuchung Angaben zum Alkohol-, Tabak-, Medikamenten- und Drogenkonsum vergleichend ausgewertet, sowie Angaben zur außerhäuslichen sportlichen Betätigung der Befragten. Während der Konsum von gesundheitsgefährdenden Substanzen wie Alkohol, Tabak, illegalen Drogen sowie mangelnde sportliche Aktivitäten eindeutige Hinweise auf ein problematisches Gesundheitsverhalten geben, ist dies hinsichtlich der Einnahme von

²⁹ Es handelt sich hier um selbst berichtete psychische Beschwerden und nicht um objektive, ärztlich abgesicherte Krankheitsdiagnosen. Dies schränkt die epidemiologische Aussagekraft ein, nichtsdestotrotz können anhand der Befragung wichtige Anhaltspunkte für erhöhte Belastungen und weitere Forschungsfragen im Themenbereich generiert werden.

psychoaktiven Medikamenten aufgrund des Fehlens zusätzlicher diagnostischer Informationen zu den Untersuchungsgruppen weniger eindeutig bestimmbar. Im Folgenden sollen einige Aspekte des Gesundheitsverhaltens der Untersuchungsgruppen deskriptiv und ohne weitere Wertungen vergleichend dargestellt werden.

3.2.1 Alkoholkonsum

Es ist bekannt, dass Menschen islamischen Glaubens aus religiösen Gründen nicht oder nur eingeschränkt Alkohol konsumieren. Da fast 90% der befragten Frauen mit türkischem Migrationshintergrund sich als islamisch bezeichneten, verwundert es nicht, dass diese in deutlich geringerem Ausmaß als die anderen Befragungsgruppen Alkohol konsumierten.

Aus der folgenden Tabelle wird ersichtlich, dass Frauen türkischer Herkunft weit überwiegend (zu fast 90%) angaben, nie oder seltener als zweimal monatlich Alkohol zu trinken, während dies nur auf 43% der Frauen deutscher Herkunft und auf knapp 63% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion zutraf (vgl. Tabelle 11). Deutlich höher war bei den Frauen deutscher Herkunft entsprechend der Anteil derjenigen, die täglich/fast täglich oder 1- bis 3-mal wöchentlich Alkohol konsumieren (zusammengekommen 44% vs. 26% der Frauen aus Ländern der ehem. Sowjetunion und knapp 7% der Frauen türkischer Herkunft, vgl. ebd.). Die hoch signifikanten Unterschiede zwischen den Befragungsgruppen bleiben auch dann bestehen, wenn die Altersgruppen kontrolliert werden.

Tabelle 11: Häufigkeit Alkoholkonsum nach Herkunft.
Fallbasis: Befragte unter 75 Jahren.

		Herkunft			Gesamt
		deutsch	türkisch	ehem. SU	
Alkoholkonsum Häufigkeit	täglich/fast täglich	7,5%	1,6%	2,3%	7,0%
	1–3 mal die Woche	36,7%	4,9%	23,2%	34,6%
	2 mal im Monat	12,2%	3,8%	11,8%	11,8%
	seltener	29,7%	18,5%	43,6%	29,9%
	nie	13,4%	70,4%	18,9%	16,1%
	keine Angabe	0,6%	0,8%	0,2%	0,6%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Hinweise auf den Konsum erhöhter Mengen von Alkohol innerhalb der letzten 4 Wochen („fünf oder mehr alkoholische Getränke hintereinander getrunken“) finden sich bei beiden Migrantinnengruppen deutlich seltener als bei Frauen deutscher Herkunft, wobei letztere mit zusammengekommen 15% dies am häufigsten innerhalb der letzten 4 Wochen taten und Migrantinnen türkischer Herkunft hier mit knapp 6% die niedrigsten Anteile aufweisen, während Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion mit knapp 9% einen mittleren Wert einnahmen (vgl. Tabelle 12).

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Tabelle 12: Erhöhter Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen nach Herkunft. Befragte unter 75 Jahren.

		Herkunft			Gesamt
		deutsch	türkisch	ehem. SU	
Mehr als 5 alkoholische Getränke hintereinander/Häufigkeit in den letzten 4 Wochen	einmal	7,4%	2,7%	4,8%	7,1%
	2–3 mal	5,0%	1,4%	1,7%	4,6%
	häufiger	3,0%	1,6%	2,3%	2,9%
	nie	83,1%	93,5%	89,7%	83,9%
	keine Angabe	1,5%	0,8%	1,5%	1,5%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Hier waren die Unterschiede bei den Altersgruppen bis unter 45 Jahren signifikant, während sich bei den älteren Frauen keine signifikanten Unterschiede mehr zeigten, zumal die Neigung zu erhöhtem (nicht zu häufigem!) Alkoholkonsum bei den älteren Frauen deutscher Herkunft abnahm.³⁰

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens in Bezug auf häufigen und hohen Alkoholkonsum die Frauen deutscher Herkunft das risikoreichste und die Frauen türkischer Herkunft das risikoärmste Gesundheitsverhalten aufweisen. Migrantinnen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion nahmen hier eine mittlere Stellung ein.

In Bezug auf den Alkoholkonsum bei Frauen lässt sich auch ein Bildungs- und Schichtzusammenhang feststellen. So zeigte sich, dass Frauen aus den höchsten Bildungs- und Einkommensegmenten am häufigsten ein- oder mehrmals wöchentlich Alkohol trinken.³¹ Dies dürfte auch in Zusammenhang mit unterschiedlichen Lebensstilen und vielleicht auch mit Unterschieden in der familiären und sozialen Einbindung der Frauen stehen.³²

3.2.2 Tabakkonsum

Im Tabakkonsum zeichnen sich hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens der Befragungsgruppen andere Tendenzen ab. Interessanterweise rauchten Frauen mit türkischem Migrationshintergrund – je nach Altersgruppe – gleich häufig und bei den unter 35-Jährigen sogar häufiger täglich Zigaretten als Frauen deutscher Herkunft. Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion weisen hier durchgängig signifikant niedrigere Werte auf (vgl. Tabelle 13).

³⁰ Von den ab 45-Jährigen deutscher Herkunft gaben 9% an, täglich oder fast täglich Alkohol zu konsumieren (mehr also als bei den jüngeren Altersgruppen mit 3,3% bei unter 35- und 7,6% bei ab 35-Jährigen; bei den Migrantinnengruppen waren dies durchgängig unter 3%); mindestens einmal in den letzten 4 Wochen fünf und mehr alkoholische Getränke hintereinander zu sich genommen zu haben gaben knapp 11% der Befragten ab 45 Jahren deutscher Herkunft an (aber knapp 23% der unter 35-Jährigen und 17% der 35- bis 44-Jährigen deutscher Herkunft). Bei den Befragten türkischer Herkunft lagen diese Anteile durchgängig unter 7%; bei den Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion unter 13%.

³¹ Ähnliche Befunde zeigten sich auch in anderen Untersuchungen. Während bei Frauen mit höherer Bildungs- und Sozialschicht der Alkoholkonsum steigt, scheint es bei Männern diesbezüglich einen umgekehrten Zusammenhang zu geben. Vgl. BMFSFJ 2001, S. 202ff.

³² Die Anteile derjenigen, die in den letzten 4 Wochen fünf und mehr alkoholische Getränke hintereinander zu sich genommen haben, unterschieden sich hinsichtlich der Bildungs- und Schichtfaktoren nicht in dieser Weise.

Tabelle 13: Tabakkonsum im Leben insgesamt und in den letzten 12 Monaten.
Fallbasis: Frauen bis unter 75 Jahren¹

	Herkunft			
	deutsch	türkisch	Eh. SU	Sign./Altersgruppen
Tabakkonsum				
Schon einmal geraucht?*	56,2%	45,7%	38,1%	**
unter 35 Jahre	63,4%	54,9%	51,6%	**
35–44 Jahre	64,8%	39,7%	34,1%	**
45+	48,2%	28,6%	23,6%	**
Davon: In den letzten 12 Monaten täglich geraucht?***				
unter 35 Jahre	26,7%	32,1%	17,7%	**
35–44 Jahre	36,1%	39,3%	22,8%	**
45+	33,5%	28,2%	15,9%	**
	18,3%	17,9%	12,4%	n. sign.

¹ Die Frage bezieht sich auf Zigaretten, Zigarren, Zigarillos und Pfeife.

**hoch signifikant $p < 0,001$ *signifikant $p < 0,05$ n. sign. = nicht signifikant

***Die Prozentwerte beziehen sich nur auf jene Frauen, die schon einmal geraucht haben

Es gibt zudem keine Hinweise darauf, dass Frauen türkischer Herkunft, die täglich rauchen, signifikant weniger Zigaretten konsumieren als Frauen der anderen Befragungsgruppen. Frauen aus allen drei Untersuchungsgruppen, die täglich rauchen, konsumieren durchschnittlich 13–15 Zigaretten am Tag.

Mit Blick auf das Gesundheitsrisiko „Rauchen“ verhalten sich Frauen türkischer und auch Frauen deutscher Herkunft zu etwa einem Siebtel (15%) gesundheitsschädigend, indem sie täglich rauchen, während dies nur für 6% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion zutrifft.

Hinsichtlich des Bildungs- und Einkommensstatus gibt es hier – anders als beim Konsum von Alkohol – einen umgekehrten Zusammenhang: Höher gebildete und besser verdienende Frauen rauchen in der Tendenz seltener und weniger als geringer gebildete und schlechter verdienende Frauen. Die hohen Werte bei Frauen türkischer Herkunft stehen auch im Zusammenhang mit dem geringeren Bildungs- und Einkommensniveau dieser Bevölkerungsgruppe.

3.2.3 Konsum illegaler Drogen

Ein vergleichsweise häufiger risikoreiches Gesundheitsverhalten bei Frauen deutscher Herkunft ist mit Blick auf den Konsum illegaler Drogen feststellbar, der überwiegend bei Frauen deutscher Herkunft unter 35 Jahren sichtbar wird (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Konsum illegaler Drogen (Haschisch, LSD, Heroin, Ecstasy) innerhalb der letzten 5 Jahre.
Fallbasis: Frauen bis unter 75 Jahren

	Herkunft			
	deutsch	türkisch	Eh. SU	Sign./Altersgruppen
Drogenkonsum				
Innerhalb der letzten 5 Jahre Drogen, z. B. Haschisch, LSD, Heroin, Ecstasy genommen?	3,1%	2,4%	(1,1%)	*
unter 35 Jahre	9,6%	3,9%	1,9%	*
ab 35 Jahren (Fallzahlen zu klein)	(unter 1%)	(unter 1%)	(unter 1%)	n. sign.

**hoch signifikant $p < 0,005$ *signifikant $p < 0,05$ n. sign. = nicht signifikant () Fallbasis zu gering für verallgemeinerbare oder vergleichende Aussagen

Fast 10% der unter 35-jährigen Frauen deutscher Herkunft haben nach eigenen Angaben innerhalb der letzten 5 Jahre mindestens einmal illegale Drogen zu sich genommen: das traf für knapp 4% der Frauen türkischer Herkunft in dieser Altersgruppe und für knapp 2% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion zu. Damit haben jüngere Frauen deutscher Herkunft signifikant häufiger als jüngere Frauen mit Migrationshintergrund illegale Drogen zu sich genommen. Über die Menge und Art des Konsums illegaler Drogen wurden in der Untersuchung keine weitergehenden Fragen gestellt.

Das Ergebnis muss kritisch vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass der Konsum von illegalen Drogen tabuisiert und kriminalisiert ist und dass hier nicht durchgängig von wahrheitsgemäßem Antwortverhalten auszugehen ist; es besteht die Möglichkeit, dass einzelne Befragungsgruppen in unterschiedlicher Weise dazu tendieren, den eigenen Konsum illegaler Drogen zu verschweigen und aus Angst vor Entdeckung und Strafverfolgung keine wahrheitsgemäßen Antworten geben. Dies kann zu Einschränkungen in der Vergleichbarkeit Aussagekraft der Ergebnisse führen.

3.2.4 Konsum von psychotropen Medikamenten

In Kapitel 3.1.3 war bereits sichtbar geworden, dass die Untersuchungsgruppen in unterschiedlicher Weise von einzelnen psychischen Belastungen betroffen waren. Nun ist interessant, ob und inwiefern das auch im Konsum unterschiedlicher psychotroper Medikamente eine Ergänzung findet.

Bei der Einnahme von psychotropen Medikamenten ließen sich auf allgemeiner Ebene mit wenigen Ausnahmen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen feststellen. Lediglich Beruhigungsmittel wurden insbesondere von den ab 45-jährigen Migrantinnen beider Populationen häufiger (zu ca. 30%) in den letzten 5 Jahren eingenommen; ebenso Schlafmittel (zu knapp 20%) von den 35- bis 45-jährigen Migrantinnen beider Populationen (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Einnahme von Medikamenten und Drogenkonsum in den letzten 5 Jahren nach Herkunft.
Fallbasis: Alle Frauen bis unter 75 Jahren.

	Herkunft			Sign./Alters-gruppen
	deutsch	türkisch	Eh. SU	
Konsum in den letzten 5 Jahren				
Schmerzmittel	74,0%	79,1%	70,7%	n. sign.
Beruhigungsmittel	15,6%	16,6%	24,0%	**
Nur ab 45-Jährige	18,7%	28,6%	30,9%	Signifikant höhere Werte bei Migrantinnen ab 45 Jahren
Schlafmittel	13,7%	15,5%	16,8%	n. sign.
Nur 35–44 Jahre	9,0%	19,2%	19,5%	Signifikant höhere Werte bei Migrantinnen von 35– unter 45 Jahren
Psychopharmaka (Mittel gegen Niedergeschlagenheit, Depressionen, Angst)	8,9%	9,5%	5,7%	n. sign.
Aufputschmittel	1,0%	(1,4%)	(1,1%)	n. sign.
Andere Psychopharmaka	1,8%	2,4%	(0,8%)	n.sign

() Fallzahlen zu gering – nicht aussagekräftig.

Vor dem Hintergrund, dass Frauen türkischer Herkunft deutlich häufiger verschiedene Schmerzsymptome in den letzten 12 Monaten angegeben hatten (siehe Kapitel 3.1.2), verwendeten sie vergleichsweise selten Schmerzmittel. Obwohl Frauen türkischer und Frauen deutscher Herkunft am häufigsten Stress- und Belastungssymptome benannt haben, verwenden Frauen deutscher Herkunft vergleichsweise selten und Frauen aus Herkunftsländern der ehemaligen Sowjetunion vergleichsweise häufig Beruhigungsmittel. Auch die Einnahme von Schlafmitteln war bei Migrantinnen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion in Relation zu ihrer an anderer Stelle benannten geringeren Betroffenheit durch Schlafstörungen vergleichsweise hoch und bei Frauen deutscher Herkunft vergleichsweise niedrig. Eine mögliche Erklärung dieser Ergebnisse liegt darin, dass ein Teil der Frauen deutscher Herkunft die psychischen Belastungs-, Stress- und Schlafstörungen stärker über Alkoholkonsum (siehe Kapitel 3.2.1) oder auch im positiven Sinne über andere, alternative gesundheitserhaltende Methoden (z. B. Yoga, Sport, Entspannungsübungen etc.) kompensiert, während ein Teil der Migrantinnen häufiger zu Beruhigungs- und Schlafmitteln greift. Diese Interpretation, die auf der Basis der vorliegenden Daten nicht überbewertet werden darf, deckt sich jedoch teilweise mit klinischen Studien, die in der Tendenz eine höhere Medikalisierung psychischer Störungen bei Migrantinnen festgestellt haben (vgl. z. B. Brucks 2004). Zugleich darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass den Ergebnissen der vorliegenden Auswertung nach über Beruhigungs- und Schlafmittel hinausgehende Psychopharmaka auch von Frauen deutscher Herkunft häufig verwendet werden (vgl. Tabelle 15, letzte drei Datenzeilen).

Im ersten deutschen Frauengesundheitsbericht des BMFSFJ wurde auf eine erhöhte Verordnung von Beruhigungs-/Schlafmitteln im Kontext der Betroffenheit durch psychische Beeinträchtigungen infolge von Eheproblemen und physischer/sexueller Gewalt hingewiesen (vgl. BMFSFJ 2001, S. 229). Der Zusammenhang der erhöhten Einnahme von Beruhigungs-, Schlafmitteln und Psychopharmaka durch gewaltbetroffene Frauen aufgrund von Angst- und Schlafstörungen sowie Suizidgedanken deutet sich auch in der vorliegenden Untersuchung für alle Untersuchungsgruppen und verstärkt für Migrantinnen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion an.

3.2.5 Sportliche Betätigung außer Haus

Obwohl die Befragten deutscher Herkunft durchschnittlich deutlich älter sind als die befragten Frauen mit Migrationshintergrund, gaben erstere signifikant häufiger an, Sport oder körperliche Bewegung außer Haus zu betreiben. Dies traf häufig oder gelegentlich zusammengenommen auf 45% der Frauen deutscher Herkunft, 28% der Frauen türkischer Herkunft und 31% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion zu. 27% der Frauen deutscher Herkunft, 44% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion und mit 54% mehr als die Hälfte der Frauen türkischer Herkunft gaben an, nie außerhäuslich Sport zu treiben (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Häufigkeit von sportlicher Betätigung außer Haus. Fallbasis: Alle Frauen bis unter 75 Jahren.

		Herkunft			Gesamt
		deutsch	türkisch	ehem. SU	
Freizeitaktivitäten: Sport bzw. körperliche Bewegung außer Haus	häufig	30,1%	12,9%	13,7%	28,5%
	gelegentlich	23,5%	15,1%	17,1%	22,8%
	selten	19,6%	18,4%	25,7%	19,8%
	nie	26,8%	53,7%	43,5%	28,8%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Auch bei den unter 35-jährigen Migrantinnen sind die Anteile derjenigen, die nie außerhäuslich Sport treiben mit 41% bzw. 33% vergleichsweise hoch gegenüber Frauen deutscher Herkunft (mit 17%, vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Häufigkeit von sportlicher Betätigung außer Haus. Fallbasis: Nur Frauen unter 35 Jahren.

		Herkunft			Gesamt
		deutsch	türkisch	ehem. SU	
Freizeitaktivitäten: Sport außer Haus	häufig	28,7%	14,2%	13,0%	26,2%
	gelegentlich	29,8%	20,1%	24,2%	28,5%
	selten	24,9%	24,5%	29,8%	25,3%
	nie	16,7%	41,2%	33,0%	20,1%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Die signifikanten Unterschiede bleiben auch dann bestehen, wenn Faktoren wie Einkommen, Bildung und Berufstätigkeit kontrolliert werden. Allerdings steigen die Anteile derjenigen, die Sport treiben in allen drei Untersuchungsgruppen mit dem Grad der Bildung an. Anzunehmen ist, dass Bildung (möglicherweise gekoppelt mit Einkommen) eine Ressource für gesundheitsbewusstes Bewegungsverhalten darstellt. Sichtbar wird auch, dass die eingeschränkte sportliche Betätigung nicht nur oder überwiegend mit Einschränkungen der Frauen in islamischen Kulturzusammenhängen zu tun haben kann, wie das häufig in öffentlichen Diskussionen im Zusammenhang mit türkischen Mädchen und Schulsport betont wird. Vielmehr scheint der Bewegungsmangel auch auf die Lebensbedingungen im Kontext der Migration sowie soziale und ökonomische Faktoren im Zusammenhang mit dem Minoritätenstatus zurückzuführen sein, da auch nicht-islamische Migrantinnen seltener außerhäuslich Sport treiben als Frauen deutscher Herkunft.

3.2.6 Fazit – Gesundheitsverhalten

In Bezug auf das Gesundheitsverhalten der Frauen konnten in der vorliegenden Untersuchung nur einige wenige Aspekte aufgegriffen werden, die insbesondere mit der Einnahme von Substanzen und Suchtmitteln, sowie mit sportlicher Betätigung in Zusammenhang stehen. Für eine umfassende Analyse des Gesundheitsverhaltens wären eine Vielzahl weiterer Aspekte zu berücksichtigen wie etwa die Inanspruchnahme gesundheitsvorsorgender Maßnahmen und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen (z. B. Ernährungsverhalten). Zudem wären vertiefende Analysen interessant, die aufzeigen, welche Faktoren bei Frauen unterschiedlicher Herkunft zu gesundheitsbewusstem Verhalten beitragen und wie sich dieses Verhalten im Zusammenspiel mit verschiedenen sozialen und soziostrukturellen Faktoren konkret ausbildet und auf die Gesundheit auswirkt.

Nichtsdestotrotz wurde in den vergleichenden Analysen sichtbar, dass nicht per se von einem schlechteren Gesundheitsverhalten marginalisierter und/oder sozial benachteiligter Frauen mit Migrationshintergrund auszugehen ist, sondern dass teilweise gegenläufige Tendenzen zu beobachten sind, die eine differenzierte Betrachtung erfordern. So verhalten sich der vorliegenden Studie nach Frauen deutscher Herkunft und hier speziell Frauen aus höheren Einkommens- und Bildungsschichten mit Blick auf die Häufigkeit des Alkoholkonsums weniger gesundheitsbewusst als Frauen in beiden Migrantinnenpopulationen und Frauen aus niedrigeren Bildungs- und Einkommensegmenten. In Bezug auf den Konsum von Tabak ergibt sich ein anderes Bild. Hier weisen Frauen aus Herkunftsländern der ehemaligen Sowjetunion ein stärker gesundheitsförderndes Verhalten auf als Frauen deutscher und türkischer Herkunft; auch rauchen der Untersuchung nach Frauen aus höheren Einkommens und Bildungssegmenten seltener und weniger. Der Konsum illegaler Drogen ist weitgehend auf unter 35-jährige Frauen und hier überwiegend auf Frauen deutscher Herkunft beschränkt. Beruhigungs- und Schlafmittel werden dagegen in bestimmten Altersgruppen häufiger von Migrantinnen als von Frauen deutscher Herkunft konsumiert. Hinsichtlich des Sports zeichnen sich wiederum ein positiveres Gesundheitsverhalten bei Frauen deutscher Herkunft und eine geringere sportliche Betätigung bei beiden Migrantinnengruppen ab; zudem ist ein aktiveres Sport- und Bewegungsverhalten positiv korreliert mit höherem Bildungs- und Ausbildungsstatus.

In den Ergebnissen deutet sich an, dass sich das Gesundheitsverhalten aus einer Vielzahl von gesundheitsfördernden und -beeinträchtigenden Verhaltensweisen zusammensetzt, die je nach sozialem Hintergrund und sozialer Lage sowie auch nach Lebensstilen, Lebenssituation und Ressourcen variieren und auch gegenläufig wirksam werden können. Für weitere Untersuchungen wäre – um an den positiven Ressourcen und Verarbeitungsmustern anzuknüpfen – interessant, ausfindig zu machen, durch welche Rahmenbedingungen und Einflüsse ein positives Gesundheitsverhalten in unterschiedlichen Bevölkerungs- und Altersgruppen gestärkt werden kann.

3.3 Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

In den vorangegangenen Kapiteln wurde deutlich, dass Migrantinnen, insbesondere türkischer Herkunft, signifikant häufiger mit körperlichen und zum Teil auch mit psychischen Beschwerden innerhalb der letzten 12 Monate konfrontiert waren. Daraus resultiert die Frage, ob die höhere Beschwerdeprävalenz zu einer verstärkten Inanspruchnahme medizinischer Versorgung führt. Um dies zu eruieren, wurden in der zugrunde liegenden Studie zunächst Angaben zu Arztbesuchen, Krankmeldungen und Krankenhausaufenthalten in den letzten 12 Monaten untersucht. Daran anschließend wurden Angaben zur Nutzung von medizinischen und psychosozialen Hilfen im Kontext von Gewaltsituationen analysiert.

Im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung stellt sich grundsätzlich die Frage in welchem Maße die Inanspruchnahme (z. B. medizinischer Leistungen) den Gesundheitsstatus beeinflusst. Trägt z. B. eine erhöhte Nutzung medizinischer Versorgungsleistungen tatsächlich zu einer besseren Gesundheit bei, und/oder geht sie einher mit einer erhöhten Krankheitswahrnehmung, die ihrerseits die individuelle Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen kann? Inwiefern sind quantitative und qualitative Unterschiede in der Nutzung von Gesundheitsangeboten auf gesellschaftliche Benachteiligungen zurückzuführen und tragen zu sozial differenzierten gesundheitlichen Chancen bei? Die Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung, wie auch häufigere Krankenschreibungen können eine Folge erhöhter gesundheitlicher Belastungen sein. Sie können zudem die Chancen auf Heilung in jeweils unterschiedlichem Maße positiv oder negativ beeinflussen. Diese Fragestellungen, die u. a. im Zentrum der Health-Inequality-Forschung stehen,³³ können an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden, sollten aber zur kritischen Interpretation von Unterschieden in der gesundheitlichen Versorgung anregen.

3.3.1 Arztbesuche in den letzten 12 Monaten

Bei der Frage nach der Häufigkeit von Arztbesuchen aufgrund von Verletzungen oder ernsthaften Gesundheitsproblemen in den letzten 12 Monaten³⁴ fällt zunächst auf, dass Frauen türkischer Herkunft mit knapp 11% vergleichsweise häufig keine Angaben zu dieser Frage gemacht haben. Die Gründe hierfür sind anhand der Daten nicht nachzuvollziehen. Frauen deutscher Herkunft und Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion hatten mit ca. 50% etwas häufiger keine Arztbesuche in diesem Zeitraum angegeben als Frauen türkischer Herkunft. Darüber hinaus berichteten etwa gleich hohe Anteile der Frauen deutscher und türkischer Herkunft drei und mehr Arztbesuche (28% bzw. 31%), während dies auf nur 23% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion zutraf (vgl. Tabelle 18).

³³ Vgl. dazu auch die nationalen und internationalen Vernetzungsseiten im Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, sowie www.health-inequalities.eu, sowie nationale Forschungsergebnisse in: Robert-Koch-Institut (2005).

³⁴ Diese Einschränkung erfolgte bewusst, um nur solche Arztbesuche einzubeziehen, die aufgrund von ernsthafteren Beschwerden notwendig wurden und um Routineuntersuchungen sowie Medikamenten-/Kontrazeptivverschreibungen auszuschließen.

Tabelle 18: Anzahl der Arztbesuche weg. Verletzungen/ernsthaften Gesundheitsproblemen in den letzten 12 Monaten. Fallbasis: Frauen bis unter 75 Jahren.

		Herkunft			Gesamt
		deutsch	türkisch	ehem. SU	
Arztbesuche in den letzten 12 Monaten	0	48,9%	42,9%	50,7%	48,8%
	1–2	20,0%	15,8%	22,5%	20,0%
	3–9	18,6%	19,0%	18,7%	18,6%
	10–19	6,5%	7,1%	4,0%	6,4%
	mehr als 20	3,5%	4,6%	1,1%	3,4%
	keine Angabe	2,6%	10,6%	2,9%	2,9%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bei einer Kontrolle der Altersgruppen bleiben signifikante Unterschiede in allen Altersgruppen bestehen und es wird sichtbar, dass vor allem bei den Altersgruppen ab 35 Jahren Frauen türkischer Herkunft signifikant häufiger einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht hatten, und sich diese Tendenz mit zunehmendem Alter noch verstärkt (vgl. Tabelle 19). Dies korrespondiert auch mit den höheren Krankheitsbelastungen in dieser Bevölkerungs- und Altersgruppe.

Tabelle 19: Anzahl der Arztbesuche wegen Verletzungen/ernsthaften Gesundheitsproblemen in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppen. Fallbasis: Frauen bis unter 75 Jahren.

		Alter	Herkunft			Gesamt
			deutsch	türkisch	ehem. SU	
unter 35	Anzahl Arztbesuche – letzte 12 Monate	0	53,8%	49,5%	56,7%	53,7%
		1–2	21,0%	16,5%	22,3%	20,7%
		3 und mehr	22,5%	26,2%	19,1%	22,5%
		keine Angabe	2,7%	7,8%	1,9%	3,1%
	Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
35–44	Anzahl Arztbesuche – letzte 12 Monate	0	54,9%	38,5%	53,7%	54,3%
		1–2	21,7%	19,2%	30,5%	21,9%
		3 und mehr	20,7%	26,9%	14,6%	20,7%
		keine Angabe	2,7%	15,4%	1,2%	3,1%
	Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
über 45	Anzahl Arztbesuche – letzte 12 Monate	0	43,3%	31,0%	42,1%	43,1%
		1–2	18,7%	10,7%	19,1%	18,5%
		3 und mehr	35,6%	45,2%	33,7%	35,7%
		keine Angabe	2,4%	13,1%	5,1%	2,7%
	Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

P<0,005 alle AG

Wird zusätzlich die Anzahl der Beschwerden in den letzten 12 Monaten kontrolliert, dann zeigt sich, dass Frauen türkischer Herkunft mit einer hohen Anzahl an Beschwerden nicht seltener ärztliche Versorgung in Anspruch nehmen als die anderen Untersuchungsgruppen mit einer vergleichbar hohen Anzahl an Beschwerden. Insgesamt finden sich in den Daten keine Hinweise auf eine ausgeprägte medizinische Unterversorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen nach ethnischer Herkunft, für die allerdings auch die Häufigkeiten von Arztbesuchen nur einer von mehreren möglichen Indikatoren ist (z. B. wurden präventive Vorsorgeuntersuchungen hier nicht einbezogen).

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

3.3.2 Krankschreibungen in den letzten 12 Monaten

Krankschreibungen in Arbeitsstelle, Schule und Ausbildung wurden in beiden Migrantinnengruppen trotz des schlechter bewerteten Gesundheitszustandes signifikant seltener angegeben als von Frauen deutscher Herkunft (siehe Tabelle 20, 1. Datenzeile). Eine mögliche Ursache ist in der höheren Arbeitsplatzunsicherheit der vielfach gering qualifizierten Arbeitsfelder von Migrantinnen zu vermuten. Wenn die Frauen jedoch innerhalb der letzten 12 Monate krankgeschrieben worden waren, dann waren bei Frauen türkischer Herkunft signifikant häufigere Krankschreibungen zu verzeichnen als bei anderen Befragungsgruppen, was mit ihrem vergleichsweise schlechterem Gesundheitszustand korrespondiert.

Tabelle 20: Krankmeldung in der Arbeitsstelle/Schule/Ausbildung in den letzten 12 Monaten.
Fallbasis Frauen bis unter 75 Jahren.

		Herkunft		
		deutsch	türkisch	ehem. SU
Krankmeldung – letzte 12 Monate	ja	36,5%	29,1%	27%
Davon:	einmal	58,2%	43,2%	61,8%
	zwei bis viermal	36,3%	39,2%	31,4%
	häufiger	5,5%	17,6%	6,9%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%

$P < 0,005$

3.3.3 Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten

Hinsichtlich der Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten zeigte sich, dass Frauen türkischer Herkunft etwas häufiger und Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion seltener als Frauen deutscher Herkunft in den letzten 12 Monaten einen Krankenhausaufenthalt angaben (vgl. Tabelle 21). Aussagen zu den Ursachen für diese Differenzen sind aufgrund der Befragungsergebnisse nur schwer nachzuweisen. Neben höheren gesundheitlichen Beschwerden sind auch gewaltbedingte Verletzungen in Erwägung zu ziehen.

Tabelle 21: Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten.
Fallbasis Frauen bis unter 75 Jahren.

		Herkunft			Gesamt
		deutsch	türkisch	ehem. SU	
Krankenhausaufenthalt – letzte 12 Monate	keine	84,4%	78,8%	87,4%	84,3%
	einmal	10,2%	14,4%	8,4%	10,3%
	mehr als einmal	2,7%	2,4%	1,3%	2,6%
	keine Angabe	2,8%	4,3%	2,9%	2,8%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Interessanterweise zeigt sich bei einer Altersgruppenkontrolle, dass signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen sich vor allem bei den unter 35-jährigen Frauen zeigen und dass in dieser Altersgruppe Frauen türkischer Herkunft

am häufigsten Krankenhausaufenthalte benannten (20% vs. 11–12% bei den anderen Untersuchungsgruppen). Weiter vertiefende Auswertungen deuten darauf hin, dass hierbei sowohl gynäkologische Eingriffe und erhöhte Geburtenziffern als auch körperliche und psychische Beschwerdebilder sowie gewaltbedingte Verletzungen eine Rolle spielen können.

3.3.4 Inanspruchnahme medizinischer Hilfe und psychosozialer Unterstützungsangebote infolge von Gewalt

Im letzten Teil der Analyse der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung steht die Frage im Vordergrund, ob und in welcher Form gewaltbetroffene Frauen medizinische Hilfe oder psychosoziale Unterstützungsangebote in Anspruch genommen haben.

Dazu stehen aus der Untersuchung zum einen Aussagen zur Inanspruchnahme medizinischer Hilfen nach Situationen körperlicher Gewalt seit dem 16. Lebensjahr zur Verfügung,³⁵ zum anderen Angaben zur Kenntnis über und Inanspruchnahme von unterschiedlichen Unterstützungsangeboten für gewaltbetroffene Menschen im Kontext eigener Gewalterfahrungen.

a) Medizinische Unterstützung infolge von körperlicher Gewalt seit dem 16. Lebensjahr

Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf Frauen, die im Rahmen der mündlichen Interviews vertiefende Angaben zu einer spezifischen Situation körperlicher Gewalt gemacht haben. Befragt wurden die Frauen zur einzigen erlebten Situation, sofern nur eine Situation seit dem 16. Lebensjahr erlebt wurde, oder aber zur subjektiv schlimmsten oder belastendsten Situation, falls mehrere Gewaltsituationen erlebt wurden. In dieser Fragesequenz gaben 17% der Frauen deutscher, 19% der Frauen türkischer Herkunft und 15% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion an, infolge mindestens einer dieser Situationen medizinische Hilfe in Anspruch genommen zu haben; hier bestehen zunächst keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen. Werden nur jene Frauen einbezogen, die infolge einer körperlichen Gewalthandlung körperliche Verletzungen davongetragen haben, dann zeigt sich, dass Frauen deutscher und türkischer Herkunft (mit 32–33%) etwas häufiger medizinische Hilfe in Anspruch genommen haben als Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion (mit rund 25%); allerdings ist auch hier der Unterschied nicht signifikant.³⁶ Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund unterschiedlicher Gewaltintensitäten zu interpretieren, denn in den weiteren Auswertungen zeigte sich, dass Frauen türkischer Herkunft häufiger schwereren Gewaltübergriffen mit gefährlicheren Verletzungsfolgen ausgesetzt waren (vgl. auch Kap. 4). Gemessen daran wäre auch eine höhere Inanspruchnahme medizinischer Hilfen zu erwarten, was sich jedoch nicht bestätigt. Insofern kann tendenziell von einer geringeren medizinischen Versorgung türkischer Migrantinnen bei schwerwiegenden Gewaltwiderfahrnissen ausgegangen werden.

³⁵ Die Fallzahlen der Migrantinnen, die weiter vertiefende Angaben zu sexueller Gewalt gemacht haben, sind für eine vergleichende Auswertung der Untersuchungsgruppen zu gering.

³⁶ Dies zeigt sich auch in einer anderen Fragesequenz zu Gewalt in Paarbeziehungen, bei der sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe infolge von Partnergewalt abzeichnen, wenn auch die kleineren Fallzahlen hier nur vorsichtige Interpretationen erlauben und eine Verallgemeinerbarkeit nicht zulassen.

Bei den Frauen, die genauere Angaben zu den körperlichen Gewaltsituationen gemacht und dort Verletzungsfolgen berichtet haben,³⁷ zeigte sich, dass Migrantinnen und hier vor allem Frauen türkischer Herkunft (40%), aber auch Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion (32%) signifikant häufiger als Frauen deutscher Herkunft (24%) vom medizinischen Personal nach den Ursachen der Verletzung(en) gefragt wurden. Allerdings gab nur ein vergleichsweise geringerer Prozentsatz der Frauen deutscher und türkischer Herkunft (jeweils ca. 20%) dem medizinischen Personal Auskunft über die Ursachen der Verletzung(en), während die Auskunftsbereitschaft der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion mit 30% höher lag.³⁸

Dieses Ergebnis darf sicherlich nicht überinterpretiert werden, da die Fallzahlen insgesamt klein sind, sich auf sehr unterschiedliche Gewaltfälle und Gewaltintensitäten beziehen und detailliertere Angaben über die Gesprächssituation zwischen Patientin und ärztlichem Personal fehlen. Mögliche Erklärungen liegen unter Umständen darin, dass aufgrund der höheren Gewaltintensitäten bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund der Zusammenhang zwischen Gewalt und Verletzungsfolgen offensichtlicher war und daher eher vom medizinischen Personal wahrgenommen und mit der Patientin kommuniziert wurde. Möglicherweise deutet das Ergebnis jedoch auch darauf hin, dass beim medizinischen Personal, je nach ethnischer (und sozialer) Herkunft der Patientin, unterschiedlich stark ausgeprägte Wahrnehmungsweisen und Hemmschwellen bestanden, einen Zusammenhang von Gewalt und Verletzungsfolgen zu vermuten oder zu erfragen. Hier könnten Studien im Kontext von Krankenhäusern und ärztlichen Praxen, die sowohl ärztliches Personal als auch Patientinnen einbeziehen, weiteren Aufschluss geben. Es wäre zumindest denkbar, dass die Wahrnehmung von und Sensibilisierung für Gewalt im medizinischen Kontext durch unterschiedliche Vorstellungen hinsichtlich der Gewaltbetroffenheit verschiedener sozialer und ethnischer Gruppen vorgeprägt ist und dadurch Gewalt in sozial benachteiligten Bevölkerungssegmenten eher erkannt und wahrgenommen wird als in mittleren und höheren Bildungs- und Sozialschichten. Dies könnte durch unterschiedliche Tabuisierungen innerhalb der sozialen Gruppen und Milieus, über die Gewalt Dritten gegenüber zu sprechen, verstärkt werden. Insofern besteht mit Blick auf ethnische und soziale Unterschiede vielleicht nur ein Teil des Problems darin, dass benachteiligte Bevölkerungssegmente unzureichend medizinisch versorgt sind; ein anderes deutet möglicherweise auf eine unzureichende Wahrnehmung von Gewalt gegen Frauen deutscher Herkunft und gegen Frauen aus höheren Bildungs- und sozialen Schichten im medizinischen Sektor hin. Dieser mögliche Zusammenhang sollte in der weiteren Diskussion und Forschung zur medizinischen Versorgung gewaltbetroffener Frauen (und Kinder) noch stärkere Berücksichtigung finden.

³⁷ Es handelte sich um 1.180 Frauen deutscher, 47 Frauen türkischer Herkunft und 53 Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion.

³⁸ Die beiden zugrunde liegenden Fragen der vorliegenden Untersuchung lauteten: „Haben Sie denjenigen, die Sie behandelt haben, erzählt, woher die Verletzungen stammen?“ und „Wurden Sie gefragt, woher die Verletzungen stammen?“.

b) Kenntnis und Inanspruchnahme von psychosozialen Hilfe- und Unterstützungsangeboten im Kontext von Gewalt

Unabhängig davon, ob die Frauen selbst Gewalt erlebt hatten, wurden sie in einer weiteren Interviewsequenz zunächst danach gefragt, ob sie Einrichtungen oder Institutionen kennen, die Hilfe für Opfer von Gewalt anbieten³⁹ und ob sie diese schon einmal in Anspruch genommen hätten.

Hier zeigte sich zunächst dass Frauen mit Migrationshintergrund solche Einrichtungen mehrheitlich nicht bekannt waren. Während 43% bzw. 44% der Migrantinnen angaben, Unterstützungsangebote zu kennen, waren es bei den Frauen deutscher Herkunft 67%.⁴⁰ Der Kenntnisstand über Unterstützungsangebote war bei den Migrantinnen umso geringer, je älter sie waren, je niedriger ihr Bildungs- und Ausbildungsstatus war und je kürzer sie in Deutschland lebten. Gezielte Informations- und Aufklärungsaktivitäten hätten bei diesen Zielgruppen verstärkt anzusetzen.

Hinsichtlich der **Nutzung** psychosozialer Unterstützungsangebote zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen. Jeweils 4–6% der Frauen gaben an, psychosoziale Unterstützungsangebote im Kontext von Gewaltsituationen genutzt zu haben. Ein signifikant größerer Teil der Befragten deutscher Herkunft und der Befragten aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion gaben allerdings an, keine Angebote genutzt zu haben, obwohl sie in einer solchen Situation gewesen seien (vgl. Tabelle 22).

Tabelle 22: Nutzung von Unterstützungsangeboten im Kontext von Gewaltsituationen.
Fallbasis: Frauen bis unter 75 Jahren

		Herkunft			Gesamt
		deutsch	türkisch	ehem. SU	
Nutzung von psychosozialen Angeboten	War nicht in der Situation	80,5%	83,2%	80,6%	80,6%
	ja, Angebote genutzt	5,0%	6,3%	4,4%	5,1%
	nicht genutzt, obwohl in Situation gewesen	13,8%	7,9%	13,5%	13,5%
	keine Angabe	0,7%	2,7%	1,5%	0,8%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Werden nur Frauen einbezogen, die angaben, in einer entsprechenden Situation gewesen zu sein, dann wird eine stärkere Nutzung von Angeboten durch Frauen türkischer Herkunft sichtbar (vgl. Tabelle 23), die auch ihrer insgesamt höheren und schwereren Gewaltbetroffenheit (vgl. Kap. 4) entspricht.

³⁹ Die Frage lautete: „In vielen Städten und Gemeinden gibt es Hilfsangebote für Menschen, die Opfer von körperlichen, sexuellen oder psychischen Übergriffen geworden sind. Kennen Sie solche Einrichtungen oder Institutionen?“

⁴⁰ Es handelt sich um hoch signifikante Unterschiede ($p < 0,005$)

Tabelle 23: Nutzung von Unterstützungsangeboten im Kontext von Gewaltsituationen.
Fallbasis: Frauen bis unter 75 Jahren, die angaben, in einer Gewaltsituation gewesen zu sein.

		Herkunft			Gesamt
		deutsch	türkisch	ehem. SU	
Nutzung von psychosozialen Angeboten	ja, Angebote genutzt	25,8%	37,1%	22,8%	26,1%
	nicht genutzt, obwohl in Situation gewesen	70,5%	46,8%	69,6%	69,6%
	keine Angabe	3,6%	16,1%	7,6%	4,3%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Das Ergebnis ist vor dem Hintergrund zu interpretieren, dass Frauen türkischer Herkunft deutlich häufiger Gewalt durch Partner und insbesondere schwerere Gewalt in der aktuellen Partnerschaft äußerten (vgl. Kap. 4) und dass Opfer von Gewalt in Partnerschaften häufiger entsprechende psychosoziale Hilfe- und Unterstützungsangebote nutzen. Werden nur Betroffene von Partnergewalt einbezogen, dann lassen sich keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den Untersuchungsgruppen hinsichtlich der grundsätzlichen Nutzung von Angeboten feststellen.

Allerdings wurden in der Tendenz unterschiedliche Angebote genutzt. Zwar sind die Fallzahlen der beiden Migrantinnenpopulationen, die die Angebote genutzt haben, insgesamt zu niedrig für weitreichende verallgemeinerbare Aussagen über die Nutzung unterschiedlicher Angebote durch die Teilpopulationen. Es deutet sich aber an, dass Frauen türkischer Herkunft vergleichsweise häufiger Frauenhäuser, allgemeine und spezifische Frauenberatungsstellen nutzten, und vergleichsweise seltener therapeutische und psychiatrische Angebote. Frauen deutscher Herkunft nahmen dagegen mit Abstand am häufigsten therapeutische Praxen in Anspruch, gefolgt von allgemeinen und spezifischen Beratungsstellen sowie psychiatrischen Einrichtungen und anderen Hilfen. Frauenhäuser wurden von Frauen deutscher Herkunft vergleichsweise seltener genutzt, was auch den Beobachtungen der Praxis entspricht. Dies dürfte mit höheren ökonomischen Ressourcen und alternativen Flucht- und Wohnmöglichkeiten zu tun haben. Von den Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion wurden therapeutische Praxen, Frauenhäuser, Beratungsstellen und die Telefonseelsorge gleichermaßen häufig genutzt (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 24: Nutzung von Einrichtungen nach Einrichtungsart und Herkunft.

Fallbasis: Alle Frauen bis unter 75 Jahren, die mindestens eine der Einrichtungen in Situationen psychischer, physischer und sexueller Gewaltbetroffenheit genutzt haben. Mehrfachantworten waren möglich.

Nutzung von Einrichtungen Anzahl Nennungen	Herkunft (Fallzahlen Nutzerinnen)		
	Deutsch (N=404)	Türkisch (N=23)	ehem. SU (N=21)
Frauennotruf	18	0	2
Frauenhaus	47	10	4
Frauenberatungsstelle	61	7	4
andere Beratungsstelle	97	7	3
Krisendienst	9	1	1
Telefonseelsorge	49	4	4
Therapeutische Praxis	174	6	5
Psychiatrische Einrichtung	65	6	3
Opferberatungsstelle	15	0	1
Frauenbeauftragte Polizei	4	1	2
Frauenbeauftragte Stadt/Gemeinde	10	1	1
Frauenbeauftragte Betrieb	8	1	1
Gerichtliche Hilfen	36	2	0
andere Hilfen	61	1	3

Es ist nahe liegend, dass hier auch Bildungs- und soziale Faktoren wirksam sind, denn therapeutische Angebote und Beratungsstellen werden insgesamt eher von Frauen mit höherem Bildungs- und Sozialstatus genutzt, während Frauen mit niedrigerem Bildungs- und Sozialstatus häufiger auf Frauenhäuser und/oder psychiatrische Einrichtungen im Kontext von Gewalt angewiesen sind.

3.3.5 Fazit: Versorgungssituation der Befragungsgruppen im Vergleich

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Frauen mit türkischem Migrationshintergrund – einerseits aufgrund der höheren Krankheitsbelastung, andererseits aufgrund der höheren Gewaltbelastung – auch in höherem Maße medizinische und psychosoziale Versorgungseinrichtungen nutzten. Eine ausgeprägte medizinische Unterversorgung lässt sich auf der Basis der Untersuchungsdaten für keine der Populationen feststellen. Am ehesten wird diese noch bei Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion sichtbar, die bei erhöhtem Beschwerdedruck sowie auch bei Gewaltbelastungen seltener medizinische Hilfen in Anspruch nahmen. Werden die Daten zur Nutzung der medizinischen Versorgung nach Gewaltsituationen allerdings vor dem Hintergrund einer höheren Gewaltintensität gegenüber Frauen türkischer Herkunft interpretiert, kann eine Tendenz zur geringeren Inanspruchnahme in dieser Untersuchungsgruppe durchaus konstatiert werden.

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Auffällig war zudem, dass bei gewaltbedingten Verletzungen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund am häufigsten und Frauen deutscher Herkunft am seltensten vom medizinischen Personal über die Ursachen der Verletzung gefragt wurden. Auch wenn der Befund nicht überinterpretiert werden darf, liegen hier möglicherweise unterschiedliche Sensibilitäten für und Wahrnehmungen von Gewalt durch das medizinische Personal gegenüber verschiedenen ethnischen und sozialen Gruppen im Rahmen der Gesundheitsversorgung vor.

Hinsichtlich der Nutzung therapeutischer und psychosozialer Angebote im Kontext von Gewalt zeigte sich ein deutlich geringerer Informationsgrad bei beiden Migrantinnenpopulationen. Die Angebote, insbesondere Frauenhäuser und Beratungsstellen, wurden insgesamt vergleichsweise häufig von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund genutzt, was aber vor allem auf deren höhere und schwerere Betroffenheit insbesondere durch Gewalt in Paarbeziehungen sowie auf die geringeren finanziellen und sozialen Ressourcen und den Mangel an alternativen Fluchtmöglichkeiten zurückzuführen sein dürfte. Von Frauen deutscher Herkunft wurden im Kontext von Gewalt vergleichsweise häufiger therapeutische Angebote genutzt. Die Fallzahlen für eine endgültige Beurteilung der Nutzungsunterschiede in den verschiedenen ethnischen und sozialen Gruppen sind zu gering für verallgemeinerbare Aussagen. Es deutet sich aber möglicherweise eine Unterversorgung bzw. mangelhafte Angebotsstruktur von therapeutischen Angeboten für gewaltbetroffene Migrantinnen an.

IV.

Gewalt und gesundheitliche Folgen für Frauen mit und ohne Migrationshintergrund

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

In mehreren nationalen und internationalen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass sich sowohl Gewalterfahrungen in der Kindheit und im Erwachsenenleben, als auch gesellschaftliche Benachteiligungen und Diskriminierungen negativ auf den gesundheitlichen Zustand wie auch auf das Gesundheitsverhalten von Menschen auswirken können.⁴¹ Die Relevanz der Problematik für den gesundheitlichen Zustand von Migrantinnen beruht zum einen auf der höheren Gewaltbetroffenheit eines Teils der Migrantinnen, wie sie auch in der bundesdeutschen Repräsentativuntersuchung insbesondere mit Blick auf Partnergewalt gegen Frauen türkischer Herkunft festgestellt wurde.⁴² Sie ergibt sich zum anderen aus dem Befund, dass über die direkten Verletzungsfolgen hinaus die kurz- und langfristigen psychosomatischen und psychischen Gesundheitsfolgen von Gewalt im sozialen Nahraum von besonderer Bedeutung sind. So hat sich in vielen nationalen und internationalen Studien gezeigt, dass Frauen (und Männer), die im Erwachsenenleben und/oder in der Kindheit von Gewalt betroffen waren, signifikant häufiger als andere unter physischen und psychischen Beschwerden litten, etwa unter Schmerzsyndromen, gastrointestinalen Beschwerden, gynäkologischen Beschwerden, Depressionen, Stresssymptomen, Angststörungen, Essstörungen und Suizidalität.⁴³ Darüber hinaus wurden in erhöhtem Maße gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen wie Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch sowie Beeinträchtigungen in der reproduktiven Gesundheit, in den sozialen und familiären Beziehungen und in der Leistungs-, Konzentrations- und Arbeitsfähigkeit nachgewiesen.⁴⁴

In diesem Kapitel soll der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Gewalt aus einer vergleichenden Perspektive von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund aufgegriffen werden. Dabei wird zum einen auf direkte Verletzungsfolgen und unmittelbare psy-

41 Vgl. im Überblick Arias 2004; Campbell 2002; vgl. zur Health-Inequality-Forschung auch die nationalen und internationalen Vernetzungsseiten im Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, sowie www.health-inequalities.eu. Vgl. nationale Forschungsergebnisse auch in: Robert-Koch-Institut 2005, 2008.

42 Vgl. Schröttle/Müller 2004; Schröttle/Condon 2005; Schröttle 2006.

43 Vgl. Arias 2004; Bergmann/Brismar 1991; Bradley et al. 2001; Brzank/Maschewski-Schneider 2004, Campbell et al. 1995; Campbell et al. 1997; Campbell/Soeken 1999; Campbell 2002; Coid et al. 2003; Coker et al. 2000; Counts 1987; Danielson et al. 1998; Dickinson et al.; Felitti 1991; Follette et al. 1996; Garcia Linares et al. 2004; Gelles/Harrop 1989; Golding 1994; Golding et al. 1996; Housekamp/Foy 1991; Kaslow et al. 2002; Kimerling/Calhoun 1994; Koss et al. 1990; Lesermann et al. 1996; Lown et al. 2001; McCauley et al. 1995; McCauley et al. 1997; Porcerelli et al. 2003; Roberts et al. 1998; Schröttle/Müller 2004; Thompson et al. 2004; Walker et al. 1993; Yilmaz/Battegay 1997.

44 Vgl. Arias 2004; Bergmann/Brismar 1991; Campbell 2002; Cohen et al. 2000; Danielson et al. 1998; El-Bassel et al. 2005; Grisso et al. 1999; Maman et al. 2002; McCauley et al. 1997; Schröttle/Müller 2004; Porcerelli et al. 2003; Wingood et al. 2000. Vgl. Zu den Forschungen und Ergebnissen zu gesundheitlichen Folgen von Gewalt im Kontext der europäischen Gewaltprävalenzforschung auch: Martinez/Schröttle et al. 2006, pp. 49ff. und Schröttle/Martinez et al. 2006.

chische Folgen der Gewalt, zum anderen auf mögliche kurz- und langfristige mittelbare Auswirkungen von Gewalt auf die psychische und physische Gesundheit der betroffenen Frauen eingegangen.

Generell ist es aufgrund der komplexen multifaktoriellen Ursache- und Wirkungszusammenhänge nicht einfach, den Zusammenhang von Gewalt und Gesundheitsfolgen empirisch nachzuzeichnen, insbesondere im Bereich der mittelbaren und langfristigen gesundheitlichen Folgen von Gewalt. Nicht allein die realen Gewaltereignisse sondern auch die individuelle Bewertung und Verarbeitung dieser Erfahrungen sowie diverse soziale Faktoren können Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit nehmen. Die Wechselwirkungen zwischen gesundheitlicher Beeinträchtigung, erhöhter Vulnerabilität und Gewaltbetroffenheit sowie sozialen Folgeproblemen von Gewalt (etwa Isolation und Armut) sind bislang noch nicht ausreichend systematisch wissenschaftlich untersucht worden. Hierzu wären Langzeitstudien erforderlich, die ein breites Spektrum an Rahmenbedingungen einbeziehen, welche in unterschiedlicher Weise auf Heilungs- und Verarbeitungsprozesse nach Gewalterfahrungen einwirken können. Die folgenden Befunde zu den gesundheitlichen Folgen von Gewalt wurden im Wesentlichen über zwei methodische Zugänge generiert: Zum einen wurden die Angaben von gewaltbetroffenen Frauen zu den von ihnen wahrgenommenen direkten psychischen, physischen und psychosozialen Folgen von Gewaltereignissen untersucht, zum anderen der Zusammenhang des aktuellen Gesundheitszustandes von Betroffenen und Nichtbetroffenen im Hinblick auf körperliche und psychische Beschwerden vergleichend analysiert. Über beide Zugänge konnten vielfältige Hinweise auf gesundheitliche Gewaltfolgen gefunden werden, die in der weiteren gesundheitswissenschaftlichen Forschung zu Gewaltfolgen noch vertieft werden können.

4.1 Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben und ihr Einfluss auf die Gesundheit im Vergleich der Befragungsgruppen

4.1.1 Körperliche Gewalt seit dem 16. Lebensjahr

Körperliche Gewalt kann zu direkten unmittelbaren Verletzungsfolgen, aber auch zu indirekten und mittelbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen, die sich in Form von körperlichen und psychischen Beschwerden kurz- und langfristig auf die Gesundheit der Betroffenen auswirken.

Von den befragten Frauen gaben insgesamt 38% an, körperliche Gewalt seit dem 16. Lebensjahr erlebt zu haben. Frauen türkischer Herkunft bis unter 75 Jahren waren mit 45% etwas häufiger davon betroffen als Frauen deutscher Herkunft (38%) und Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion (40%).⁴⁵ Bei allen befragten Frauen wurde die körperliche Gewalt weit überwiegend durch Partner verübt. Im Vergleich der Untersuchungsgruppen erlebten aber Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion und Frauen deutscher Herkunft vergleichsweise häufiger körperliche Gewalt durch unbekannte oder kaum bekannte Personen, während Frauen türkischer Herkunft noch

⁴⁵ Es handelt sich um einen signifikanten aber nicht sehr stark ausgeprägten Unterschied ($p < 0,05$).

häufiger als die anderen Befragungsgruppen Gewalt durch Partner und Familienangehörige erlitten haben.⁴⁶

Wenn alle Stellen zusammengenommen werden, an denen in der Befragung körperliche Verletzungen infolge von körperlicher Gewalt innerhalb und außerhalb von Paarbeziehungen angegeben wurden,⁴⁷ dann hat etwa jede sechste befragte Frau (18%) Verletzungsfolgen durch körperliche Gewalt im Erwachsenenleben davongetragen. Im Vergleich der Untersuchungsgruppen waren beide Migrantinnenpopulationen (mit 22% bzw. 23%) etwas häufiger betroffen als Frauen deutscher Herkunft (18%).⁴⁸ Dieses Ergebnis wird ergänzt durch den bereits an anderer Stelle benannten Befund, dass türkische Migrantinnen im Lebensverlauf deutlich häufiger gewaltbedingte ernsthafte Verletzungen erlitten hatten als die anderen Befragungsgruppen (vg. Kap. 3.1.6, Tabelle 9).

Zwischen der Betroffenheit durch körperliche Gewalt im Erwachsenenalter und der gesundheitlichen Situation der Befragten besteht ein signifikanter Zusammenhang. Frauen, die körperliche Übergriffe seit dem 16. Lebensjahr angegeben hatten, bewerteten ihren eigenen Gesundheitszustand wesentlich schlechter und äußerten mehr Beschwerden im körperlichen und psychischen Bereich (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25: Anzahl körperlicher und psychischer Beschwerden in den letzten 12 Monaten nach Gewaltbetroffenheit (Nennung: häufig/gelegentlich). Fallbasis: Alle Frauen bis unter 75 Jahren.

Körperliche Beschwerden		Viktimisierung körperliche Gewalt seit 16. LJ gesamt		Gesamt
		ja	nein	
Anzahl körperliche Beschwerden häufig/gelegentlich	keine Beschwerden	6,7%	13,7%	11,0%
	1–3 Beschwerden	30,6%	40,8%	36,9%
	4–7 Beschwerden	34,4%	30,0%	31,7%
	mehr als 7 Beschwerden	28,3%	15,6%	20,5%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%

⁴⁶ 17% der Frauen türkischer Herkunft gaben im mündlichen Fragebogen (F711) einen Partner, Expartner oder Geliebten als Täter körperlicher Gewaltübergriffe im Erwachsenenleben an (vs. 11% bzw. 12% bei den anderen Befragungsgruppen); dieser signifikante Unterschied ($p < 0,05$) wird noch ausgeprägter, wenn ausschließlich Gewalt durch den aktuellen Partner einbezogen wird (s. u.). Körperliche Gewalt durch andere Familienangehörige erlebten 13% der Frauen türkischer Herkunft (vs. 7% bei den anderen Befragungsgruppen, $p < 0,005$). Der Anteil männlicher gewaltausübender Familienmitglieder lag mit ca. 80% in beiden Migrantinnengruppen höher als bei Frauen deutscher Herkunft (66%). Besonders geringe Anteile weiblicher gewaltausübender Familienmitglieder waren bei Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion (mit 34% vs. 51–56% bei den anderen Befragungsgruppen) festzustellen.

⁴⁷ Diese Angabe bezieht sich auf Aussagen zu körperlichen Verletzungen in den Fragen F711, F728, F18 und F36.

⁴⁸ Es handelt sich um einen signifikanten, aber nicht sehr stark ausgeprägten Unterschied ($p < 0,05$).

Psychische Beschwerden		ja	nein	
Anzahl psychische Beschwerden häufig/gelegentlich	keine B. genannt	11,4%	25,0%	19,7%
	1-3 Beschwerden	33,9%	42,9%	39,5%
	4 und mehr Beschwerden	54,8%	32,1%	40,8%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%

$P < 0,005$

Der Anteil derjenigen Frauen, die innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung sieben und mehr **körperliche** Beschwerden angegeben haben, lag bei den Frauen, die körperliche Gewalt erlebt hatten (mit 28%) fast doppelt so hoch wie bei den Frauen, die keine körperliche Gewalt im Erwachsenenleben erlebt hatten (16%). Von den Frauen, die von körperlicher Gewalt betroffen waren, benannten knapp 55% vier und mehr psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten, während es bei den nicht viktimisierten Frauen nur 32% waren.

Im Vergleich der Untersuchungsgruppen fiel der Zusammenhang von Gewalt und gesundheitlicher Belastung bei Frauen deutscher und türkischer Herkunft noch ausgeprägter aus als bei Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion. Darüber hinaus haben gewaltbetroffene Frauen türkischer Herkunft vergleichsweise häufiger als die anderen Befragungsgruppen (45% vs. 26% bzw. 28%) mehr als sieben körperliche Beschwerden benannt und zudem häufiger vier und mehr psychische Beschwerden angegeben (63% vs. 54–55%).⁴⁹ Insofern konnten bei gewaltbetroffenen Frauen türkischer Herkunft insgesamt höhere gesundheitliche und psychische Belastungen festgestellt werden. Dies könnte mit der höheren Gewaltintensität, vor allem aber mit den engeren Täter-Opfer-Beziehungen in Zusammenhang stehen. Aus früheren Auswertungen ist bekannt, dass die Art der Täter-Opfer-Beziehung in direktem Zusammenhang mit der Frequenz und Intensität der Gewaltanwendung steht (vgl. Schröttle/Müller 2004).

Wenn die Art der genannten körperlichen Beschwerden einbezogen wird, fällt zunächst auf, dass alle genannten körperlichen Beschwerden außer Gallen- und Leberleiden von gewaltbetroffenen Frauen signifikant häufiger genannt wurden als von Frauen, die keine körperliche Gewalt im Erwachsenenleben erlebt hatten. Besonders auffällig sind erhöhte Belastungen gewaltbetroffener Frauen bei Kopf- und Bauchschmerzen, Magen-/Darmproblemen, zerebralen Störungen wie Zittern/nervösen Zuckungen, Gleichgewichtstörungen (Schwindel), Hautproblemen, Unterleibsschmerzen und Menstruationsstörungen. Auch alle psychischen Beschwerden und Störungen wurden durchgängig signifikant häufiger von Betroffenen körperlicher Gewalt benannt. Besonders auffällig waren deutlich erhöhte Belastungen bei Stress- und Belastungssymptomen, Nervosität, Anspannung, Reizbarkeit, Gedächtnisstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Schwäche und Antriebslosigkeit, Depressionen, Schlafproblemen, Angstanfällen, Panikattacken, Selbstmordgedanken und Selbstwertproblemen. Das Ergebnis verdeutlicht, dass Gewalterfahrungen einerseits mit erhöhten körperlichen Beschwerden einhergehen und andererseits mit erheblichen psychischen Belastungen, Einschränkungen im seelischen Wohlbefinden und in der Leistungsfähigkeit verbunden sein können.

⁴⁹ Vgl. Anhang Tabellen A2a und A2b.

Frauen, die im Erwachsenenalter körperlicher Gewalt ausgesetzt waren, gaben zudem doppelt so häufig mehrmalige Krankschreibungen in den vergangenen 12 Monaten an wie Nichtbetroffene (21% vs. 11%). Die Kosten der Gewalt für Gesellschaft und Gesundheitswesen werden auch daran sichtbar, dass Opfer von Gewalt im Erwachsenenleben signifikant häufiger den Arzt aufsuchten als Menschen, die keine Gewalt erlebt haben, was mit Verletzungsfolgen einerseits, mit den erhöhten gesundheitlichen Belastungen andererseits in Zusammenhang stehen kann.

Auch scheint sich die Erfahrung körperlicher Gewalt auf das Gesundheitsverhalten auszuwirken. Betroffene von körperlicher Gewalt im Erwachsenenalter konsumierten signifikant häufiger und mehr Tabak und Alkohol, wobei vor allem der deutlich erhöhte Tabakkonsum auffällt: 36% der Gewaltbetroffenen versus 21% der nicht Betroffenen gaben an, täglich zu rauchen. Deutliche Hinweise auf Essstörungen ließen sich bei Menschen, die Opfer von körperlicher Gewalt im Erwachsenenleben geworden waren signifikant häufiger finden als bei nicht davon Betroffenen.

Weiter unten werden Ergebnisse dokumentiert werden, die den Zusammenhang der Wirkung **unterschiedlicher** Faktoren auf die Gesundheit aufzeigen (vgl. Kap. 5). Bereits hier wird jedoch deutlich, dass Gewalterfahrungen die Gesundheit von Frauen erheblich beeinträchtigen können und in hohem Maße zu gesundheitlichen Beschwerden beitragen. Unterschiedliche Ausprägung der Gewalt sowie der Grad der sozialen Nähe zwischen Täter und Opfer sind als weitere Einflussvariablen für hohe gesundheitliche Belastungen einzubeziehen, wie es sich bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund andeutet.

4.1.2 Sexuelle Belästigung und sexuelle Gewalt seit dem 16. Lebensjahr

In der Untersuchung wurden Frauen in verschiedenen Fragesequenzen zu sexueller Belästigung, sexueller Bedrängnis und sexueller Gewalt seit dem 16. Lebensjahr befragt. Als **sexuelle Gewalt** im engeren Sinne wurden sexuelle Handlungen definiert, die gegen den Willen der Frau durch körperlichen Zwang oder Drohungen verübt wurden.⁵⁰ Zusätzlich wurden angesichts der häufig fließenden Übergänge auch **ungewollte sexuelle Handlungen** erfragt, bei denen die Frauen deutlich ihren Unwillen zum Ausdruck gebracht hatten oder aus Angst bzw. Einschüchterung keine Gegenwehr zeigen konnten.⁵¹ Darüber hinaus wurde in einer anderen Fragesequenz auf verschiedene Formen von sexueller Belästigung eingegangen, die von Nachpfeifen und ungewünschten sexualisierten Gesten und Bemerkungen bis hin zu ungewollten Berührungen und bedrohlichen Nachstellungen reichten.⁵² Im Folgenden soll zunächst für alle drei Untersuchungsgruppen ausgewertet werden, inwiefern sie von sexuellen Belästigungen, Bedrängnis und sexueller Gewalt im Erwachsenenleben betroffen waren, um dann mögliche Einflüsse auf die Gesundheit der Betroffenen zu prüfen.

Vorweg sollte nicht unerwähnt bleiben, dass es in der nationalen und internationalen Forschung Hinweise darauf gibt, dass in unterschiedlichen ethnischen und sozialen Bevölkerungsgruppen (abhängig vom Alter und Geschlecht) Unterschiede im Grad der

⁵⁰ vgl. F 802ff des mündlichen Fragebogens.

⁵¹ vgl. F 800/801 des mündlichen Fragebogens.

⁵² vgl. F 300ff des mündlichen Fragebogens.

Tabuisierung von insbesondere sexueller Gewalt (und Gewalt in Paarbeziehungen) existieren, die sich auch auf das Auskunftsverhalten über selbst erlebte Gewalt auswirken können (vgl. Schröttle/Martinez et al. 2006). Dies trägt unter Umständen zur Untererfassung der Gewalt bei einigen Bevölkerungsgruppen und zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit von Prävalenzen zwischen Bevölkerungsgruppen und Regionen/Ländern bei (ebd. und Martinez/Schröttle 2007). Auch in der vorliegenden Studie lagen Hinweise der Interviewerinnen vor, dass insbesondere Teile der türkischen Migrantinnen und Frauen der älteren Generationen die Fragen zu sexueller Gewalt als zu intim und detailliert, teilweise auch als beleidigend oder kompromittierend empfanden. Die folgenden Datenvergleiche sind daher unter dem Vorbehalt zu interpretieren, dass sexuelle Gewalt in der Befragung möglicherweise bei einigen Bevölkerungsgruppen nur unzureichend aufgedeckt werden konnte.

Wenn zunächst ungewollte sexuelle Handlungen betrachtet werden, zeigt sich, dass Frauen türkischer Herkunft signifikant seltener angaben, davon seit dem 16. Lebensjahr betroffen zu sein als Frauen aus den anderen Befragungsgruppen. 9% der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, aber 15% bzw. 16% der anderen Frauen gaben an, mindestens einmal ungewollte sexuelle Handlungen erlebt zu haben, zu denen sie gedrängt oder psychisch-moralisch unter Druck gesetzt wurden (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: Ungewollte sexuelle Handlungen unter psychisch-moralischem Druck seit dem 16. Lebensjahr nach Herkunft. Fallbasis: Alle Befragten bis unter 75 Jahren.

		Herkunft			Gesamt
		deutsch	türkisch	ehem. SU	
ungewollte sexuelle Handlungen unter psych.-moralischem Druck seit 16. LJ	ja	14,6%	9,0%	15,6%	14,4%
	nein	84,0%	86,7%	81,5%	84,0%
	Keine Angabe	1,3%	4,3%	2,9%	1,5%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Auffällig war, dass in der Folgefrage deutlich mehr Frauen deutscher und türkischer Herkunft angaben, sie hätten sich bei den ungewollten sexuellen Handlungen vorher nicht getraut, zu sagen oder zu zeigen, dass sie das nicht wollten, z. B. aus Angst vor negativen Folgen (37% bzw. 43%), als das bei Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion (17%) der Fall war (vgl. Tabelle 27). Dies könnte auf unterschiedliche Grade von Selbstbewusstsein hinsichtlich der sexuellen Selbstbestimmung und/oder auf unterschiedlich massives bedrängt werden hindeuten und zudem durch Differenzen in den Täter-Opfer-Beziehungen mit bedingt sein.

Tabelle 27: Ungewollte sexuelle Handlungen unter psychisch-moralischem Druck seit dem 16. Lebensjahr nach Herkunft und Art der expliziten Zustimmung/Ablehnung.

Fallbasis: Alle Befragten bis unter 75 Jahren, die ungewollte sexuelle Handlungen erlebt haben.

		Herkunft			Gesamt
		deutsch	türkisch	ehem. SU	
Ungewollte sex. Handlung: Unwille gezeigt/ gesagt	nicht getraut Unwille zu zeigen	37,1%	42,5%	17,3%	36,1%
	deutlich Unwille gezeigt	41,4%	37,5%	59,3%	42,4%
	unterschiedlich	11,9%	(5,0%)*	12,3%	11,7%
	keine Angabe	9,5%	15,0%	11,1%	9,8%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

* Fallzahl zu klein für statist. Auswertung.

Sexuelle Belästigungen wurden anhand einer Liste mit unterschiedlichen Abstufungen von weniger bis zu stärker bedrohlichen Handlungen mit und ohne Körperkontakt abgefragt. Sie wurden am häufigsten von Frauen deutscher Herkunft (61%) und am seltensten von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund (51%) angegeben (vgl. Tabelle 28).

Tabelle 28: Sexuelle Belästigungen seit dem 16. Lebensjahr nach Herkunft.

Fallbasis: Alle Befragten bis unter 75 Jahren.

		Herkunft			Gesamt
		deutsch	türkisch	ehem. SU	
Viktimisierung sexuelle Belästigung	ja, gesamt	60,5%	50,5%	53,7%	59,7%
	nein	39,2%	48,6%	45,5%	39,9%
	Keine Angabe	0,3%	0,8%	0,8%	0,3%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

In der Auswertung finden sich keine eindeutigen Hinweise auf Unterschiede in den Schweregraden sexueller Belästigung in den einzelnen Befragungsgruppen. Auch zeigten sich keine ausgeprägten Unterschiede im Hinblick auf den Kontext der sexuellen Belästigung. An erster Stelle standen Belästigungen durch entfernt bekannte oder gänzlich unbekannte Personen im öffentlichen Raum (dort wurde von 40–45% der betroffenen Frauen sexuelle Belästigung erlebt), gefolgt von Arbeitsplatz, Schule, Ausbildungsstelle (18–23%) und Freunden/Bekanntem/Nachbarn (14–17%). Partner, Familienangehörige und Betreuungspersonen spielten mit 4–5% eine deutlich untergeordnete Rolle als Täter. Allerdings gaben Frauen mit türkischem Migrationshintergrund mit 10% (vs. 4–5% bei den anderen Befragungsgruppen) höhere Raten „häufiger“ oder „gelegentlicher“ sexueller Belästigungen durch den Partner an.⁵³

⁵³ Sexuelle Belästigung beschränkte sich nahezu ausschließlich (84–91%) auf erwachsene Männer als Täter und zu geringeren Anteilen (21–37%) auf männliche Jugendliche (Mehrfachnennungen waren möglich).

Im Hinblick auf erzwungene sexuelle Handlungen gegen den Willen der Frau gaben insgesamt 12–13% der Frauen deutscher und türkischer Herkunft und 18% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion an, derartige Übergriffe mindestens einmal erlebt zu haben (vgl. Tabelle 29).⁵⁴

Tabelle 29: Sexuelle Gewalt seit dem 16. Lebensjahr nach Herkunft.

Fallbasis: Alle Befragten bis unter 75 Jahren.

		Herkunft			Gesamt
		deutsch	türkisch	ehem. SU	
Viktimisierung durch sexuelle Gewalt seit 16. LJ gesamt	ja	13,0%	11,7%	17,7%	13,2%
	nein	86,2%	86,4%	80,8%	85,9%
	Keine Angabe	0,8%	1,9%	1,5%	0,9%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Werden die Altersgruppen kontrolliert, dann lassen sich vor allem bei den Befragten bis unter 35 Jahren signifikante Unterschiede zwischen den Befragungsgruppen feststellen. In dieser Altersgruppe waren die Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion mit 23% fast doppelt so häufig von sexueller Gewalt betroffen wie Frauen deutscher und türkischer Herkunft mit 11% bzw. 12%.⁵⁵

In der weiteren Auswertung sind keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Schweregrade sexueller Gewaltübergriffe nachzuweisen. Lediglich eine vorsichtige Tendenz zu Mehrfachbetroffenheit und häufigeren Verletzungsfolgen zeichnet sich bei Frauen türkischer Herkunft ab. Sie korrespondiert mit einer höheren Rate von Tätern aus dem engsten sozialen Nahraum (Partnern), während Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion vergleichsweise häufiger sexuelle Gewalt durch kaum oder nicht bekannte Personen erlebten.⁵⁶

Welche Zusammenhänge werden zwischen sexueller Belästigung, sexueller Gewalt und der gesundheitlichen und psychischen Situation der Frauen sichtbar? Hierzu liegen zum einen Angaben zu den direkten Folgen sexueller Belästigung und sexueller Gewalt vor. Zum anderen wurde der aktuelle Gesundheitszustand von Betroffenen und nicht Betroffenen vergleichend ausgewertet.

⁵⁴ Bei dieser Frage wurden sowohl die Fragen zu sexueller Gewalt unabhängig vom Täterkontext aus dem mündlichen Fragebogen (F 802ff) einbezogen, als auch die Fragen speziell zu sexueller Gewalt durch Partner aus dem schriftlichen Fragebogen (F12/14). Werden nur die Angaben aus dem mündlichen Befragungsteil einbezogen, dann hatten 9% der Frauen türkischer, 12% der Frauen deutscher Herkunft und 15% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion mindestens einmal sexuelle Gewalt erlebt. Möglicherweise besteht hier aber auch ein höherer Grad der Tabuisierung von sexueller Gewalt durch Partner bei den Frauen türkischer Herkunft, der diese Unterschiede relativieren könnte.

⁵⁵ $p < 0,005$

⁵⁶ Während von den von sexueller Gewalt betroffenen Frauen 16% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion unbekannte Täter und 21% kaum oder flüchtig bekannte Täter nannten, waren es bei den Frauen deutscher Herkunft 6% unbekannte und 10% kaum bekannte Täter; Frauen türkischer Herkunft nannten dagegen nur einmal einen kaum bekannten Täter. Täter aus der Kategorie Partner/Expartner/Geliebte wurden von 52% der Frauen türkischer, 33% der Frauen deutscher Herkunft und nur 17% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion benannt. Das verweist darauf, dass Frauen türkischer Herkunft, wenn sie sexuelle Gewalt erlebt haben, diese deutlich häufiger durch Partner erfahren, während bei Migrantinnen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion häufiger unbekannte oder wenig bekannte Personen Täter waren. Bei allen Befragungsgruppen bildeten Ex-Partner hohe Anteile an Tätern sexueller Gewalt; bei Frauen türkischer Herkunft waren auch die Anteile aktueller Partner im Vergleich der Untersuchungsgruppen hoch.

Die Auswertung der direkten psychischen Folgebeschwerden von sexueller Belästigung, die sich auf alle erlebten Situationen seit dem 16. Lebensjahr bezieht, zeigt auf, dass von der Mehrheit der betroffenen Frauen (55%) Folgebeschwerden benannt wurden und ein nicht unerheblicher Anteil der Frauen (17%) vier und mehr Folgebeschwerden angab. Am häufigsten wurden dauerndes Grübeln über die Situation, Ärger- und Rachegefühle sowie Gefühle von Erniedrigung und vermindertem Selbstwertgefühl angegeben (von jeweils 20–30% der Betroffenen). Jeweils etwa 10–16% nannten Niedergeschlagenheit/Depressionen, Schlafstörungen/Alpträume, erhöhte Ängste, Scham- und Schuldgefühle, sowie Probleme und Schwierigkeiten in Beziehungen zu Männern und anderen Personen. Das verdeutlicht, dass sexuelle Belästigung in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen nicht unterschätzt werden darf, zumal sie bei einem relevanten Teil der Frauen zu direkten Einschränkungen im psychischen und seelischen Wohlbefinden führt (vgl. Tabelle 30).

Tabelle 30: Direkte Beschwerden infolge von Situationen sexueller Belästigung seit dem 16. Lebensjahr (Mehrfachantworten). Gesamt und getrennt nach Untersuchungsgruppen.
Fallbasis: Alle befragten Frauen bis unter 75 Jahren, die sexuelle Belästigung erlebt haben.

Beschwerden infolge von Situationen sexueller Belästigung seit dem 16. Lebensjahr	Gesamt Alle Betroffenen unter 75 (N=5113)	Nach Herkunft			
		Deutsch (N=4693)	Türkisch (N=178)	Eh. SU (N=242)	Sign.
Niedergeschlagenheit/Depressionen	11,8%	11,0%	20,2%	21,9%	**
Schlafstörungen/Alpträume	13,5%	13,1%	19,7%	17,4%	*
Dauerndes Grübeln über die Situation	29,7%	28,9%	35,4%	42,1%	**
Erhöhte Krankheitsanfälligkeit/Krankschreibungen	3,1%	3,1%	3,9%	2,5%	n. sign.
Vermindertem Selbstwertgefühl/Gefühl von Erniedrigung	20,0%	19,6%	20,2%	27,7%	*
Erhöhte Ängste (z. B. aus dem Haus zu gehen, andere Menschen zu treffen)	15,9%	15,7%	15,7%	20,2%	n. sign.
Probleme im Umgang mit Männern	10,2%	9,7%	19,1%	13,2%	**
Schwierigkeiten, in Beziehungen zu anderen Vertrauen aufzubauen	9,1%	8,6%	14,6%	15,3%	**
Probleme mit der Sexualität	6,0%	6,1%	6,7%	4,5%	n. sign.
Scham- oder Schuldgefühle	11,2%	10,8%	18,5%	13,6%	**
Ärger- oder Rachegefühle	27,9%	27,5%	36,0%	30,2%	n. sign.
Antriebslosigkeit/Konzentrationsschwierigkeiten/verminderte Leistungsfähigkeit	5,3%	5,0%	11,2%	7,4%	**
Schwierigkeiten bei der Arbeit, Ausbildung und Studium	4,4%	4,1%	6,7%	8,3%	**
Selbstmordgedanken	2,5%	2,3%	5,1%	3,7%	n. sign.
Selbstverletzung	1,3%	1,2%	(2,2%)	(2,1%)	n. sign.
Essstörungen	3,5%	3,2%	7,9%	5,8%	n. sign.
Andere Probleme	2,5%	2,4%	3,9%	3,7%	n. sign.
Nichts davon, hatte keine Beschwerden	41,9%	42,8%	36,5%	27,7%	**
Anzahl genannter Beschwerden (4 und mehr)	16,0%	15,3%	24,7%	23,1%	**

**hoch signifikant $p < 0,005$ *signifikant $p < 0,05$ n. sign. = nicht signifikant
() Fallzahlen zu gering – nicht aussagekräftig.

Im Vergleich der Untersuchungsgruppen wird bei beiden Migrantinnengruppen eine höhere Belastung durch Folgebeschwerden von sexueller Belästigung sichtbar. Sie äußerten im Vergleich zu Frauen deutscher Herkunft häufiger vier und mehr Folgebeschwerden und doppelt so häufig Niedergeschlagenheit und Depressionen; signifikant häufiger wurden zudem Schlafprobleme, Grübeln, Selbstwertprobleme, Scham- und Schuldgefühle, Probleme im Umgang mit Männern und in anderen sozialen Beziehungen, Leistungsbeschränkungen und Schwierigkeiten in Arbeit, Schule und Ausbildung genannt.

Ob diese Unterschiede mit kulturellen Unterschieden in der Wahrnehmung und Verarbeitung von sexueller Belästigung, mit spezifischen Belästigungsformen und situativen Kontexten oder mit anderen Faktoren (z. B. Diskriminierung, Abhängigkeitssituationen, erhöhte Schutzlosigkeit etc.) zusammenhängen, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden, ist aber in weiteren Forschungen zu vertiefen.

Zwischen 9% und 12% der von sexueller Belästigung betroffenen Frauen gaben darüber hinaus langfristige psychosoziale Folgen von sexueller Belästigung an in Form von Trennungen, Umzug, Arbeitsplatzwechsel und/oder Therapie.

Mit Blick auf den Schutz vor sexueller Belästigung am Arbeitsplatz, die den Untersuchungsdaten zufolge etwa jede fünfte bis sechste befragte Frau betraf, ist der geringe/ fehlende Bekanntheitsgrad des Beschäftigtenschutzgesetzes gegen sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz in den Migrantinnengruppen als problematisch einzuschätzen. 60% der Frauen deutscher Herkunft, 54% der Frauen aus Ländern der ehemaligen UdSSR und nur 39% der Frauen türkischer Herkunft war das benannte Gesetz bekannt. Allerdings stellt sich selbst bei Kenntnis des Gesetzes die Frage, ob die Frauen mit Migrationshintergrund angesichts der oftmals prekären Arbeitsverhältnisse, der sprachlichen Barrieren sowie der ökonomischen und Bildungsbenachteiligungen diese gesetzlichen Möglichkeiten überhaupt nutzen und erfolgreich anwenden könnten.

Werden Betroffene und nicht Betroffene sexueller Belästigung hinsichtlich der aktuellen gesundheitlichen Situation verglichen, dann zeigt sich kein hoch signifikanter Zusammenhang mit der subjektiven Gesundheitseinschätzung, aber ein hoch signifikanter Zusammenhang mit der Anzahl körperlicher und vor allem psychischer Beschwerden in den letzten 12 Monaten. So hatten Befragte, die sexuelle Belästigung seit dem 16. Lebensjahr erlebt hatten, zu 25% sieben und mehr körperliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten genannt (vs. knapp 16% der Nichtbetroffenen) und zu 51% vier und mehr psychische Beschwerden (vs. 28% der Nichtbetroffenen). Allerdings ist sexuelle Belästigung mit Erfahrungen psychischer, physischer und sexueller Gewalt in Kindheit und Erwachsenenleben korreliert und kann in ihrem Einfluss auf die Gesundheit nicht isoliert betrachtet werden. So können massive frühere Gewalterfahrungen in Verbindung mit soziostrukturellen Einflüssen die Relevanz sexueller Belästigung für die Gesundheit von Frauen in den Hintergrund drängen. Festzuhalten bleibt, dass auch sexuelle Belästigung negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen haben kann. Mit der Relevanz und den Wechselwirkungen von unterschiedlichen soziostrukturellen Faktoren und Gewalterfahrungen auf die Gesundheit beschäftigt sich die multivariate Auswertung in Kapitel 5.

An dieser Stelle soll vertiefend auf die Bedeutung von sexueller Gewalt für die Gesundheit von Frauen eingegangen werden. Zunächst können direkte Verletzungsfolgen infolge sexueller Gewalt festgestellt werden. Insgesamt gaben 3–4% aller in der Untersuchung befragten Frauen im Alter bis unter 75 Jahre an, sexuelle Gewalt mit Verletzungsfolgen erlebt zu haben;⁵⁷ das sind gut 30% der Frauen, die (im mündlichen Fragebogen) angegeben haben, sexuelle Gewalt im engeren strafrechtlich relevanten Sinne erlebt zu haben. Die benannten Verletzungen im Kontext von sexueller Gewalt umfassten besonders häufig Hämatome (71%), Unterleibsschmerzen (52%) und Schmerzen im Körper (38%), sowie vaginale Verletzungen (31%). Auch offene Wunden (13%), Verstauchungen/Zerrungen (12%) und Kopfverletzungen wurden genannt (11%), in seltenen Fällen zudem Fehlgeburten (4%).⁵⁸

Gemessen an der insgesamt hohen Verletzungsquote infolge sexueller Gewalt, aber auch gemessen an der hohen strafrechtlichen Relevanz und der Notwendigkeit ärztlicher Gutachten im Falle strafrechtlicher Verfolgung, suchten relativ wenige betroffene Frauen ärztliche Hilfe auf. Nur etwa 9% der Frauen, die nach den Angaben im mündlichen Fragebogen sexuelle Gewalt erlebt haben (und 25% der Frauen, die dabei Verletzungen erlitten), nahmen medizinische Unterstützung in Anspruch. Die Frage nach Unterschieden in den Befragungsgruppen war aufgrund der geringen Fallbasis bei den Migrantinnen statistisch nicht zuverlässig zu beantworten.

Bei den Nachfragen zu einer spezifischen Situation sexueller Gewalt (der einzigen oder schlimmsten Situation) wurde nach Beeinträchtigungen infolge der Situationen gefragt. 16% der betroffenen Frauen gaben an, durch das Ereignis so stark beeinträchtigt gewesen zu sein, dass sie ihren alltäglichen Aufgaben oder ihrer Arbeit nicht mehr in dem gewohnten Maße nachgehen konnten. Frauen türkischer Herkunft gaben hier deutlich höhere Belastungen an: fast die Hälfte von ihnen fühlte sich durch das Ereignis in Alltag und Beruf eingeschränkt.

Vor allem die hohen **psychischen** Belastungen infolge sexueller Gewalt spiegeln sich in den Aussagen der Frauen wieder. Mit Blick auf die erlebte sexuelle Gewalt gaben vier von fünf Frauen (80%) psychische Folgebeschwerden an.⁵⁹ Fast 30% der betroffenen Frauen nannten vier und mehr psychische Beschwerden. Wie bei der sexuellen Belästigung wurden von den betroffenen Frauen dauerndes Grübeln über die Situation, Gefühle von Erniedrigung und verminderter Selbstwert (mit jeweils 33–43%) am häufigsten angegeben, gefolgt von Scham- und Schuldgefühlen, Problemen im Umgang mit Männern, Ärger- und Rachegefühlen (mit jeweils 26–29%). Knapp 27% benannten Niedergeschlagenheit/Depressionen, 21% Schlafstörungen/Alpträume, 23% Probleme mit der Sexualität und 17–19% Ängste sowie Probleme und Schwierigkeiten in Beziehungen zu anderen Menschen (vgl. Tabelle 31). Daraus wird ersichtlich, mit welchen erheblichen direkten psychischen Folgen sexuelle Gewalt verbunden sein kann.

⁵⁷ Hier wurden sowohl die Frauen einbezogen, die Verletzungsfolgen in Bezug auf alle erlebten Situationen genannt haben (3%), als auch Frauen, die diese im Kontext spezifischer Gewaltsituationen benannten (4%).

⁵⁸ Diese Angaben beziehen sich auf zusammenfassende Aussagen zu Verletzungen in Bezug auf alle erlebten Situationen sexueller Gewalt seit dem 16. Lebensjahr (F 812 des Fragebogens).

⁵⁹ Jede Sechste (18%) gab an, keine Folgebeschwerden gehabt zu haben; die restlichen 2% machten hierzu keine konkreten Angaben.

Tabelle 31: Direkte Beschwerden infolge einer Situation sexueller Gewalt (einzige oder schlimmste Situation). Gesamt und getrennt nach Untersuchungsgruppen.

Fallbasis: Alle befragten Frauen bis unter 75 Jahren, die Angaben zur Situation gemacht haben.

Beschwerden infolge von Situationen sexueller Gewalt seit dem 16. Lebensjahr	Gesamt Alle Betroffenen unter 75 (N=702)	Nach Herkunft (nur Fallzahlen bei Migrantinnen aufgrund geringer Fallbasis)				Kommentierung
		Deutsch (N=637)	Türkisch (N=22)	Eh. SU (N=43)		
Niedergeschlagenheit/Depressionen	26,5%	25%	(10)	(16)	** t. hoch	
Schlafstörungen/Alpträume	20,9%	20%	(8)	(12)	**	
Dauerndes Grübeln über die Situation	41,2%	41%	(12)	14	** t. hoch	
Erhöhte Krankheitsanfälligkeit/Krankschreibungen	4,1%	4%	(2)	(2)		
Vermindertes Selbstwertgefühl/Gefühl von Erniedrigung	32,8%	34%	(10)	(5)	** t. hoch U. niedrig	
Erhöhte Ängste (z. B. aus dem Haus zu gehen, andere Menschen zu treffen)	17,2%	17%	(6)	(8)	*	
Probleme im Umgang mit Männern	27,5%	27%	(10)	(14)	** t. hoch	
Schwierigkeiten, in Beziehungen zu anderen Vertrauen aufzubauen	18,9%	19%	(5)	(8)	n. sign.	
Probleme mit der Sexualität	23,2%	23%	(10)	(8)	** t. hoch	
Scham- oder Schuldgefühle	28,8%	29%	(10)	(5)	** t. hoch U. niedrig	
Ärger- oder Rachegefühle	26,1%	25%	(8)	(13)	*	
Antriebslosigkeit/Konzentrations-schwierigkeiten/verminderte Leistungsfähigkeit	8,0%	8%	(4)	(2)	-	
Schwierigkeiten bei der Arbeit, Ausbildung und Studium	5,3%	5%	(2)	(5)	-	
Selbstmordgedanken	4,1%	4%	(3)	(1)	-	
Selbstverletzung	2,0%	2,0%	(1)	(0)	-	
Essstörungen	4,7%	4%	(2)	(3)	-	
Andere Probleme	3,0%	3%	(2)	(2)	-	
Nichts davon, hatte keine Beschwerden	18,2%	19%	(1)	(6)	* t. niedrig	
Anzahl genannter Beschwerden (4 und mehr)	29,2%	28%	(12)	(13)	** t. hoch	

**hoch signifikant $p < 0,005$ *signifikant $p < 0,05$ n. sign. = nicht signifikant

() Fallzahlen zu gering – nicht aussagekräftig. t./U. hoch= Anteile bei Frauen türkischer/russ. Herkunft vergleichsweise hoch.

Ein Vergleich der Untersuchungsgruppen hinsichtlich der psychischen Folgen von Gewalt ist aufgrund der geringen Fallzahlen nur sehr eingeschränkt möglich. Um unzulässige Vergleiche zu vermeiden, wurden die Nennungen bei den Frauen mit Migrationshintergrund nicht prozentual sondern in der Anzahl der Frauen, die diese Folgebeschwerde benannten, wiedergegeben. Zudem wurden auffällig hohe oder niedrige Werte dunkel unterlegt und rechts am Rand der Tabelle kommentiert (vgl. Tabelle 31).

Sichtbar werden höhere psychische Belastungen infolge sexueller Gewalt bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, da jeweils etwa die Hälfte von ihnen Depressionen, Grübeln, Selbstwertprobleme, Scham- und Schuldgefühle, sowie Probleme mit Männern und mit der Sexualität äußerte und nur eine einzige Frau keine Belastung infolge der Situation nannte. Zudem gaben mehr als die Hälfte der betroffenen Frauen türkischer

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Herkunft vier und mehr psychische Folgeprobleme an. Hier könnten kulturelle Aspekte der Bewertung und Verarbeitung von sexueller Gewalt sowie mangelnde Unterstützung im sozialen Umfeld eine Rolle spielen. Zugleich ist in Erwägung zu ziehen, dass es sich häufiger um Gewalt durch Partner handelte, die in der Regel mit höherer Frequenz und vermutlich mit größeren Schwierigkeiten der Beendigung der Gewalt einhergeht. Dieser Aspekt sollte in der weiteren Forschung stärkere Berücksichtigung finden. In der Gruppe der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion fällt auf, dass sie vergleichsweise seltener Selbstwertprobleme/Erniedrigung und Scham-/Schuldgefühle angegeben haben. Dieses Ergebnis sollte angesichts der geringen Fallzahlen nicht überinterpretiert werden. Es könnte aber darauf hinweisen, dass der höhere Anteil von Fremdtätern eine bessere Möglichkeit der inneren Abgrenzung der Frauen von Tat und Tätern ermöglicht als dies bei Tätern aus dem engsten sozialen Nahraum der Fall ist.

Im Prozess der Bewältigung und Verarbeitung der sexuellen Gewalterfahrungen konsumierte gut jede zehnte betroffene Frau (11%) nach eigenen Angaben Alkohol, Drogen oder psychotrope Medikamente. 5% gaben Alkohol an, 1% Drogen, 6% Beruhigungs-/Schlafmittel und 2% Antidepressiva (Mehrfachnennungen waren möglich). Aufgrund der kleinen Fallzahlen konnten hier keine Differenzierungen zwischen den Untersuchungsgruppen vorgenommen werden. Von langfristigen psychosozialen Folgen waren 23% der Frauen betroffen, wobei besonders häufig Trennung vom Partner (18%), Umzug (65%) und Therapie (4%) angeführt wurden.

Zuletzt soll noch als weiterer Indikator für die gesundheitlichen Folgen sexueller Gewalt der Zusammenhang zwischen Gewaltbetroffenheit und aktuellem Gesundheitszustand beleuchtet werden.

Hinsichtlich der subjektiven Gesundheitseinschätzung in den letzten 12 Monaten und der Erfahrung von sexueller Gewalt im Erwachsenenleben ist ein gering ausgeprägter Zusammenhang festzustellen. 50% der Frauen, die von sexueller Gewalt betroffen waren und 60% der Nichtbetroffenen bewerteten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Ein stärker ausgeprägter Zusammenhang wird jedoch mit Blick auf konkret benannte gesundheitliche und psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten sichtbar. Frauen, die von sexueller Gewalt betroffen waren, nannten doppelt so häufig wie Nichtbetroffene mehr als sieben körperliche Beschwerden und um 75% häufiger psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten. Sie waren nur etwa halb so häufig wie Nichtbetroffene beschwerdefrei (vgl. Tabelle 32).

Tabelle 32: Anzahl körperlicher und psychischer Beschwerden häufig/gelegentlich bei Betroffenen und Nichtbetroffenen von sexueller Gewalt seit dem 16. Lebensjahr. Fallbasis: Alle Frauen bis unter 75 Jahren.

		Viktimisierung durch sexuelle Gewalt seit 16. LJ gesamt		Gesamt
Körperliche Beschwerden				
		ja	nein	
Anzahl körperliche Beschwerden häufig/gelegentlich	keine Beschwerden	5,1%	11,7%	36,4%
	1–3 Beschwerden	24,1%	38,8%	36,4%
	4–7 Beschwerden	34,4%	31,3%	16,9%
	mehr als 7 Beschwerden	36,3%	18,1%	10,4%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%
Psychische Beschwerden				
		ja	nein	
Anzahl psychische Beschwerden häufig/gelegentlich	keine B. genannt	8,3%	21,4%	37,7%
	1–3 Beschwerden	26,8%	41,4%	39,0%
	4 und mehr Beschwerden	64,9%	37,2%	23,4%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%

Im Vergleich der Viktimisierung durch körperliche und sexuelle Gewalt fällt auf, dass sexuelle Gewalt sich noch stärker negativ auf den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand der Frauen auszuwirken scheint als körperliche Gewalt.

Dieses Ergebnis sollte jedoch nicht dazu verleiten Betroffene von körperlicher und sexueller Gewalt als getrennte Opfergruppen wahrzunehmen, da vielfältige Überschneidungen in der Betroffenheit durch körperliche und sexuelle Gewalt erkennbar sind. Zudem war ein großer Teil der Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt hatten, von unterschiedlichen Gewaltformen in der Kindheit und im Erwachsenenalter betroffen. So hatten von den von sexueller Gewalt im Erwachsenenleben betroffenen Frauen der vorliegenden Studie nach etwa drei Viertel auch psychische Gewalt und ein ähnlich hoher Anteil auch körperliche Gewalt im Erwachsenenleben erlebt; 89% konnten an anderer Stelle auch als Opfer sexueller Belästigung identifiziert werden. Zudem hatten von sexueller Gewalt im Erwachsenenleben betroffene Frauen zu 65% zusätzlich elterliche körperliche Gewalt in der Kindheit erfahren.⁶⁰ 36% erfuhren psychische Gewalt durch die Eltern und 27% der Betroffenen waren in der Kindheit sexuellem Missbrauch durch Personen innerhalb oder außerhalb der eigenen Familie ausgesetzt.⁶¹ Auch in den nachfolgenden Analysen wird sichtbar, wie stark die einzelnen Gewaltformen – gerade in Kombination – auf den Gesundheitszustand von Frauen negativ einwirken können.

⁶⁰ Für die Auswertung dieser Studie wurde im Vergleich zu früheren Studien eine etwas engere Definition von elterlicher körperlicher Gewalt in Kindheit und Jugend gewählt, die leichte Ohrfeigen und strafende Klaps auf den Po nur dann einbezog, wenn sie häufig oder gelegentlich angewandt wurden. Zur Definition siehe Kapitel 4.1.4.

⁶¹ Betroffene von sexueller Belästigung hatten zu 20% sexuelle Gewalt, zu 51% körperliche Gewalt und zu 58% psychische Gewalt seit dem 16. Lebensjahr erlebt; 14% waren von sexuellem Missbrauch, 21% von elterlicher psychischer und 50% von elterlicher physischer Gewalt in Kindheit und Jugend betroffen. Betroffene von körperlicher Gewalt im Erwachsenenleben hatten zu 27% sexuelle Gewalt, zu 80% sexuelle Belästigung und zu 66% psychische Gewalt seit dem 16. Lebensjahr erlebt; 15% waren von sexuellem Missbrauch in der Kindheit, 26% von elterlicher psychischer Gewalt und 56% von elterlicher physischer Gewalt betroffen. Hier wird die hohe Bedeutung von multiplen und vielfältigen Gewalterfahrungen sichtbar.

4.1.3 Psychische Gewalt und Diskriminierungen seit dem 16. Lebensjahr

Psychische Gewalt gehört zu den in ihrer Bedeutung für das psychische und körperliche Wohlbefinden oftmals unterschätzten Formen von Gewalt. Jüngere Untersuchungen aus dem europäischen Raum verweisen darauf, dass psychische Gewalt in ihren unterschiedlichen Ausprägungen erheblich die Gesundheit von Menschen beeinträchtigen kann.⁶²

Die Frauen der vorliegenden Studie wurden im mündlichen Fragebogenteil zu verschiedenen Formen von psychischer Gewalt seit dem 16. Lebensjahr in unterschiedlichen Lebensbereichen befragt. Sie reichten von Beleidigungen, Einschüchtern und aggressivem Anschreien über Drohungen und Diskriminierungen bis hin zu systematischer Ausgrenzung und Psychoterror.⁶³

Zusammengenommen gaben 42% der Befragten an, mindestens eine Situation psychischer Gewalt seit dem 16. Lebensjahr erlebt zu haben. In etwa der Hälfte der Fälle handelte es sich um 1–2, bei einem Viertel um 3–4 und bei etwa einem Fünftel um 5 und mehr psychische Gewalthandlungen, wobei die Quantität keine Rückschlüsse auf die Qualität der Gewalthandlungen zulässt. In der allgemeinen Betroffenheit durch psychische Gewalt konnten zwischen den Untersuchungsgruppen keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Auch die Anzahl der genannten Handlungen ließ keine hoch signifikanten und ausgeprägten Unterschiede erkennen. Erwartungsgemäß wurden demgegenüber psychische Gewalthandlungen im Zusammenhang mit Diskriminierungen deutlich häufiger von Frauen mit Migrationshintergrund genannt. 21% bzw. 22% der Frauen mit Migrationshintergrund gaben an, aufgrund des Geschlechts, Alters oder der Herkunft benachteiligt oder schlecht behandelt worden zu sein, gegenüber 9% der Frauen deutscher Herkunft. Es ist davon auszugehen, dass es sich hier in hohem Maße um Diskriminierungen aufgrund der ethnischen Herkunft handelte. Ausgegrenzt oder aus einer Gruppe ausgeschlossen worden zu sein, gaben dagegen mit 12% alle Gruppen etwa gleich häufig an.

Es bestehen Hinweise, dass psychische Gewalt gegen Frauen türkischer Herkunft häufiger bedrohlichere Formen annahm als bei den anderen Untersuchungsgruppen. So gaben 24% der von psychischer Gewalt betroffenen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund an, sie hätten sich in den Situationen häufig oder gelegentlich ernsthaft bedroht gefühlt oder Angst um ihre persönliche Sicherheit gehabt; bei den anderen Befragungsgruppen war dies nur zu 14% bzw. 17% der Fall.

Psychische Gewalt wurde weit überwiegend in Arbeit, Schule und Ausbildung erlebt (68% der Betroffenen gaben dies an), gefolgt von wenig oder kaum bekannten Personen an öffentlichen Orten (42%). Freunde/Bekannte, Partner und Familienangehörige wurden mit jeweils um die 30% etwa gleich häufig benannt; professionelle Betreuungspersonen traten mit 10% am seltensten und zudem auch nicht in hoher Frequenz auf.⁶⁴

⁶² Vgl. auch Martinez/Schröttle 2005, Schröttle/Martinez 2006, Schröttle/Müller 2004.

⁶³ Vgl. Fragebogen F 500ff. Spezifische Fragen zu Gewalt in den aktuellen Paarbeziehungen werden derzeit in einem weiteren Forschungsprojekt des BMFSFJ, differenziert nach Schweregraden und Risikofaktoren, ausgewertet und daher in der vorliegenden Untersuchung nicht berücksichtigt.

⁶⁴ Mehrfachnennungen waren möglich. Es handelt sich hier um die Anteile derjenigen Betroffenen psychischer Gewalt, die angaben, in diesem Lebensbereich Handlungen psychischer Gewalt häufig, gelegentlich, selten oder einmal erlebt zu haben.

Zwischen den Untersuchungsgruppen zeigten sich hier Unterschiede insofern, als die beiden Migrantinnengruppen vergleichsweise häufiger als Frauen deutscher Herkunft psychische Gewalt in der Öffentlichkeit (56–57% vs. 41%) angaben,⁶⁵ was ein weiterer Hinweis auf Diskriminierungen im öffentlichen Raum sein kann, während vor allem Frauen deutscher Herkunft und jene aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion häufiger psychische Gewalt in der Arbeitswelt angaben als Frauen türkischer Herkunft (68–69% vs. 50%), was auch deren höhere berufliche Einbindung widerspiegelt. Frauen türkischer Herkunft gaben dagegen häufiger psychische Gewalt durch Partner und andere Familienangehörige an (jeweils 38–39% vs. 30% bzw. 23% bei den anderen Befragungsgruppen). Hinzu kommt, dass Frauen türkischer Herkunft nicht nur anteilmäßig häufiger psychische Gewalt im Kontext von Partnerschaft und Familie erlebt hatten, sondern auch in höherer Frequenz: so gaben 26% der von psychischer Gewalt betroffenen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund an, diese Handlungen durch Partner häufig oder gelegentlich erlebt zu haben (vs. 14–18% bei den anderen Untersuchungsgruppen); 22% gaben eine häufige/gelegentliche Betroffenheit durch Familienangehörige/Verwandte an (vs. 15–17% bei den anderen Untersuchungsgruppen).

Diese und andere Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, dass im Vergleich der Gruppen beide Migrantinnenpopulationen mehr diskriminierende psychische Gewalt im öffentlichen Raum erfahren haben. Zudem waren Frauen türkischer Herkunft in höherem Maße von psychischer Gewalt durch Partner und Familienangehörige, sowie von bedrohlicheren Formen psychischer Gewalt betroffen. Ob letzteres eher von der innerfamiliären und/oder der (rassistischen) Gewalt im öffentlichen Raum ausgeht, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden; beides wäre denkbar. Hinzu kommt, dass die höhere berufliche Integration der Frauen deutscher Herkunft und der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion mit potenziell höheren Betroffenheiten durch psychische Gewalt in beruflichen und Ausbildungskontexten assoziiert ist.

Welche gesundheitlichen Folgen hatten nun die erlebten psychischen Aggressionen und Gewalthandlungen für die betroffenen Frauen? Hierzu sollen zunächst die Angaben der Frauen zu den direkten Folgen der genannten Handlungen dargestellt werden.

Aus der folgenden Tabelle wird ersichtlich, dass ein hoher Anteil der Frauen psychische Folgen im Kontext psychischer Gewalt angaben (84%) und häufig vier und mehr psychische Folgen benannt wurden (vgl. Tabelle 33).

⁶⁵ Sie benannten hier zudem häufiger, diese an öffentlichen Orten häufig oder gelegentlich erlebt zu haben (das gaben 11% der Frauen deutscher, aber 26% der Frauen türkischer Herkunft und 18% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion an), was auch auf Diskriminierungen aufgrund des ausländischen Aussehens hindeutet.

Tabelle 33: Direkte Beschwerden infolge der Situationen psychischer Gewalt (zusammenfassend für alle Handlungen). Gesamt und getrennt nach Untersuchungsgruppen.

Fallbasis: Frauen bis unter 75 Jahren, die psychische Gewalt erlebt und Angaben zu Situationen gemacht.

Beschwerden infolge von Situationen psychischer Gewalt seit dem 16. Lebensjahr	Gesamt Alle Betroffenen unter 75 Jahren (N=3.631)	Nach Herkunft			Signifikanz
		Deutsch (N=3.277)	Türkisch (N=152)	Eh. SU (N=202)	
Niedergeschlagenheit/Depressionen	38,3%	37,4%	44,1%	47,5%	n. sign.
Schlafstörungen/Alpträume	27,6%	27,4%	34,2%	25,7%	n. sign.
Dauerndes Grübeln über die Situation	57,0%	57,0%	55,9%	57,9%	n. sign.
Erhöhte Krankheitsanfälligkeit/ Krankschreibungen	12,9%	13,3%	11,2%	7,9%	n. sign.
Vermindertes Selbstwertgefühl/ Gefühl von Erniedrigung	44,4%	44,9%	44,7%	37,1%	n. sign.
Erhöhte Ängste (z. B. aus dem Haus zu gehen, andere Menschen zu treffen)	14,3%	14,2%	16,4%	14,4%	n. sign.
Probleme im Umgang mit Männern	10,2%	9,8%	14,5%	14,4%	n. sign.
Schwierigkeiten, in Beziehungen zu anderen Vertrauen aufzubauen	17,4%	17,0%	23,7%	19,3%	n. sign.
Probleme mit der Sexualität	7,3%	7,3%	9,2%	5,4%	n. sign.
Scham- oder Schuldgefühle	12,4%	12,1%	19,7%	11,4%	n. sign.
Ärger- oder Rachegefühle	42,7%	42,5%	53,9%	36,1%	n. sign.
Antriebslosigkeit/Konzentrations-schwierigkeiten/verminderte Leistungsfähigkeit	21,1%	21,2%	24,3%	16,3%	n. sign.
Schwierigkeiten bei der Arbeit, Ausbildung und Studium	16,1%	15,8%	23,0%	15,8%	n. sign.
Selbstmordgedanken	6,7%	6,7%	10,5%	(3,5%)	n. sign.
Selbstverletzung	2,3%	2,4%	(2,6%)	(1,0%)	n. sign.
Essstörungen	8,0%	7,7%	13,8%	8,4%	n. sign.
Andere Probleme	3,0%	3,0%	6,6%	(1,0%)	n. sign.
Nichts davon, hatte keine Beschwerden	16,2%	16,4%	17,1%	13,9%	n. sign.
Anzahl genannter Beschwerden (4 und mehr)	38,9%	38,5%	47,4%	39,1%	n. sign.

**hoch signifikant $p < 0,005$ *signifikant $p < 0,05$ n. sign. = nicht signifikant
() Fallzahlen zu gering – nicht aussagekräftig

Besonders häufig angegeben wurden dauerndes Grübeln, Selbstwertprobleme, Gefühle von Erniedrigung, Ärger- und Rachegefühle sowie Niedergeschlagenheit/Depressionen (mit Anteilen zwischen 38% und 57%). Hier zeichnet sich bereits ab, dass die genannten Handlungen psychischer Gewalt von den Befragten in hohem Maße von den Betroffenen als psychisch belastend wahrgenommen wurden.⁶⁶ Im Vergleich der Untersuchungsgruppen sind einzelne Höherbelastungen bei verschiedenen Untersuchungsgruppen zu erkennen, die aber durchgängig nicht signifikant sind.

⁶⁶Hinzu kommt, dass 7% der Frauen angaben, Alkohol zu sich genommen zu haben, um mit den Situationen besser fertig zu werden und 9% Beruhigungs-/und Schlafmittel. 4% nannten darüber hinaus Antidepressiva. Zusammengenommen reagierten 16% auf die Situationen mit der Einnahme von Medikamenten, Alkohol oder illegalen Drogen.

Die erheblichen gesundheitlichen Auswirkungen von psychischer Gewalt zeigen sich auch bei einem Vergleich der aktuellen gesundheitlichen Situation von Betroffenen und nicht Betroffenen. Betroffene psychischer Gewalt gaben doppelt so häufig wie nicht Betroffene sieben und mehr körperliche Beschwerden an (29% vs. 14%) und äußerten signifikant häufiger vier und mehr psychische Beschwerden (56% vs. 30%). Besonders häufig wurden körperliche Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen benannt, sowie Magen-/Darmprobleme, Schwindelgefühle, Blutdruckstörungen, Hautprobleme, Menstruationsstörungen und Atemprobleme. Im Bereich psychischer Störungen dominierten bei Betroffenen von psychischer Gewalt auffällig häufig Stresssymptome (auch Nervosität und Reizbarkeit), Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten, Schwäche, Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Depressionen, Schlafstörungen, Angststörungen sowie extreme Belastungsstörungen. Die Symptome waren teilweise doppelt so häufig feststellbar wie bei Nichtbetroffenen. Deutliche Unterschiede zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen zeigten sich zudem in den Hinweisen auf Essstörungen im Lebensverlauf, in Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt und im täglichen Tabakkonsum.

Zu bedenken ist, dass psychische Gewaltwiderfahrnisse im Erwachsenenleben der vorliegenden Studie nach häufig mit anderen Formen von Gewalt in Kindheit und Erwachsenenalter assoziiert waren,⁶⁷ was auf die mögliche kumulative Wirkung auf gesundheitliche und psychische Belastungen verweist.

4.1.4 Gewalt in Paarbeziehungen

Gewalt in Paarbeziehungen gehört, wie aus früheren Auswertungen und auch aus anderen nationalen und internationalen Studien hervorgeht, zu den Kontexten, in denen Frauen am häufigsten Gewalt in ihrem Erwachsenenleben erleben.⁶⁸ Nach den Auswertungen der bundesdeutschen Gewaltprävalenzstudie hat etwa jede vierte in Deutschland lebende Frau im Alter von 18 bis 85 Jahren (25%) mindestens einmal Gewalt durch einen aktuellen und/oder früheren Beziehungspartner erlebt. Der Anteil der Frauen, die mehrmalige Gewalt erlebt haben, ebenso wie der Anteil der Frauen mit Verletzungsfolgen lag deutlich höher, wenn es sich um Gewalt durch einen Partner oder Ex-Partner handelte. 64% der Frauen, die Gewaltübergriffen durch den Partner ausgesetzt waren, gaben im schriftlichen Fragebogen Verletzungsfolgen an. Ein Drittel der Betroffenen gab an, 10 bis über 40 Gewaltsituationen durch den Partner erlebt zu haben.⁶⁹

Von den Frauen der vorliegenden Studie⁷⁰ gaben insgesamt 25% an, schon einmal Gewalt durch einen aktuellen und/oder früheren Partner erlebt zu haben (knapp 27%, wenn nur jene Frauen einbezogen werden, die schon einmal in einer Partnerschaft gelebt haben). 10% haben Gewalt durch den aktuellen Partner erlebt (14%, wenn nur jene Frauen einbezogen werden, die aktuell in einer Partnerschaft leben).

⁶⁷ 60% hatten körperliche Gewalt im Erwachsenenleben erlebt, 23% sexuelle Gewalt, 54% elterliche körperliche Gewalt in der Kindheit, 15% sexuellen Missbrauch in der Kindheit und 26% elterliche psychische Gewalt in der Kindheit.

⁶⁸ Vgl. Schröttle/Müller 2004; vgl. auch im Überblick Martinez/Schröttle et al. (2005) und Schröttle/Martinez et al. (2006).

⁶⁹ Vgl. Müller/Schröttle (2004), S. 8-14.

⁷⁰ Die Fallbasis unterscheidet sich von der ersten Studiauswertung dadurch, dass a) die türkisch-russischen Zusatzbefragungen bei Migrantinnen einbezogen wurden, b) nur Frauen mit Herkunft aus Deutschland, Türkei und ehemalige Sowjetunion einbezogen wurden, die c) bis unter 75 Jahre alt waren.

Die Auswertung nach Untersuchungsgruppen macht deutlich, dass Frauen türkischer Herkunft signifikant häufiger körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch Partner erfahren haben. So gaben von den unter 75-Jährigen, die jemals in einer Partnerschaft gelebt hatten, 37% der Frauen türkischer Herkunft an, körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch den aktuellen und/oder einen früheren Partner erfahren zu haben, im Vergleich zu 26% bzw. 27% bei den anderen Befragungsgruppen (vgl. Tabelle 34).⁷¹ Die Unterschiede sind noch ausgeprägter, wenn nur auf Gewalt durch den aktuellen Partner fokussiert wird. Dann haben 29% der Frauen türkischer Herkunft, die aktuell in einer Partnerschaft lebten, durch den Partner körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt; das traf auf 13% der Frauen deutscher Herkunft und auf 17% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion zu (ebd.).⁷² Von schwererer und häufiger auftretender körperlicher sowie sexueller Gewalt durch den aktuellen Partner waren zusammengenommen 17% der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund betroffen (vs. 5% der Frauen deutscher Herkunft und 7% der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, vgl. ebd.).⁷³ Dies belegt, dass Frauen mit türkischem Migrationshintergrund nicht nur prozentual häufiger, sondern auch massivere und höher frequentierte Gewalt durch den aktuellen Partner erlebt haben.

Tabelle 34: Betroffenheit durch Partnergewalt gesamt und getrennt nach Untersuchungsgruppen. Fallbasis: Frauen bis unter 75 Jahren (jeweils alle oder nur Befragte, die in Partnerschaft gelebt hatten, siehe auch Definitionen linke Spalte)

	Gesamt	Nach Herkunft			Signifikanz
		Deutsch	Türkisch	Eh. SU	
Gewalt durch aktuellen/früheren Beziehungspartner (alle Befragten)	25,2%	24,9%	32,6%	24,6%	**
Gewalt durch aktuellen/früheren Beziehungspartner (nur Befragte, die in Partnerschaft gelebt haben)	26,5%	26,1%	37,2%	26,5%	**
Gewalt durch aktuellen Partner (alle Befragten)	10,3%	9,7%	20,9%	12,4%	**
Gewalt durch aktuellen Partner (alle Befragten, die aktuellen Partner haben)	13,9%	13,1%	28,6%	16,7%	**
Mäßige bis schwere körperliche Gewalt durch aktuellen Partner (alle Befragte, die den schriftlichen FB ausgefüllt und dort aktuelle Partnerschaft angegeben haben)	4,5%	4,2%	11,8%	4,7%	**

71 Wird auf alle Frauen der Untersuchung prozentuiert, also auch auf jene, die nicht in einer Partnerschaft gelebt hatten, dann haben jeweils 25% der Frauen deutscher Herkunft und aus Ländern der Sowjetunion Gewalt durch aktuelle/frühere Partner erlebt vs. 33% der Frauen türkischer Herkunft.

72 Wird auf alle Frauen der Untersuchung prozentuiert, also nicht nur auf Frauen, die zum Befragungszeitpunkt in einer Partnerschaft gelebt haben, dann haben knapp 10% der Frauen deutscher Herkunft, 12% der Frauen aus Ländern der Sowjetunion und 21% der Frauen türkischer Herkunft Gewalt in der aktuellen Partnerschaft erlebt.

73 Mäßige bis schwere körperliche Gewalt durch Partner wurde nach ersten Auswertungen zu den Schweregraden erlebter Gewalt in der aktuellen Partnerschaft so definiert, dass Formen von körperlicher Gewalt, die über leichte Ohrfeigen und wütendes Wegschubsen hinausgehen, einbezogen wurden; Ohrfeigen und Wegschubsen nur dann, wenn diese mehrmals in der Partnerschaft vorkamen. Damit sollten die sehr leichten oder einmaligen Handlungen herausgefiltert werden. Bezogen auf alle Frauen der Untersuchungsgruppe, die aktuell in einer Partnerschaft lebten hatten nach dieser Definition knapp 5% mäßige bis schwere körperliche Gewalt durch den aktuellen Partner erlebt (12% der Frauen türkischer Herkunft) und 1% sexuelle Gewalt (vs. knapp 5% der Frauen türkischer Herkunft). Es handelt sich um hoch signifikante Unterschiede ($p < 0,005$). Die Einteilung nach Schweregraden und Mustern körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt durch Partner wurde im Rahmen einer anderen BMFSFJ-Studie noch weiter präzisiert (vgl. Schröttle/Ansorge 2008) und erhält diesbezüglich noch leichte Modifikationen, die aber den Befund der höheren Betroffenheit türkischer Migrantinnen durch schwerere Partnergewalt grundsätzlich abstützen.

	Gesamt	Nach Herkunft			
		Deutsch	Türkisch	Eh. SU	Signifi- kanz
Sexuelle Gewalt durch aktuellen Partner (alle Befragte, die den schriftlichen FB ausgefüllt und dort aktuelle Partnerschaft angegeben haben)	1,2%	1,0%	5,5%	2,5%	**

**hoch signifikant $p < 0,001$ * signifikant $p < 0,05$ n. sign. = nicht signifikant

Wenn im Folgenden der Einfluss von Gewalt durch Partner auf die Gesundheit der Frauen untersucht wird, werden alle Frauen, also auch jene, die keinen aktuellen/früheren Partner gehabt (und damit keine Partnergewalt erlebt) haben, in die Analyse mit einbezogen, um auf breiter Basis den Zusammenhang von Gewaltbetroffenheit und psychischen bzw. gesundheitlichen Beschwerden untersuchen zu können.⁷⁴

Die Auswertung der gesundheitlichen Folgen von Gewalt durch Partner zeigt auf, dass Frauen, die von Partnergewalt betroffen sind oder waren signifikant häufiger gesundheitliche oder psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten nannten. Die Unterschiede bleiben auch bei einer Kontrolle der Altersgruppen signifikant und zeichnen sich für die unter 35-jährigen Frauen besonders stark ab.⁷⁵

Aus der folgenden Tabelle wird ersichtlich, dass die negativen gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei den Frauen, die Gewalt durch den aktuellen Partner erlebt haben, gleichermaßen hoch war wie bei Frauen, die (auch) in einer früheren Partnerschaft der Gewalt ausgesetzt waren. Das dürfte vor allem auf zwei gegenläufige Effekte zurückzuführen sein: einerseits ist zwar Gewalt durch den aktuellen Partner zeitnäher und dürfte dadurch aktuell belastender sein als vergangene Gewalt durch frühere Partner; andererseits haben Frauen, die Gewalt durch frühere Partner erlebt haben, wie in vertiefenden Auswertungen festgestellt worden war, zumeist schwerere Gewalt durch Partner erlebt, die dann oft eskalierte und zu einer Trennung führte.⁷⁶ Der hier sich andeutende Effekt einer stärkeren negativen gesundheitlichen Auswirkung von höheren Schweregraden von Gewalt auf die Gesundheit wird auch bei der Betrachtung von schweren und höher frequentierten Ausprägungen körperlicher und sexueller Gewalt durch den aktuellen Partner sichtbar. Frauen, die diese erlebt hatten, nannten zu 32–42% sieben und mehr körperliche Beschwerden und sie gaben zu 63% vier und mehr psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten an, wobei sexuelle Gewalt besonders gravierend in den Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit zu sein scheint (vgl. Tabelle 35).

⁷⁴ Dazu wurden die Variablen zu Gewalt durch aktuelle/frühere Partner so umcodiert, dass nur noch die Kategorien Gewaltbetroffenheit und keine Gewaltbetroffenheit verblieben, wobei letztere auch jene Frauen umfasst, die keinen Partner hatten oder keine Angaben zur Partnergewalt gemacht haben.

⁷⁵ Diese hatten, wenn sie von aktueller/früher Partnergewalt betroffen waren, fast dreimal so häufig wie nicht davon Betroffene sieben und mehr körperliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten erlebt (31% vs. 12%).

⁷⁶ Vgl. auch Schröttle/Müller 2004; vgl. aus europäischen Sekundäranalysen auch Schröttle/Martinez 2006.

Tabelle 35: Gewalt durch aktuelle/frühere Partner und Anzahl der körperlichen/psychischen Beschwerden in den letzten 12 Monaten. Fallbasis: Befragte bis unter 75 Jahren.

Gewalt durch Partner			
	Gewalt ja	Gewalt nein	Sign.
1. Gewalt durch aktuelle und/oder frühere Partner (alle Befragten bis unter 75 Jahre)			
Anteil mehr als 7 körperliche Beschwerden	30,5%	17,0%	**
Anteil 4 und mehr psychische Beschwerden	58,4%	34,8%	**
2. Gewalt durch aktuellen Partner (alle Befragten bis unter 75 Jahren)			
Anteil mehr als 7 körperliche Beschwerden	29,8%	19,4%	**
Anteil 4 und mehr psychische Beschwerden	56,4%	38,9%	**
3. Mäßige bis schwere und/oder mehrmalige körperliche Gewalt durch aktuellen Partner (alle Befragten bis unter 75 Jahren, die den schriftlichen Fragebogen ausgefüllt haben)			
Anteil mehr als 7 körperliche Beschwerden	32,3%	19,0%	**
Anteil 4 und mehr psychische Beschwerden	63,1%	39,0%	**
4. Sexuelle Gewalt durch aktuellen Partner (alle Befragten bis unter 75 Jahren, die den schriftlichen Fragebogen ausgefüllt haben)			
Anteil mehr als 7 körperliche Beschwerden	42,1%	19,0%	**
Anteil 4 und mehr psychische Beschwerden	63,2%	39,0%	**

**hoch signifikant $p < 0,001$ *signifikant $p < 0,05$ n. sign. = nicht signifikant

Eine Auswertung der gesundheitlichen Beschwerden der von Gewalt betroffenen Frauen nach ethnischer Herkunft zeigt auf, dass von Partnergewalt betroffene Frauen deutscher wie auch türkischer Herkunft doppelt so häufig wie nicht Betroffene mehr als sieben körperliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten hatten, dass aber der Anteil bei den Frauen türkischer Herkunft mit knapp 53% besonders hoch war (vgl. Tabelle 36). Dies dürfte einerseits mit den erhöhten Schweregraden von Partnergewalt bei Frauen türkischer Herkunft in Zusammenhang stehen, andererseits mit der vielfach schwierigeren sozialen Situation türkischer Migrantinnen. Sie erschwert nicht nur die Loslösung aus gewaltbelasteten Paarbeziehungen, sondern stellt auch ihrerseits eine relevante Gesundheitsdeterminante dar.

Tabelle 36: Gewalt durch aktuelle/frühere Partner und Anzahl der körperlichen/psychischen Beschwerden in den letzten 12 Monaten nach Untersuchungsgruppen. Fallbasis: Befragte bis unter 75 Jahren.

	Gewalt durch aktuelle und/oder frühere Partner					
	Herkunft deutsch		Herkunft türkisch		Herkunft ehem. SU	
	Gewalt ja	Gewalt nein	Gewalt ja	Gewalt nein	Gewalt ja	Gewalt nein
Anteil mehr als 7 körperliche Beschwerden	29,4%	16,7%	52,5%	22,6%	26,5%	18,7%
Anteil 4 und mehr psychische Beschwerden	57,9%	34,6%	68,3%	36,7%	56,4%	37,4%

**Alle Zusammenhänge hoch signifikant außer körperliche Beschwerden bei Herk. eh. SU

Frauen, die Gewalt durch aktuelle und/oder frühere Partner erlebt hatten, benannten gegenüber nicht betroffenen Frauen besonders häufig Bauchschmerzen und Magen-/Darmprobleme, Hautprobleme und Beschwerden im Unterleib, Regelstörungen und Menstruationsprobleme sowie sexuelle Probleme. Entsprechend erhöht waren bei den Betroffenen die Anteile der Frauen mit Unterleibsoperationen (29% vs. 21%) und mit Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt (29% vs. 19%).⁷⁷ Betroffene von Partnergewalt wiesen zudem mehr als doppelt so häufig wie nicht Betroffene deutliche Anzeichen von Essstörungen auf.

Auch eine Reihe von psychischen Beschwerden wurden von Frauen, die von Partnergewalt betroffen waren, auffällig häufig benannt, unter anderem Stresssymptome und Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten, Erschöpfungszustände, Schlafprobleme, Angststörungen, Niedergeschlagenheit/Depressionen, Antriebslosigkeit, Suizidgedanken und Gefühle von Wertlosigkeit. Die Gesundheitsbeschwerden spiegeln sich zum Teil in den Angaben zum Konsum von Beruhigungsmitteln, Schlafmitteln, stimmungsaufhellenden Medikamenten sowie illegalen Drogen (vor allem bei den bis unter 35-Jährigen) wieder. Die psychischen und körperlichen Beschwerden wirkten sich zudem negativ auf die Häufigkeit von Krankmeldungen in Arbeitsstelle, Schule und Ausbildung aus.

In allen Untersuchungsteilen wurde sichtbar, dass körperliche und sexuelle Gewalt in Paarbeziehungen einen ganz erheblichen Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit von Frauen haben kann. Das gilt nicht nur für körperliche und sexuelle, sondern auch für psychische Gewalt in Paarbeziehungen. Es ist äußerst schwer, genau zu bestimmen, wo psychische Gewalt in Paarbeziehungen beginnt und wann systematischere Formen von psychischer Gewalt vorliegen.⁷⁸ Für die vorliegende Auswertung wurde eine Zuordnung danach gewählt, wie häufig die Befragte auf einer Liste von über 30 Partnerbeschreibungen den Aussagen zum aktuellen Partner zugestimmt hat, die auf Kontrolle, Dominanz, psychisch-verbale Aggression, Drohung und Unterdrückung in der Paarbeziehung hindeuten. In die Definition von Hinweisen auf psychische Gewalt wurden nur Frauen einbezogen, die vier und mehr Aussagen zustimmten; in die weitere Definition jene Frauen, die mindestens 2 Aussagen zustimmten.⁷⁹ Erstere waren den Analysen nach in deutlich erhöhtem Maße von einem Muster aus Kontrolle der Außenkontakte und der Geldausgaben, psychisch-verbaler Einschüchterung, Drohungen, dominantem Verhalten und verbalen Aggressionen, sowie sexuellem Rigorismus betroffen und hatten nicht selten zusätzlich auch körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch den aktuellen Partner erlebt.⁸⁰

Nach der engeren Definition von psychischer Gewalt in der aktuellen Paarbeziehung haben etwa 7% der Befragten der Untersuchungsgruppe stärkere Ausprägungen von psychischer Gewalt in der aktuellen Paarbeziehung erlebt; nach der weiteren Definition

⁷⁷ Diese hoch signifikanten Unterschiede bleiben auch bei einer Kontrolle der Altersgruppen bestehen.

⁷⁸ Damit beschäftigt sich derzeit ein weiteres Forschungsprojekt des BMFSFJ, dessen Ergebnisse demnächst vorliegen (vgl. Schröttle/Ansorge 2008).

⁷⁹ Dazu wurden die negativ aspektierten Items F9_1–4, F9_6–9, F9_11–15, F9_17, F10_1–8, F10_10–12, F10_14 und F10_16 aus dem schriftlichen Fragebogen einbezogen.

⁸⁰ Frauen, die keine Nennung hatten, gaben zu 8% körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch den aktuellen Partner an, Frauen mit einer Nennung zu 16%, Frauen mit 2–3 Nennungen zu 26% und Frauen mit vier und mehr Nennungen zu 54%.

waren es 17%. Auch hiervon waren beide Migrantinnenengruppen und noch verstärkt Frauen türkischer Herkunft signifikant häufiger betroffen als Frauen deutscher Herkunft (vgl. Tabelle 37). Jede fünfte Frau türkischer Herkunft (20%), jede siebte Frau aus Herkunftsländern der ehemaligen Sowjetunion (knapp 14%) und nur etwa 6% der Frauen deutscher Herkunft waren von psychischer Gewalt in engerem Sinne durch den Partner betroffen. Psychische Gewalt im weiteren Sinne (2 und mehr Nennungen) durch den aktuellen Partner haben zusammengenommen 16% der Frauen deutscher Herkunft, 37% der Frauen türkischer Herkunft und knapp 30% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion erlebt. Auch hier wird also eine deutliche höhere Gewaltbetroffenheit der Migrantinnen beider Populationen, insbesondere aber derjenigen türkischer Herkunft gegenüber den Frauen deutscher Herkunft sichtbar.

Tabelle 37: Psychische Gewalt in der aktuellen Partnerschaft nach Herkunft.

Fallbasis: Alle befragten Frauen bis unter 75 Jahren, die aktuell in einer Partnerschaft leben.

		Herkunft			Gesamt
		deutsch	türkisch	ehem. SU	
Psychische Gewalt in Partnerschaften	keine	68,2%	45,5%	53,9%	66,6%
	1 Nennung	16,0%	17,4%	16,6%	16,1%
	2-3 Nennungen**	9,5%	17,4%	16,0%	10,1%
	4 und mehr Nennungen*	6,4%	19,6%	13,5%	7,3%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*enge Definition = 4 und mehr Nennungen **weitere Definition = 2 und mehr Nennungen

Die folgenden Auswertungen zeigen, dass sich psychische Gewalt in der aktuellen Partnerschaft erheblich auf die Gesundheit auswirkt. Demnach hatten von jenen Frauen, die nach der engeren Definition von psychischer Gewalt durch den aktuellen Partner betroffen waren, doppelt so häufig mehr als sieben körperliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten wie nicht von psychischer Gewalt Betroffene (36% vs. 18%). Darüber hinaus nannten 63% vier und mehr psychische Beschwerden (vs. 36% der nicht Betroffenen). Es wird zudem sichtbar, dass auch psychische Gewalt in einem weiteren Sinne negative Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit der Frauen haben kann (vgl. Tabellen 38 und 39).

Tabelle 38: Psychische Gewalt in der aktuellen Partnerschaft und körperliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten. Fallbasis: Alle Frauen bis unter 75 Jahren, die den schriftlichen Fragebogen ausgefüllt und dort eine aktuelle Partnerschaft angegeben haben.

		Psychische Gewalt in Partnerschaften Nennungen				Gesamt
		keine	1	2-3	4 +	
Anzahl körperlicher Beschwerden häufig/gelegentlich	keine Beschwerden	11,9%	8,1%	6,8%	5,5%	10,3%
	1-3 Beschwerden	39,5%	36,6%	32,8%	27,0%	37,4%
	4-7 Beschwerden	31,1%	35,9%	35,8%	31,2%	32,3%
	mehr als 7 Beschwerden	17,6%	19,4%	24,5%	36,3%	20,0%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 39: Psychische Gewalt in der aktuellen Partnerschaft und psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten. Fallbasis: Alle Frauen bis unter 75 Jahren, die den schriftlichen Fragebogen ausgefüllt und dort eine aktuelle Partnerschaft angegeben haben.

		Psychische Gewalt in Partnerschaften Nennungen				Gesamt
		keine	1	2-3	4+	
Häufigkeit genannten psych. Beschwerden	keine B. genannt	20,9%	18,3%	13,1%	9,1%	18,8%
	1-3 Beschwerden	42,9%	40,0%	36,1%	28,1%	40,7%
	4 und mehr Beschwerden	36,2%	41,7%	50,8%	62,8%	40,5%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Dieser Effekt bleibt auch dann (leicht abgeschwächt) bestehen, wenn Frauen ausgeschlossen werden, die zusätzlich zur psychischen auch körperliche/sexuelle Gewalt durch den Partner erlebt hatten. Von psychischer Gewalt Betroffene im engeren Sinne (ohne körperliche/sexuelle Gewalt durch den Partner) gaben immerhin noch zu 33% mehr als sieben körperliche Beschwerden und zu 54% vier und mehr psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten an. Das verweist nochmals auf die hohe Relevanz von psychischer Gewalt für die Gesundheit der Frauen auch unabhängig von körperlicher Gewalt. Liegt keine psychische Gewalt in der Partnerschaft vor, ist die aktuelle körperliche und psychische Gesundheit der Frauen deutlich besser.

Abschließend werden noch einige Ergebnisse aus vertiefenden Nachfragen zu Gewalt in der aktuellen oder einer früheren Partnerschaft aus dem schriftlichen Fragebogen mit Blick auf Auslöser, Ausprägungen und Folgen von Partnergewalt vorgestellt. Diese sind nur eingeschränkt repräsentativ, da nur ein Teil der von Partnergewalt betroffenen Frauen hier weiter vertiefende Angaben gemacht hat, und beziehen sich nur auf Frauen, die mehr als eine Gewaltsituation durch den Partner erlebt haben.⁸¹ Dennoch können sie aufzeigen, in welchem Maße die Frauen selbst Auswirkungen der Gewalt auf ihre Gesundheit identifiziert haben.

Gefragt nach den Ereignissen, nach denen Gewaltsituationen in der Partnerschaft erstmalig aufgetreten waren, gaben jeweils ein Drittel der Frauen (34%) an, nachdem sie geheiratet hatten und/oder nachdem sie zusammengezogen waren, 10% nachdem sie schwanger geworden waren bzw. in der Schwangerschaft, 17% nach der Geburt des Kindes/der Kinder, als diese/s noch unter einem Jahr alt war/en und weitere 17% nach dem Entschluss, sich zu trennen. Hier werden besondere Gefährdungssituationen im Kontext der Familiengründung einerseits und im Kontext von Trennung und Scheidung andererseits sichtbar. Heirat und Bezug der gemeinsamen Wohnung, ebenso wie Schwangerschaft und Geburt des ersten Kindes wurden von beiden Migrantinnengruppen häufiger als Lebensereignisse genannt, in denen die Gewalt erstmals aufgetreten war, nicht so bei Trennung und Scheidung. 71% der Frauen türkischer Herkunft gaben die Heirat als Lebensereignis an, infolgedessen Gewaltübergriffe erstmalig aufgetreten waren (vs. 53% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion und 31% der Frauen deutscher Herkunft). Hier ist zu berücksichtigen, dass bei Frauen türkischer Herkunft die Hochzeit

⁸¹ Einbezogen wurden hier 725 Frauen, die in Frage 25 angegeben haben, mehr als eine Situation von körperlicher und/oder sexueller Gewalt in der aktuellen oder letzten gewaltbelasteten Partnerschaft erlebt zu haben (F25=1-8).

häufiger als bei den anderen Befragungsgruppen den Beginn der festen Paarbeziehung markieren dürfte, da voreheliche Paarbeziehungen hier häufiger negativ sanktioniert werden. Jeweils die Hälfte der Frauen beider Migrantinnenpopulationen nannte das Zusammenziehen in die gemeinsame Wohnung als Lebensereignis, nach dem die Gewalt erstmals aufgetreten war (vs. 32% der Frauen deutscher Herkunft). 22% bzw. 24% der Migrantinnen beider Populationen gaben die Schwangerschaft an (vs. 8% bei Frauen deutscher Herkunft); 25% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion und 41% der Frauen türkischer Herkunft (vs. 16% der Frauen deutscher Herkunft) nannten die Zeit nach der Geburt der Kinder als gewaltauslösendes Lebensereignis. Zwar können diese Ergebnisse aufgrund der geringen Fallzahlen der Migrantinnen, die hierzu Aussagen gemacht haben (N=34 bzw. 36), nicht verallgemeinert werden; es deutet sich aber an, dass die Phase der Familiengründung für Frauen mit Migrationshintergrund, und hier noch einmal verstärkt für Frauen türkischer Herkunft, mit einem besonderen Risiko einhergehen kann, erstmalig mit Gewalt durch den Partner konfrontiert zu werden.

Auch die Bedrohlichkeit und Gefährdungslage der Gewalt scheinen bei beiden Migrantinnengruppen erhöht zu sein, wenn 10% der gewaltbetroffenen Frauen deutscher, 29% der Frauen türkischer Herkunft und 17% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion angeben, der Partner habe in diesen Situationen eine Waffe, zum Beispiel eine Pistole oder ein Messer gegen die Frau gerichtet und wenn 43% der Frauen deutscher, 50% der Frauen türkischer Herkunft und 68% der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion angeben, sie hätten in diesen Situationen Angst gehabt, ernsthaft oder lebensgefährlich verletzt werden zu können. Zudem gaben erhöhte Anteile der Frauen mit Migrationshintergrund Verletzungsfolgen durch Partnergewalt an. Zwar wurden von allen Frauen am häufigsten Hämatome und Prellungen als häufigste Verletzungsfolgen benannt; Frauen türkischer Herkunft gaben aber auffällig häufig offene Wunden, vaginale Verletzungen und Unterleibsschmerzen sowie Kopfverletzungen als Folge der Gewalt durch den Partner an.

Anzufügen ist, dass ein großer Teil der Frauen (fast 60%) angab, zusammen mit Kindern in der gewaltbelasteten Paarbeziehung gelebt zu haben und die Kinder häufig Zeugen der Gewalt geworden waren oder selbst in die Auseinandersetzungen mit hineingera-ten sind. Die langfristigen psychischen und physischen Folgen von häuslicher Gewalt für die Kinder sind in der nationalen und internationalen Literatur dokumentiert.⁸²

4.2 Gewalt in Kindheit und Jugend und ihr Einfluss auf spätere Gewalt- und Gesundheitsbelastungen

Gewalt in Kindheit und Jugend erhöht das Risiko, auch im Erwachsenenleben Gewalt zu erleiden oder gegen andere auszuüben, und sie kann sich auch unabhängig davon negativ auf die Gesundheit und das spätere soziale Leben auswirken.

In der vorliegenden Studie wurden die Frauen mit einem verdeckten schriftlichen Fragebogen im Anschluss an das mündliche Interview nach elterlicher körperlicher und psychischer Gewalt in Kindheit und Jugend (vor dem 16. Lebensjahr), sowie nach

⁸² Vgl. u. a. Kavemann/Kreyssig (2006), Deegener (2006).

sexuellem Missbrauch innerhalb und außerhalb der Familie gefragt. Befragte wurden als Opfer psychischer Gewalt in Kindheit und Jugend definiert, wenn sie angaben, häufig oder gelegentlich erlebt zu haben, dass die Beziehungspersonen sie a) lächerlich gemacht oder gedemütigt haben, und/oder b) sie so behandelt haben, dass es seelisch verletzend war, und/oder c) sie niedergebrüllt haben. Sie wurden als Opfer elterlicher physischer Gewalt eingeordnet, wenn Sie a) häufig/gelegentlich geohrfeigt wurden und/oder häufig/gelegentlich einen strafenden Klaps auf den Po bekamen, und/oder wenn sie b) mindestens eine der folgenden Handlungen durch Eltern erlebt haben: schallende Ohrfeige mit sichtbaren Striemen, mit der Hand kräftig den Po versohlt, mit Gegenstand auf die Finger geschlagen, mit Gegenstand auf den Po geschlagen, heftige Prügel. Sie wurden als Opfer von elterlicher körperlicher Misshandlung eingeordnet, wenn sie eine oder mehrere der in b) Igenannten Handlungen häufiger als selten, also häufig oder gelegentlich erlebt haben.⁸³

Nach dieser Definition hatten 44% der befragten 16- bis unter 75-jährigen Frauen in Kindheit und Jugend elterliche körperliche Gewalt, 13% körperliche Misshandlung, 16% psychische Gewalt und 9% sexuellen Missbrauch erlebt.⁸⁴ Es finden sich keine Hinweise darauf, dass eine der Untersuchungsgruppen signifikant und relevant häufiger körperliche oder sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend erlebt hat. In den Daten deutet sich allenfalls eine vorsichtige Tendenz einer etwas geringeren Betroffenheit der Frauen türkischer Herkunft durch elterliche körperliche Gewalt und durch sexuellen Missbrauch an, die aber vor dem Hintergrund möglicherweise erhöhter Tabuisierungen, Informationen darüber an Dritte weiterzugeben, zurückhaltend zu interpretieren ist. Lediglich bei elterlicher psychischer Gewalt sind deutlich erhöhte Werte bei Frauen türkischer Herkunft gegenüber Frauen deutscher Herkunft festzustellen (vgl. Tabelle 40).

Tabelle 40: Betroffenheit durch Gewalt in Kindheit und Jugend (vor dem 16. Lebensjahr) gesamt und getrennt nach Untersuchungsgruppen. Fallbasis: Alle befragten Frauen bis unter 75 Jahren, die den schriftlichen Fragebogen ausgefüllt haben.

Körperliche, psychische und sexuelle Gewalt vor dem 16. Lebensjahr	Gesamt (N=8.399)	Nach Herkunft			Signifikanz
		Deutsch (N=7.643)	Türkisch (N=325)	Eh. SU (N=431)	
Elterliche psychische Gewalt	15,6%	15,1%	24,0%	17,2%	**
Elterliche körperliche Gewalt (inkl. körperlicher Misshandlung)	44,2%	44,6%	37,8%	42,5%	* schwach ausgeprägt
Elterliche körperliche Misshandlung	12,8%	12,8%	12,6%	12,1%	n. sign.
Sexueller Missbrauch (innerhalb und außerhalb der Familie)	9,2%	9,4%	6,5%	7,4%	** schwach ausgeprägt
Sexueller Missbrauch durch Familienangehörige	3,9%	4,0%	3,7%	2,3%	n. sign.
Zeuginenschaft von Gewalt zwischen den Eltern	16,5%	15,4%	32,3%	24,4%	**

**hoch signifikant $p < 0,001$ *signifikant $p < 0,05$ n. sign. = nicht signifikant
 schwach ausgeprägt= schwach ausgeprägte Unterschiede

83 Diese Zuordnung lehnt sich grob an bundesdeutsche Auswertungen zu elterlicher körperlicher Gewalt und Kindesmisshandlung von Wetzels et al. 1999 und Bussmann 2002, 2005 an; vgl. dazu im Überblick Deegener (2006).

84 Einbezogen wurden dabei Frauen unter 75 Jahren, die den schriftlichen Fragebogen ausgefüllt haben (N=8.399).

Das Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern in der Kindheit, zumeist vom Vater gegen die Mutter, ist ein weiterer relevanter Aspekt der Analyse von Gewalt in Kindheit und Jugend. Der vorliegenden Auswertung nach haben knapp 17% der Befragten, die den schriftlichen Fragebogen ausgefüllt haben, körperliche Auseinandersetzungen zwischen den Eltern oder Pflegeeltern mitbekommen, wobei in 58% der Fälle in der Regel der Vater mit den Angriffen begonnen hat, in 13% die Mutter und in 23% aus Sicht der Befragten beide gleichzeitig oder wechselnd. Es finden sich Hinweise darauf, dass Frauen türkischer Herkunft signifikant häufiger Zeuginnen elterlicher Gewalt geworden waren (32%) als Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion (24%) und beide wiederum häufiger als Frauen deutscher Herkunft (15%, vgl. Tabelle 40). Dies korrespondiert auch mit den erhöhten eigenen Gewaltbetroffenheiten der Frauen türkischer Herkunft durch Partnergewalt im Erwachsenenleben.

Frauen, die Opfer und/oder Zeuginnen von Gewalt in Kindheit und Jugend geworden waren, erlebten signifikant häufiger auch im späteren Erwachsenenleben körperliche, psychische und/oder sexuelle Gewalt. Der vorliegenden Auswertung nach waren Frauen, die psychische Gewalt in der Kindheit erlebt hatten, etwa doppelt so häufig im späteren Erwachsenenleben psychischer und/oder körperlicher Gewalt ausgesetzt und sie erfuhren dreimal häufiger als Nichtbetroffene sexuelle Gewalt.⁸⁵ Frauen, die elterliche körperliche Gewalt in der Kindheit erfahren hatten oder Zeuginnen von Gewalt zwischen den Eltern geworden waren, erlebten doppelt so häufig sexuelle Gewalt im späteren Erwachsenenleben und um etwa 50–60% häufiger psychische und körperliche Gewalt als nicht davon Betroffene; sie waren zudem doppelt so häufig im späteren Erwachsenenleben von körperlicher oder sexueller Gewalt in Paarbeziehungen betroffen.⁸⁶ Sehr gravierend ist auch der Einfluss von sexuellem Missbrauch auf das Risiko späterer Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben: hier sind viermal höhere Betroffenheiten durch sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben und um etwa 75% erhöhte Betroffenheiten durch psychische und/oder körperliche Gewalt im Erwachsenenleben und eine etwa doppelt so hohe Betroffenheit von körperlicher oder sexueller Gewalt in Paarbeziehungen feststellbar. Daraus wird ersichtlich, dass alle Formen von Gewalt in Kindheit und Jugend, vor allem aber psychische und sexuelle Gewalt sowie das Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern in gravierender Weise das Risiko für spätere Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben erhöhen und damit mittelbar oder unmittelbar die Gesundheit der Frauen beeinträchtigen können.

Zu bedenken ist, dass Überschneidungen unterschiedlicher Formen von Gewalt in der Kindheit beträchtlich sein können. Opfer von sexuellem Missbrauch erlebten z. B. in der Kindheit zu etwa zwei Dritteln (68%) gleichzeitig elterliche körperliche Gewalt und zu zwei Fünfteln (41%) psychische Gewalt durch die Eltern. Betroffene von elterlicher psychischer Gewalt erlebten mehrheitlich zusätzlich elterliche physische Gewalt (zu 83%) und zu etwa einem Viertel (24%) sexuellen Missbrauch. Elterliche körperliche Gewalt ging bei 29% der Frauen mit psychischer Gewalt und bei 14% mit sexuellem Missbrauch einher. Frauen, die gewalttätige Auseinandersetzungen zwischen den Eltern miterlebt

⁸⁵ Diese Auswertung bezieht sich auf unter 75-jährige Frauen der drei Untersuchungsgruppen, die den schriftlichen Fragebogen ausgefüllt haben.

⁸⁶ Bei elterlicher körperlicher Misshandlung waren um etwa 60%–75% erhöhte Betroffenheiten durch psychische und/oder körperliche Gewalt im Erwachsenenleben und fast dreimal so hohe Betroffenheiten durch sexuelle Gewalt feststellbar.

hatten, waren zu 18% auch von sexuellem Missbrauch betroffen, zu 37% Opfer von elterlicher psychischer und zu 69% Opfer von elterlicher körperlicher Gewalt geworden.

Von allen Befragten gab knapp die Hälfte (47%) an, keine der genannten Formen von Gewalt in Kindheit und Jugend erlebt zu haben. Die folgende Tabelle zeigt Kombinationen von Gewalt in Kindheit und Jugend bei den von Gewalt in der Kindheit Betroffenen auf. Es wird ersichtlich, dass die Mehrheit der Betroffenen (53%) elterliche körperliche Gewalt ohne psychische und/oder sexuelle Gewalt erlebt hat (vgl. Tabelle 41).⁸⁷ Etwa jede Fünfte bis Sechste (18%) war von einer Kombination aus körperlicher und psychischer elterlicher Gewalt betroffen. Allein psychische Gewalt, ebenso wie allein sexuelle Gewalt traten vergleichsweise selten auf (jeweils unter 5%). Die Frauen, die von sexuellem Missbrauch betroffen waren, gaben mehrheitlich ein oder zwei weitere Formen von elterlicher Gewalt an (vgl. Tabelle 41).

Tabelle 41: Kombination verschiedener Formen von Gewalt in der Kindheit.

Fallbasis: Alle Befragten bis unter 75 Jahren, die den schriftlichen Fragebogen ausgefüllt haben.

		Häufigkeit	Prozent alle Befragten	Prozent nur Gewaltbetroffene
Gültig	„nur“ Zeugin von Gewalt zwischen Eltern (keine andere Gewalt)	345	4,1%	7,7%
	nur elterliche psychische (keine körperliche/sexuelle)	185	2,2%	4,1%
	nur körperliche (keine psychische/sexuelle)	2378	28,3%	53,0%
	körperliche und psychische (keine sexuelle)	808	9,6%	18,0%
	sexuelle (und körperliche oder psychische)	293	3,5%	6,5%
	sexuelle und körperliche und psychische	274	3,3%	6,1%
	sexueller Missbrauch ohne andere Formen	204	2,4%	4,5%
	Gesamt	4487	53,4%	100,0%
Fehlend	keine Gewalt	3912	46,6%	
Gesamt		8399	100,0%	

Bei einem Vergleich der Untersuchungsgruppen lassen sich – mit Ausnahme von Gewalt zwischen den Eltern, die von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund häufiger erlebt wurde – keine hoch relevanten und signifikanten Unterschiede in der Kombination unterschiedlicher Formen von Gewalt in Kindheit und Jugend feststellen. Allenfalls eine etwas höhere Betroffenheit der Mädchen mit türkischem Migrationshintergrund durch Formen psychischer Gewalt (mit oder ohne körperliche Gewalt) und ihre etwas geringere Betroffenheit durch körperliche Gewalt (ohne andere Formen) deutet sich an.

⁸⁷ Etwa 16% in dieser Betroffenenengruppe waren Opfer von körperlicher Misshandlung durch die Eltern. Besonders hohe Anteile von körperlicher Misshandlung ließen sich in den Kombinationen körperliche und psychische (57%) und in der Kombination körperliche und psychische und sexuelle Gewalt (66%) finden.

Welche mittelbaren oder unmittelbaren Auswirkungen haben Gewaltereignisse in Kindheit und Jugend auf die spätere Gesundheit der befragten Frauen? Werden alle vier Formen von Gewalt in der Kindheit isoliert betrachtet, dann zeigt sich bei allen Formen ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen Gewaltbetroffenheit und erhöhten körperlichen und psychischen Beschwerden in den letzten 12 Monaten. Werden die möglichen Kombinationen der Gewaltformen betrachtet, dann zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang von erhöhten Beschwerden im körperlichen und psychischen Bereich vor allem bei denjenigen, die psychische und sexuelle Gewalt sowie Kombinationen psychischer, sexueller und körperlicher Gewalt in Kindheit und Jugend erlebt haben.

Demnach haben von denjenigen, die keine direkt gegen sie gerichtete Gewalt in Kindheit und Jugend erlebt haben, 15% mehr als sieben körperliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten benannt, im Vergleich zu 27% der Betroffenen elterlicher psychischer Gewalt, 20% der Betroffenen nur elterlicher körperlicher Gewalt, 35% der Betroffenen von psychischer und körperlicher Gewalt und 31% der Betroffenen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit und Jugend (vgl. Tabelle 42).⁸⁸ Damit sind Betroffene von Gewalt in Kindheit und Jugend, vor allem, wenn es sich um psychische und sexuelle Gewalt oder um Kombinationen aus körperlicher, psychischer und sexueller Gewalt handelte, etwa doppelt so häufig durch ein höheres Ausmaß an Beschwerden im Erwachsenenleben belastet wie Nichtbetroffene.

Tabelle 42: Gewalt in Kindheit und Jugend und Anzahl der körperlichen Beschwerden in den letzten 12 Monaten. Fallbasis: Befragte bis unter 75 Jahren, die den schriftlichen Fragebogen ausgefüllt haben.

		Kombination Formen Gewalt in der Kindheit (grob)				
		keine Gewalt	nur elterliche psychische (keine körperliche/sexuelle)	nur elterliche körperliche (keine psychische/sexuelle)	elterliche körperliche und psychische (keine sexuelle)	Sexueller Missbrauch (oft mit elterlicher körperlicher/psychischer)
Anzahl Beschwerden häufig/gelegentlich	keine	14,8%	7,6%	8,5%	4,1%	6,9%
	1-3	41,4%	32,4%	36,6%	26,9%	26,8%
	4-7	28,8%	33,5%	35,0%	34,0%	34,9%
	mehr als 7	14,9%	26,5%	19,9%	35,0%	31,4%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$P < 0,005$

Ähnliche Tendenzen lassen sich auch mit Blick auf psychische Beschwerden im Erwachsenenleben nachweisen. Betroffene von psychischer und sexueller Gewalt sowie von kombinierten Übergriffen psychischer, physischer und sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend wiesen die höchste Anzahl psychischer Belastungen auf. Auch hier waren Frauen, die keine Gewalt erlebt hatten, etwa doppelt so häufig wie Gewaltbetroffene beschwerdefrei.⁸⁹

⁸⁸ Die Anteile waren bei denjenigen, die nur Zeuginnen von Gewalt zwischen den Eltern geworden waren, nicht signifikant erhöht und wurden in diese Tabelle nicht mit einbezogen.

⁸⁹ Die Anteile waren bei denjenigen, die nur Zeuginnen von Gewalt zwischen den Eltern wurden, mit 39% ebenfalls erhöht und wurden in diese Tabelle nicht mit einbezogen.

Tabelle 43: Gewalt in Kindheit und Jugend und Anzahl der psychischen Beschwerden in den letzten 12 Monaten. Fallbasis: Befragte bis unter 75 Jahren, die den schriftlichen Fragebogen ausgefüllt haben.

		Kombination Formen Gewalt in der Kindheit (grob)				
		keine Gewalt	nur elterliche psychische (keine körperliche/sexuelle)	nur elterliche körperliche (keine psychische/sexuelle)	elterliche körperliche und psychische (keine sexuelle)	Sexueller Missbrauch (oft mit elterlicher körperlicher/psychischer)
Häufigkeit genannten psych. Beschwerden	keine	25,9%	9,2%	16,3%	10,0%	9,6%
	1-3	42,4%	38,4%	42,3%	25,1%	29,6%
	4 und mehr	31,7%	52,4%	41,3%	64,9%	60,8%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$P < 0,005$

Nach multivariaten Auswertungen zum Zusammenhang unterschiedlicher Einflüsse auf die Gesundheit der Befragten (siehe auch Kapitel 5) bestehen sowohl direkte als auch indirekte und mittelbare Zusammenhänge von gewaltbelasteten Kindheitserfahrungen mit der gesundheitlichen Situation im Erwachsenenleben. Sie vermitteln sich unter anderem über fortgesetzte Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben, über die verminderte soziale Einbindung und erhöhte Isolation als Folge von Gewalt in der Kindheit und im Erwachsenenleben, sowie über geringere soziale und Bildungsressourcen, die ebenfalls eine Konsequenz von Gewalt in Kindheit, Jugend und Erwachsenenleben sein können.

Die Daten verweisen insgesamt auf direkte und indirekte langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die durch Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend mit verursacht werden und durch fortgesetzte Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter erhöht bzw. durch die Beendigung von Gewalt abgemildert werden können. So waren Frauen, die entweder in der Kindheit oder im Erwachsenenleben Gewalt erlebt hatten, in höherem Maße gesundheitlich beeinträchtigt als Nichtbetroffene; allerdings gaben Frauen, die sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter mit Gewaltübergriffen konfrontiert worden waren die meisten körperlichen und psychischen Beschwerden an (vgl. Tabelle 44).

Tabelle 44: Gewalt in Kindheit und/oder Erwachsenenleben und Anzahl der körperlichen/psychischen Beschwerden in den letzten 12 Monaten. Fallbasis: Befragte bis unter 75 Jahren, die den schriftlichen Fragebogen ausgefüllt haben.

	Gewalt vor und seit 16. Lebensjahr				Gesamt
	keine Gewalt	nur vor 16	nur ab 16	vor und ab 16	
1. Körperliche Gewalt vor und nach 16. Lebensjahr					
Anteil mehr als 7 körperliche Beschwerden	13,2%	19,0%	21,8%	32,1%	20,1%
Anteil 4 und mehr psychische Beschwerden	27,7%	39,8%	47,3%	60,1%	40,8%
2. Sexuelle Gewalt vor und nach 16. Lebensjahr					
Anteil mehr als 7 körperliche Beschwerden	17,3%	22,9%	32,6%	44,6%	20,0%
Anteil 4 und mehr psychische Beschwerden	35,9%	53,6%	62,4%	71,9%	40,7%
3. Psychische Gewalt vor und nach 16. Lebensjahr					
Anteil mehr als 7 körperliche Beschwerden	13,1%	25,3%	24,3%	39,1%	20,0%
Anteil 4 und mehr psychische Beschwerden	27,8%	51,2%	50,8%	70,4%	40,7%

Dies unterstreicht den relevanten Zusammenhang von Gewaltprävention und Gesundheitsprävention über die unmittelbaren körperlichen Verletzungsfolgen von Gewalt hinaus und die Notwendigkeit, Sorge dafür zu tragen dass Gewalt in der Kindheit verhütet und fortgesetzte Gewalt im Erwachsenenleben verhindert wird, um den massiven gesundheitlichen Folgen von Gewalt wirksam entgegenzutreten.

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

V.

Zusammenschau und Interpretation der unterschiedlichen soziostrukturellen und gewaltbedingten Einflüsse auf die Gesundheit von Frauen

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Die vorangegangenen Analyse haben gezeigt, dass Frauen mit Migrationshintergrund, insbesondere türkische Migrantinnen, hinsichtlich der körperlichen und partiell auch der psychischen Beschwerden einen schlechteren Gesundheitszustand aufwiesen als die anderen Untersuchungsgruppen. Sie waren zudem insbesondere von Gewalt in Partnerschaften häufiger und auch schwerer betroffen. Außerdem wurde sichtbar, in welchem Ausmaß verschiedene Formen von Gewalt in der Kindheit und im Erwachsenenleben die Gesundheit der Betroffenen beeinträchtigen, verstärkt dann, wenn es sich um kumulierte und fortgesetzte Gewalt im Lebensverlauf sowie um Kombinationen unterschiedlicher Formen von Gewalt handelte. Im letzten Schritt der Untersuchung wurde der Zusammenhang dieser unterschiedlichen Einflüsse auf die Gesundheit von Frauen multifaktoriell untersucht. Zunächst wurden verschiedene soziostrukturelle Faktoren und deren mögliche Einflüsse auf die aktuelle gesundheitliche Situation der Frauen tabellarisch zusammengestellt und in ihrer Relevanz für die psychische und physische Gesundheit von Frauen eingeordnet. Einbezogen wurden neben der Herkunft und Aspekten der Gewaltbetroffenheit soziostrukturelle Faktoren wie soziale Lage, Bildung, berufliche und familiäre Situation, Alter und soziale Einbindung bzw. Isolation. Anhand einer Pfadanalyse wurden dann im nächsten Schritt Zusammenhänge zwischen den relevanten Faktoren untereinander in ihren Wirkungszusammenhängen und ihrem direkten oder vermitteltem Einfluss auf die gesundheitliche Situation der Frauen bestimmt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu erhöhten körperlichen Beschwerden (d. h. mehr als sieben Beschwerdenennungen) und psychischen Beschwerden (d. h. vier und mehr Beschwerdenennungen) für die unterschiedlichen Befragungsgruppen vergleichend dargestellt. Für die nachfolgende Pfadanalyse wurde dann ein komplexeres multivariates Auswertungsmodell gewählt.

Die folgende Tabelle zeigt, dass soziostrukturelle Merkmale wie Alter, ethnische Herkunft, Migrationsstatus, Bildung, Erwerbstätigkeit und Einkommen, sowie Kinder im Haushalt einen signifikanten Zusammenhang mit gesundheitlichen Beschwerden aufweisen. Hinsichtlich der körperlichen und psychischen Beschwerden waren teilweise uneindeutige und gegenläufige Zusammenhänge festzustellen. Am stärksten von mehr als sieben körperlichen Beschwerden belastet waren:

- Frauen der höheren Altersgruppen,
- Frauen türkischer Herkunft,
- Migrantinnen, die längere oder erst sehr kurze Zeit in Deutschland lebten,
- Frauen mit niedrigerem oder keinem Schul- und Ausbildungsabschluss,
- Frauen mit niedrigerem Haushaltseinkommen,

- | erwerbstätige Frauen ,
- | Frauen im Ruhestand,
- | Frauen mit Gewalterfahrungen,
- | und Frauen ohne Kinder im Haushalt.

Viele der genannten Faktoren sind alterskorreliert und auch miteinander verknüpft. Bemerkenswert ist, dass der Grad der sozialen Einbindung und Isolation durch alle Altersgruppen hindurch einen erheblichen Zusammenhang mit der gesundheitlichen und psychischen Situation der Frauen aufweist: Frauen, die stärker sozial isoliert sind, benannten deutlich häufiger ein hohes Ausmaß an psychischen und körperlichen Beschwerden (vgl. Tabelle 45, 3.5).

Die darüber hinaus festzustellende höhere psychische Belastung von Frauen jüngeren und mittleren Alters, von höher gebildeten Frauen und von Frauen mit Kindern kann auch mit stressbedingten Belastungen dieser Altersgruppen und den Schwierigkeiten der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Zusammenhang stehen.

Tabelle 45: Soziostrukturelle Faktoren, ethnische Herkunft und Gewaltbetroffenheit im Zusammenhang mit dem aktuellen Gesundheitszustand nach Anzahl der gesundheitlichen/psychischen Beschwerden in den letzten 12 Monaten. Fallbasis: Befragte bis unter 75 Jahren.

Gesundheitliche und psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten				
	Mehr als 7 körperliche Beschwerden	4 und mehr psychische Beschwerden	Signifikanz	Bemerkungen
1. Alter – alle Befragten				
Unter 35	17,2%	42,6%	**	Positiver Zusammenhang zwischen Alter und körperlichen Beschwerden
35–45	16,6%	43,9%		
45 – unter 75	24,3%	38,0%		
2.1 Ethnische Herkunft – alle Befragten				
deutscher Herkunft	19,9%	40,4%	Körperliche B. ** Psychische B. n. sign.	Positiver Zusammenhang zwischen türkischem Migrationshintergrund und körperlichen Beschwerden
türkischer Herkunft	32,3%	47,0%		
ehemalige SU	20,6%	42,1%		
2.2 Migrationsstatus/Dauer des Aufenthalts in Deutschland – nur Migrantinnen				
in Deutschland geboren und aufgewachsen	29,2%	52,4%	* bei Kontrolle von Herkunft und Altersgruppen n. sign.	Zusammenhänge uneindeutig (korreliert mit Alter, Generation und ethnischer Herkunft)
mehr als 10 Jahre in Deutschland	29,4%	45,0%		
6–10 Jahre in Deutschland	19,2%	37,4%		
bis zu fünf Jahren in Deutschland	24,1%	44,5%		

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Gesundheitliche und psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten

	Mehr als 7 körperliche Beschwerden	4 und mehr psychische Beschwerden	Signifikanz	Bemerkungen
3.1 Bildung – alle Befragten				
ohne Abschluss	24,7%	38,3%	**	Tendenziell positiver Zusammenhang zwischen höherer Bildung und psychischen Beschwerden, negativer Zusammenhang zwischen Bildung und körperlichen Beschwerden
niedrig/mittel	21,3%	38,8%		
hoch	18,6%	44,4%		
3.2 Erwerbstätigkeit der Frau – alle Befragten				
erwerbstätig	17,0%	43,0%	**	Tendenziell negativer Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und körperlichen Beschwerde
nicht erwerbstätig	22,3%	43,2%		
im Ruhestand	26,8%	30,0%		
3.3 Haushaltseinkommen – alle Befragten				
niedrig	27,3%	45,4%	**	Negativer Zusammenhang zwischen hohem Haushaltseinkommen und körperlichen Beschwerden
mittel	22,2%	39,9%		
hoch	16,9%	42,7%		
3.4 Kinder im Haushalt – alle Befragten				
keine Kinder im HH	21,7%	38,4%	*	Positiver Zusammenhang zwischen Anzahl von Kindern im Haushalt und psychischen Belastungen (alterskorreliert)
1–2 Kinder im HH	18,9%	43,6%		
3 und mehr Kinder im HH	17,3%	45,5%		
3.5 Soziale Beziehungen zu anderen Menschen – alle Befragten				
gering	35,9%	62,3%	**	Positiver Zusammenhang zwischen sozialer Isolation und körperlichen wie psychischen Beschwerden
mittel	19,9%	41,4%		
hoch	15,8%	32,3%		

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Gesundheitliche und psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten

	Mehr als 7 körperliche Beschwerden	4 und mehr psychische Beschwerden	Signifikanz	Bemerkungen
4.1 Körperliche Gewalt seit 16. Lebensjahr – alle Befragten				
ja	28,3%	54,8%	**	Positiver Zusammenhang zwischen Gewaltbelastung und körperlichen/psychischen Beschwerden
nein	15,6%	32,1%		
4.2 Psychische Gewalt seit 16. Lebensjahr – alle Befragten				
ja	28,7%	56,0%	**	Positiver Zusammenhang zwischen Gewaltbelastung und körperlichen/psychischen Beschwerden
nein	14,4%	29,5%		
4.3 Sexuelle Gewalt seit 16. Lebensjahr – alle Befragten				
ja	36,3%	64,9%	**	Positiver Zusammenhang zwischen Gewaltbelastung und körperlichen/psychischen Beschwerden
nein	18,1%	37,2%		
4.4 Körperliche oder sexuelle Gewalt in Partnerschaft – alle Befragten				
ja	30,5%	58,4%	**	Positiver Zusammenhang zwischen Gewaltbelastung und körperlichen/psychischen Beschwerden
nein	17,0%	34,8%		
4.5 Körperliche Gewalt in der Kindheit (vor 16. LJ) – nur Befragte mit schriftl. Fragebogen				
ja	25,4%	49,7%	**	Positiver Zusammenhang zwischen Gewaltbelastung und körperlichen/psychischen Beschwerden
nein	15,8%	33,6%		
4.6 Psychische Gewalt (vor 16. Lebensjahr) – nur Befragte mit schriftl. Fragebogen				
ja	35,1%	64,8%	**	Positiver Zusammenhang zwischen Gewaltbelastung und körperlichen/psychischen Beschwerden
nein	17,2%	36,3%		

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Gesundheitliche und psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten

	Mehr als 7 körperliche Beschwerden	4 und mehr psychische Beschwerden	Signifikanz	Bemerkungen
4.7 Sexuelle Gewalt (vor 16. Lebensjahr) – nur Befragte mit schriftl. Fragebogen				
ja	31,4%	60,8%	**	Positiver Zusammenhang zwischen Gewaltbelastung und körperlichen/psychischen Beschwerden
nein	18,8%	38,6%		
4.8 Anzahl genannter unterschiedlicher Formen von Gewalt vor und nach 16. Lebensjahr – nur Befragte mit schriftl. Fragebogen				
Keine Nennung	11,1%	22,0%	**	Positiver Zusammenhang zwischen Gewaltbelastung und körperlichen/psychischen Beschwerden
1–2 Nennungen	17,9%	39,1%		
3–4 Nennungen	29,9%	60,8%		
5–6 Nennungen	49,3%	78,1%		

Auffällig ist die hohe Relevanz von Gewalt für die gesundheitliche Situation der Befragten in den letzten 12 Monaten. Es zeigt sich, dass alle Formen von Gewalt in der Kindheit und im Erwachsenenleben einen hoch signifikanten Zusammenhang mit der körperlichen und psychischen Gesundheitsbelastung der Frauen aufweisen. Hervorzuheben ist hier die Bedeutung von psychischer und sexueller Gewalt, von Gewalt in Paarbeziehungen und die Bedeutung kumulierter und fortgesetzter Gewalt bzw. kombinierter Gewaltformen in Kindheit und Erwachsenenalter (vgl. Abschnitt 4.8, Tabelle 45). Am stärksten von körperlichen und psychischen Beschwerden betroffen waren Frauen, die multiplen Formen von Gewalt in Kindheit und Jugend und zusätzlich im Erwachsenenleben ausgesetzt waren (vgl. ebd., Spalte: 5–6 Nennungen).

In einer Pfadanalyse wurde nun differenzierter geprüft, welche direkten oder indirekten, vermittelten Zusammenhänge die gesundheitsrelevanten Faktoren aufweisen und in welcher Richtung und Stärke sie auf den Gesundheitszustand der Frauen einwirken.⁹⁰ In die Analyse einbezogen wurden verschiedene Indikatoren für den Gesundheitszustand, die die Betroffenheit von Gewalt, sowie soziale Indikatoren, Herkunft und aktuelle Lebenssituation beschreiben.⁹¹ Als Indikatoren für die Gesundheit wurde ein Modell gewählt, das neben der Anzahl der körperlichen und psychischen Beschwerden auch die chronischen Erkrankungen und die subjektive Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes einbezog. Die beiden letztgenannten Aspekte gingen in die Analyse der körperlichen Gesundheit ein, welche – auch wegen der zum Teil gegenläufigen Effekte - getrennt von der psychischen Gesundheit analysiert wurde.

⁹⁰Die folgende Pfadanalyse wurde mit statistischer Beratung und in Kooperation mit Dipl.-Psychologen Dr. Jörg Fichtner durchgeführt.

⁹¹Dabei wurden einige Variablen aus der vorangegangenen Analyse zusammengefasst und umkodiert. Zur Berechnung von Korrelationen wurden nominal skalierte Variablen dummy-kodiert. Den verwendeten Skalen etwa zur Anzahl gesundheitlicher und psychischer Beschwerden, konnte unproblematisch Ordinalskalenniveau unterstellt werden.

Folgende Variablen bildeten den Ausgangspunkt für die Analyse:

1.) Abhängige Variablen für den Gesundheitszustand:

- | GES1: Selbsteinschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes
- | GES2: Anzahl körperlicher Beschwerden in den letzten 12 Monaten
- | GES3: Vorliegen Chronischer Krankheit (ja/nein)
- | GES4: Anzahl psychischer Beschwerden

2.) Unabhängige soziostrukturelle Variablen:

- | SOZ1: Alter
- | SOZ2: Aktueller Umfang von Erwerbstätigkeit
- | SOZ3: Bildungsstatus
- | SOZ4: Haushaltseinkommen der Familie
- | SOZ5: Eigenes Einkommen der Befragten

3.) Unabhängige spezifische Aspekte der Lebenssituation:

- | SIT1: Haushaltsgröße
- | SIT2: Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt
- | SIT3: Index für soziale Beziehungen zu anderen Menschen

Zusätzlich wurde zur Kontrolle von anderen Aspekten bei den Variablen SIT1 und SIT2 überprüft, ob Alleinleben bzw. Kinderlosigkeit für sich genommen einen entscheidenden Einfluss haben.

4.) Unabhängige Variablen für erlebte Gewalt:

- | GEW1: Körperliche oder sexuelle Gewalt allgemein
- | GEW2: Körperliche oder sexuelle Gewalt durch Partner seit 16. Lebensjahr
- | GEW3: Sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend
- | GEW4: Körperliche Gewalt in Kindheit und Jugend
- | GEW5: Sexuelle Belästigung
- | GEW6: Psychische Gewalt/Diskriminierung
- | GEW7: Körperliche Gewalt im Erwachsenenalter
- | GEW8: Sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter

5.) Herkunft

- | HER1: Herkunftsland Bundesrepublik
- | HER2: Herkunftsland Türkei
- | HER3: Herkunftsland Sowjetunion.

Um die grundlegenden Einflüsse der unabhängigen Variablen auf den Gesundheitszustand zu untersuchen, wurden zunächst die Korrelationen bestimmt. Da sich in vorhergehenden Analysen eine Konfundierung maßgeblicher Effekte mit dem Alter ergeben hatten, wurden hierzu Partialkorrelationen berechnet und das Alter durchgängig als Kontrollvariable genutzt.

Zunächst zeigen sich die vier Indikatoren für die gesundheitliche Situation auch unter der Kontrolle der Variablen „Alter“ als deutlich korreliert, wobei das Vorliegen körperlicher Beschwerden am stärksten zum subjektiven Befinden beiträgt und das Vorliegen chronischer Erkrankungen (ein Merkmal, das nur in den Abstufungen ja – nein vorliegt) am wenigsten (vgl. Tabelle 46, grün unterlegter Bereich).⁹³

⁹³ Je näher die Korrelationen gegen eins gehen, desto stärker ist der festgestellte Zusammenhang.

Tabelle 46: Partialkorrelationen (Kontrollvariable Alter)

	GES1: Selbsteinschätzung aktueller Gesundheitszustand	GES2: Anzahl körperlicher Beschwerden in den letzten 12 Monaten	GES3: Vorliegen chronischer Krankheit (ja/nein)	GES4: Anzahl psychischer Beschwerden
GES1: Selbsteinschätzung aktueller Gesundheitszustand	1,000	0,527(**)	0,328(**)	0,381(**)
GES2: Anzahl körperlicher Beschwerden in den letzten 12 Monaten	0,527(**)	1,000	0,339(**)	0,588(**)
GES3: Vorliegen chronischer Krankheit (ja/nein)	0,328(**)	0,339(**)	1,000	0,200(**)
GES4: Anzahl psychischer Beschwerden	0,381(**)	0,588(**)	0,200(**)	1,000
Gewalt				
GEW0: Gewalt in aktueller Partnerschaft	0,069(**)	0,114(**)	0,028(**)	0,158(**)
GEW1: Körperliche oder sexuelle Gewalt allgemein	0,118(**)	0,216(**)	0,089(**)	0,231(**)
GEW2: Körperliche oder sexuelle Gewalt durch Partner seit 16. Lebensjahr	0,101(**)	0,198(**)	0,068(**)	0,241(**)
GEW3: Sexuelle Gewalt in der Kindheit	0,113(**)	0,205(**)	0,065(**)	0,241(**)
GEW4: Körperliche Gewalt in der Kindheit	0,060(**)	0,120(**)	0,051(**)	0,152(**)
GEW5: Sexuelle Belästigung	0,039(**)	0,188(**)	0,081(**)	0,238(**)
GEW6: Psychische Gewalt/Diskriminierung	0,127(**)	0,257(**)	0,115(**)	0,301(**)
GEW7: Körperliche Gewalt in Erwachsenenalter	0,111(**)	0,221(**)	0,095(**)	0,258(**)
GEW8: Sexuelle Gewalt in Erwachsenenalter	0,107(**)	0,198(**)	0,078(**)	0,224(**)
Herkunft				
HER1: Herkunft BRD	-0,069(**)	-0,062(**)	0,038(**)	-0,021(*)
HER2: Herkunft Türkei	0,044(**)	0,074(**)	-0,040(**)	0,035(**)
HER3: Herkunft SU	0,051(**)	0,017	-0,014	-0,004
Aktuelle Situation				
SIT1: Haushaltsgröße	-0,038(**)	-0,024(*)	-0,026(**)	0,014
SIT1a: Haushaltsgröße ohne Alleinlebende	-0,007	-0,025(*)	-0,025(*)	0,012
SIT2: Anzahl Kinder im Haushalt	-0,013	-0,016	-0,034(**)	0,053(**)
SIT2a: Anzahl Kinder im Haushalt ohne Kinderlose	-0,003	0,004	-0,013	0,019
SIT2b: Kinder im Haushalt (ja/nein)	-0,012	-0,018	-0,033(**)	0,052(**)
SIT3: Index für soziale Beziehungen zu anderen Menschen	-0,220(**)	-0,166(**)	-0,044(**)	-0,228(**)

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

	GES1: Selbsteinschätzung aktueller Gesundheitszustand	GES2: Anzahl körperlicher Beschwerden in den letzten 12 Monaten	GES3: Vorliegen chronischer Krankheit (ja/nein)	GES4: Anzahl psychischer Beschwerden
Soziostruktur				
SOZ2: Aktueller Umfang von Erwerbstätigkeit	0,133(**)	0,096(**)	0,069(**)	0,009
SOZ3: Bildungsstatus	-0,115(**)	-0,059(**)	-0,004	0,044(**)
SOZ4: Haushaltseinkommen der Familie	-0,154(**)	-0,098(**)	-0,035(**)	-0,047(**)
SOZ5: Eigenes Einkommen der Befragten	-0,076(**)	-0,040(**)	-0,022(*)	0,000

Erläuterung zur Tabelle: In der Tabelle werden Zusammenhänge zwischen allen einbezogenen Variablen und den Variablen zu Gesundheitsproblemen dargestellt, wobei der Einfluss der Variable „Alter“ „herauspartialisiert“ wurde, also nicht mit eingeht. Der Zahlenwert verweist auf die Größe des Zusammenhangs (1=perfekter Zusammenhang), das Vorzeichen auf die Ausrichtung („Minuszeichen“ bedeutet dass z. B. viele soziale Beziehungen mit wenig subjektiven Beschwerden einhergehen) und der Zusatz auf statistische Signifikanz (* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$)

Die Variablen zur Erfassung von Gewalterleben sind stark mit den Gesundheitseinschätzungen korreliert; sie weisen deutlich weniger Zusammenhänge mit dem subjektiven Wohlbefinden oder chronischen Erkrankungen auf, als vielmehr mit körperlichen und insbesondere psychischen Beschwerden.

Die deutlichsten Zusammenhänge zeigen sich zwischen der Anzahl psychischer/körperlicher Beschwerden und psychischer Gewalt (GEW6), sexueller Gewalt und sexueller Belästigung im Erwachsenenleben und in der Kindheit (GEW3, 5, 8), körperlicher und/oder sexueller Gewalt im Erwachsenenalter (GEW1,7) und körperlicher und/oder sexueller Gewalt durch Partner (GEW2).⁹³

Die Zusammenhänge von Gesundheit und Herkunft fallen im Vergleich zu den Zusammenhängen zwischen Gesundheit und Gewalt moderater aus. Sie sind zwar ebenfalls signifikant, allerdings ist die Größe des Zusammenhangs nicht sehr ausgeprägt. Unterschiede finden sich zwischen den Frauen deutscher und türkischer Herkunft in der Hinsicht, dass letztere mehr körperliche Beschwerden und ein schlechteres Gesundheitsempfinden angaben als Frauen deutscher Herkunft. Beim Vorliegen chronischer Erkrankungen verhält es sich umgekehrt.

Im Hinblick auf die aktuelle Lebenssituation ist vor allem der Index für soziale Beziehungen von Bedeutung (SIT3). Dieser ist mit der aktuellen gesundheitlichen Selbsteinschätzung und der Anzahl psychischer Beschwerden korreliert und weist zudem Korrelationen zu körperlichen Beschwerden auf. Ein entsprechender, wenn auch nicht sehr großer Zusammenhang, zeigt sich zwischen Haushaltsgröße (SIT1) und Gesundheitsindizes, indem größere soziale Netzwerke gesundheitsförderlich zu wirken scheinen. Allerdings ist der Zusammenhang bezüglich der Selbsteinschätzung ausschließlich

⁹³ Der Zusammenhang von Gewalt in der aktuellen Partnerschaft (GEW0) ist durch den Zusammenhang von Gesundheit und Gewalt durch aktuelle/frühere Partner sowie der körperlichen/sexuellen Gewalt im Erwachsenenleben (GEW1) mit erfasst. Er weist, wie bereits an anderer Stelle festgestellt wurde, als isolierter Zusammenhang eine nicht so starke Ausprägung auf wie Gewalt durch aktuelle und/oder frühere Partner oder Gewalt im Erwachsenenleben insgesamt, weil es sich bei Gewalt durch frühere Partner oftmals um schwerere Gewalt gehandelt hat als bei Gewalt durch aktuelle Partner und weil zudem kummulierte oder kombinierte Formen von Gewalt in Kindheit und Erwachsenenleben besonders gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit haben, s. o..

durch die Frage „Alleinleben oder nicht“ bestimmt. D. h., dass nicht die Haushaltsgröße per se, sondern die Frage des Alleinlebens relevant ist. Ein umgekehrter, wenn auch schwacher Zusammenhang zeigt sich bezüglich der Anzahl der Kinder im Haushalt. Frauen mit Kindern (SIT2b) nannten mehr psychische Beschwerden als Frauen ohne Kinder, wobei dann die Kinderzahl (SIT2a) nicht bedeutsam erscheint.

Hinsichtlich soziostruktureller Variablen erscheint vor allem das Haushaltseinkommen (SOZ4) der Familie mit den Gesundheitsvariablen korreliert. Insbesondere die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes fällt viel besser aus, je höher das Einkommen ist, aber auch die anderen Indikatoren der Gesundheit sind damit korreliert. Das eigene Einkommen der Frau zeigte sich dagegen weniger stark mit den Gesundheitsvariablen verknüpft; es könnte sein, dass die gesundheitlichen Ressourcen der Frauen vor allem über das Haushaltseinkommen und nicht zentral über das eigene Einkommen mit bestimmt werden. Zusammenhänge ergaben sich auch hinsichtlich der eigenen Erwerbstätigkeit (SOZ2), mit deren Umfang (Teilzeit/Vollzeit) auch die Zahl von körperlichen Beschwerden wächst, wohingegen psychische Beschwerden unbeeinflusst scheinen, d. h. je umfangreicher eine Frau berufstätig ist, desto schlechter ist ihre körperliche Gesundheit, nicht aber ihre psychische. Es ist zu vermuten, dass dieser Zusammenhang auch mit der schwierigen Vereinbarkeit einer Vollzeiterwerbstätigkeit mit Familie, Kindern, Regeneration und sozialen Beziehungen verbunden ist.

Unabhängig von diesen Partialkorrelationen wurde auch der Zusammenhang zwischen Alter (SOZ1) und Gesundheitsvariablen über eine bivariate Korrelation bestimmt, wobei sich – erwartungsgemäß – eine zunehmende Verschlechterung des körperlichen Zustandes und des subjektiven Befindens mit wachsendem Alter zeigt. Dagegen wurde, wie bereits weiter oben sichtbar geworden war, für die Anzahl psychischer Beschwerden der umgekehrte Zusammenhang sichtbar.

Tabelle 47: Bivariate Korrelationen zwischen Alter und Gesundheit

	GES1: Selbsteinschätzung aktueller Gesundheitszustand	GES2: Anzahl körperlicher Beschwerden in den letzten 12 Monaten	GES3: Vorliegen Chronische Krankheit (ja/nein)	GES4: Anzahl psychischer Beschwerden
SOZ1: Alter	0,329(**)	0,135(**)	0,195(**)	-0,105(**)

Für die weitere Auswertung wurde eine Pfadanalyse mit AMOS erstellt (vgl. auch Erläuterungen und Abbildung 1 im Anhang).⁹⁴ Zunächst wurde ein Konstrukt „Gesamt-Gesundheit“ modelliert, das sich aus theoretischen Überlegungen aus den Variablen zur körperlichen Gesundheit unter Ausschluss der psychischen Symptome zusammensetzt.⁹⁵ Da sich diese modellierte Gesamtvariable zur körperlichen Gesundheit stark durch das Alter beeinflusst zeigte, wurde die Variable zur psychischen Gesundheit davon entkoppelt.

⁹⁴ Weitere Erläuterungen zur Methodik siehe Anhang.

⁹⁵ Wie das Pfadmodell im Anhang – entsprechend der aufgezeigten Korrelationen ergibt – ist dieser vor allem mit den stark korrelierten Variablen zu körperlichen Beschwerden und chronischen Erkrankungen (GES2 und GES3) verbunden, während der subjektiven Gesundheitseinschätzung (GES1) weniger Gewicht zukommt.

Weiteren soziostrukturellen Variablen kam auch in diesem Modell keine ausgeprägte Bedeutung zu, allerdings zeigte sich, dass mit höherem Bildungsstatus weniger körperliche gesundheitliche Probleme verbunden waren und dies – erwartbar – auch mit dem Familieneinkommen zusammenhängt, das ebenfalls reziprok mit Gesundheitsproblemen verbunden ist. Je höher also die miteinander zusammenhängenden Aspekte Bildung und Familieneinkommen sind, desto besser war die körperliche Gesundheit der Frauen. Auch ließ sich in diesem Modell eine Wirkung des Familieneinkommens auf die soziale Einbindung darstellen, die selbst wieder umgekehrt reziprok auf die Gesamt-Gesundheit wie auch auf die psychische Gesundheit einzuwirken scheint.

Während sich direkte Einflüsse der Herkunft auf die Gesundheit oder der Herkunft über die die Gewalterfahrung auf die Gesundheit nicht abbilden lassen, zeigte sich immerhin ein indirekter Einfluss einer Herkunft aus Deutschland mit Bildungsstatus, Einkommen und sozialer Einbindung, und damit mittelbarer Einfluss der sozialen Lagen auf die Gesundheit. Das bedeutet, dass der schlechtere gesundheitliche Zustand eines Teils der Migrantinnen in Deutschland überwiegend mit den schwierigeren sozialen Lagen der Frauen und nicht überwiegend mit den Gewalterfahrungen in Zusammenhang steht. Insbesondere Frauen türkischer Herkunft haben, wie vorangegangene Auswertungen zeigen,⁹⁶ zu großen Anteilen ein deutlich geringeres Bildungs-/Ausbildungsniveau und Einkommen, sind mit Blick auf enge vertrauensvolle soziale Beziehungen schlechter sozial und mit Blick auf gesicherte Erwerbsarbeitsverhältnisse schlechter beruflich eingebunden;⁹⁷ deren problematische gesundheitliche Situation dürfte der vorliegenden Analyse nach überwiegend auf diese Aspekte zurückzuführen sein.

Bezüglich der Variablen zu Gewalterfahrungen zeigen sich eine Reihe von – teilweise redundanten – Einflüssen: Mit Erfahrung von psychischer Gewalt und Diskriminierung gehen auch nach diesem Modell psychische Beschwerden und außerdem ein geringeres Maß sozialer Integration einher, während ein direkter Einfluss auf die Gesamt-Gesundheit nicht abgebildet werden kann. Sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter ist ebenfalls mit psychischen Beschwerden und darüber vermittelt mit körperlichen Beschwerden verbunden. Körperliche Gewalt im Erwachsenenalter hat in diesem Modell vor allem über den Zusammenhang mit psychischer Gewalt einen Einfluss auf die Gesundheit der Befragten. Beide Gewaltformen (körperliche und sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben) sind – da Gewalt gegen Frauen weit überwiegend Gewalt durch Beziehungspartner ist – stark durch das Erleben von Gewalt in der Partnerschaft (GEW2) geprägt, die wiederum häufig im Verbund mit psychischer Gewalt auftritt. Auch hier wird wieder sichtbar, dass die Kummulation und Kombination unterschiedlicher Gewaltformen eine herausragende Rolle spielt und körperliche Gewalt in Verbindung mit psychischer (und/oder sexueller Gewalt) in Partnerschaften besonders negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen zu haben scheint.

Schließlich lässt sich in dem Modell auch die Auswirkung von Gewalterfahrungen in der Kindheit auf Gesundheit und spätere Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben abbilden: Erfahrungen von elterlicher körperlicher Gewalt vor dem 16. Lebensjahr die, wie weiter oben bereits gezeigt wurde, häufig auch mit psychischer und sexueller Gewalt

96 Vgl. Schröttle 2006.

97 Vgl. Schröttle 2006 sowie unveröffentlichte Auswertungen zu Gewalt gegen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland (Schröttle/Condon 2005)

kombiniert sind, scheinen besonders mit sexuellen Gewaltbetroffenheiten im Erwachsenenalter verbunden zu sein. Sexuelle Gewalt in der Kindheit scheint vor allem über die Auswirkungen auf eine später stärkere soziale Isolierung, sowie über psychische Gewalt im Erwachsenenleben und über (körperliche und sexuelle) Gewalt in der Partnerschaft Auswirkungen auf die Gesundheit der Frauen zu haben.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Das Modell vermag einige wichtige – und ausschließlich signifikante Zusammenhänge – abzubilden und erfasst mit den überprüften und zum Teil nicht integrierten Variablen den besten Erklärungszusammenhang zwischen Gewalterfahrung, Migration, soziostrukturellen Variablen und Gesundheitserleben. Dennoch wirken auf die Gesundheit und das Gesundheitserleben noch weitere, hier nicht erfasste andere Variablen ein (z. B. gesundheitliche Prädispositionen, Ernährung, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten), so dass eine vollständige Erklärung nur anhand der einbezogenen Faktoren unrealistisch wäre. Hierzu können weitere Untersuchungen Aufschluss geben. Deutlich wird in der vorliegenden multifaktoriellen Auswertung jedoch der herausragend hohe Stellenwert von Gewalterfahrungen im Lebensverlauf sowie die Bedeutung von sozialer Einbindung und Isolation für die Gesundheit von Frauen.

VI.

Fazit und Ausblick

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Die vorliegende Sonderauswertung zum Zusammenhang von Gewalt, Gesundheit und Migration verweist darauf, dass Frauen in Deutschland nicht nur in hohem Maße von Gewalt betroffen sind, sondern dass diese Gewaltbelastungen – gerade auch im Vergleich mit anderen soziostrukturellen Faktoren – einen beträchtlichen negativen Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen haben. Die Ergebnisse der Studie unterstreichen in diesem Zusammenhang die hohe Bedeutung von konstruktiven/destruktiven Familien- und Paarbeziehungen in der Kindheit und im Erwachsenenalter und der eng damit zusammenhängenden Einbindung in befriedigende soziale Beziehungen und Bezüge für die gesundheitliche Situation von Frauen.⁹⁸

Körperliche und psychische Belastungen der Frauen infolge von Gewalt zeigten sich in besonders auffälliger Weise bei psychischer und sexueller Gewalt, die gerade in Familie und Partnerschaft häufig in Verbindung mit körperlicher Gewalt auftritt, sich oft von der Kindheit ins Erwachsenenleben hinein fortsetzt und dann in besonderem Maße zu gravierenden gesundheitlichen und psychischen Belastungen beitragen kann. Abgesehen von den direkten Verletzungsfolgen der Gewalt wurden erhöhte gesundheitliche Beschwerden gewaltbetroffener Frauen vor allem im somatischen und psychosomatischen Bereich (z. B. Magen-/Darmprobleme, Schmerzsymptome, gynäkologische Beschwerden, reproduktive Gesundheit) erkennbar. Gewalt ist zudem, wie die Aussagen gewaltbetroffener Frauen zeigen, mit erhöhten psychischen Beschwerden, etwa Stress- und Belastungssymptomen, Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit, Depressionen, Suizidgedanken, Angst- und Panikattacken, Leistungseinschränkungen und Essstörungen verbunden. Dies kann auch zu erhöhtem Konsum von Alkohol, Tabak, Drogen und psychotropen Medikamenten beitragen und darüber die Gesundheit von Frauen weiter negativ beeinflussen.

Den problematischen Folgen von Gewalt, die über unterschiedliche soziale Lagen und ethnische Hintergründe hinweg bei Frauen mit und ohne Migrationshintergrund wirksam sind, gilt es im Rahmen der Gesundheitsversorgung und Prävention breitere Aufmerksamkeit zu widmen. Gesundheitsprävention ist, wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie nahe legen, ohne Gewaltprävention nicht denkbar und andersherum benötigt Gewaltprävention den Gesundheitssektor, da Gewaltbetroffenheiten hier als erstes und am häufigsten institutionell sichtbar werden (vgl. auch Müller/Schröttle 2004).

⁹⁸ Dies trifft sicherlich auch für Männer zu, was aber in weiteren Untersuchungen zur Männergesundheit noch zu eruieren ist. Vgl. zu Defiziten in diesem Forschungsfeld auch RKI 2008.

Als besonders vulnerable Gruppe im Hinblick auf Gewaltübergriffe einerseits und gesundheitliche Belastungen andererseits wurden Frauen mit türkischem Migrationshintergrund identifiziert. Sie sind nicht nur häufiger und schwereren Gewaltübergriffen in der aktuellen Partnerschaft ausgesetzt, sondern auch häufiger von nicht gewaltbedingten körperlichen und psychischen Beschwerden betroffen. Dieser Befund verweist auf das Erfordernis sehr differenzierter Handlungs- und Interventionskonzepte. Diese müssen den Bedarfen gewaltbetroffener Frauen mit und ohne Migrationshintergrund angepasst sein und die interkulturelle Diversität der unterschiedlichen Migrationsgruppen berücksichtigen. Hier sind weiterreichende Präventions- und Unterstützungskonzepte für gewaltbetroffene Frauen mit Migrationshintergrund auf- und auszubauen, die sinnvollerweise auch mit Konzepten der Gesundheitsprävention abgestimmt und verknüpft sein sollten.

Erhöhte Risiken einer Viktimisierung durch Partnergewalt konnten darüber hinaus bei Frauen unterschiedlicher sozialer und ethnischer Herkunft in bestimmten Lebens- und Umbruchphasen wie z. B. Familiengründung, Schwangerschaft und Geburt sowie Trennung und Scheidung festgestellt werden. Auch hiervon waren Frauen mit türkischem Migrationshintergrund in erhöhtem Maße betroffen. In weiteren Risikofaktorenanalysen, die derzeit im Auftrag des BMFSFJ erstellt werden, wird geprüft, wo besonders stark eskalierende Gewalt vorliegt, welche Bevölkerungsgruppen betroffen sind und welche gewaltfördernden bzw. gewaltvermindernden Rahmenbedingungen die Problematik beeinflussen.

Die häufig schwierigere soziale Situation von Frauen türkischer Herkunft mit Blick auf Erwerbsbeteiligung, Einkommen, Bildung und Ausbildung sowie Vereinbarkeit von Familie und Beruf stellt – wie die vorliegende Studie zeigt – einen relevanten Einflussfaktor für die Gesundheit von Frauen dar. Zentral für die Gesundheit sind unabhängig von der ethnischen Herkunft die Einbindung in enge, vertrauensvolle soziale Beziehungen und soziale Bezüge. Auch in dieser Hinsicht schaffen die Migrationssituation, Gewaltbetroffenheiten und schwierige soziale Lagen unterschiedliche Ausgangsbedingungen, die direkt oder indirekt die Gesundheit von Frauen beeinträchtigen können. Defizite in der Gesundheit von türkischen Migrantinnen sind nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie nicht unmittelbar auf den ethnischen Hintergrund oder auf generell höhere Gewaltbelastungen zurückzuführen. Ursächlich sind vielmehr komplexe soziale Problemkonstellationen, die eng mit der sozialen Lage, eingeschränkten Bildungsmöglichkeiten und sozialer Isolation sowie gesellschaftlicher Diskriminierung verbunden sind. Letztlich ist es sowohl bei Frauen mit wie auch bei Frauen ohne Migrationshintergrund das Zusammenspiel dieser Faktoren, das einerseits die gesundheitliche Situation und andererseits die Vulnerabilität und das Risiko für fortgesetzte Gewaltübergriffe in Familie/Partnerschaft erhöhen bzw. die Beendigung von gewaltbelasteten Beziehungen erschweren kann.

Insofern ist eine berufliche und soziale Förderung und Unterstützung von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund, insbesondere vor und während der Familien(gründungs)phase, aber auch deren unabhängige ökonomische Absicherung und psychosoziale Unterstützung im Kontext von Trennung und Scheidung eine zentrale Voraussetzung, um sowohl die Gesundheit von Frauen zu verbessern als auch deren Gewaltbelastungen zu vermindern. Umgekehrt können die Reduzierung von Gewaltübergriffen durch

verbesserte psychosoziale Unterstützung und der Abbau von psychischen/sozialen Diskriminierungen die individuelle Leistungsfähigkeit der Frauen sowie ihre berufliche und soziale Integration fördern. Dies trägt wiederum zur Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit der Frauen bei und lässt zudem mittelbare und unmittelbare positive Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage und Gewaltsituation von Kindern und nachfolgenden Generationen erwarten. Insofern gehören soziale und berufliche Förderung von Frauen, Gesundheitsförderung und Gewaltprävention als untrennbare Bestandteile zusammen, wenn die Situation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland verbessert werden soll.

Literaturverzeichnis

- Arias, I. (2004):** The Legacy of Child Maltreatment: Long-Term Health Consequences for Women. In: *Journal of Women's Health*, Vol. 13, No. 5, 468–473.
- Aschenbrenner, K./Aschenbrenner, F./Kirchmann, H./Strauß, B. (2004):** Störungen des Esssverhaltens bei Gymnasiasten. In: *Psychotherapeutischer Praxis*, 54, T1–T13.
- Berg, G. (1995):** Ausländische Frauen und Gesundheit. *Migration und Gesundheit*. In: *Bundesgesundheitsblatt*, Vol. 2, 46–51.
- Bergman, B./Brismar, B. (1991):** Suicide attempts by battered wives. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* Vol. 83, No. 5, 380–384.
- Boos-Nünning, U. (2004):** Frauen in der Migration. Referat. Freiburg. Sozialdienst katholischer Frauen. Frühjahrszentrale
http://www.skf-zentrale.de/Frauen_in_der_Migration.pdf, 3.4.2007.
- Borde, T./Braun, T./David, M. (2003):** Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde, T./David, M. (Hrsg.): *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Prisma Verlagsdruckerei: Frankfurt/Main.
- Borde, R./David, M./ Kentenich, H. (1999):** Wissen über den weiblichen Körper von deutschen und türkischen Patientinnen einer Frauenklinik. In: *BZgA Forum* 2, 12–20.
- Bradley, F./Smith, M./Long, J./O'Dowd, T. (2002):** Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. In: *British Medical Journal*, Vol. 324, 1–6.
- Brzank, P./Hellbernd, H./Maschewsky-Schneider, U. (2004):** Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf – Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der S.I.G.N.A.L.-Begleitforschung. In: *Das Gesundheitswesen*, 66, 164–169.
- Brucks, U. (2004):** Migration und psychische Gesundheit: Der blinde Fleck der medizinischen Versorgung in Deutschland. In: *psychoneuro*, Vol. 30, Nr. 4, 228–231.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit (2001):** Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland (Erster Frauengesundheitsbericht). Kohlhammer: Berlin.
- Bussmann, K. D. (2002):** Studie zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung und der begleitenden Kampagne „Mehr Respekt vor Kindern“. Abschlussbericht. Elternstudie, Halle-Wittenberg.
- Bussmann, K. D. (2005):** Report zur Studie Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung für das BMJ. Berlin.
- Campbell, R./Sullivan, C. M./Davidson, W. S. (1995):** Women who use Domestic Violence Shelters: Changes in Depression Over Time. In: *Psychology of Women Quarterly*, Vol. 19, 237–55.
- Campbell, J. C./Kub, J./Belknap, R. A./Templin, T. (1997):** Predictors of Depression in Battered Women. In: *Violence against Women*, Vol. 3, No. 3, 271–293.
- Campbell, J. C./Soeken, K. (1999):** Women's Responses to Battering Over Time: An analysis of Change. In: *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 14, No. 1, 21–40.
- Campbell J. (2002):** Health consequences of intimate partner violence. In: *The Lancet*, Vol. 359, 1331–1336.
- Cohen, M./Deamant, C./Barkan, S./Richardson, J./Young, M./Holman, S./Anastos, K./Cohen, J./Melnick S. (2000):** Domestic Violence and Childhood Sexual Abuse in HIV-Infected Women and Women at Risk for HIV. In: *American Journal of Public Health*, Vol. 90, No. 4, 560–565.

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Coid, J./Petruckevitch, A./Chung, W.-S./Richardson, J./Moorey, S./Feder, G. (2003): Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. In: *British Journal of Psychiatry*, Vol. 183, 332–339.

Coker, A. L./Smith, P. H./Bethea, L./King, M. R./McKeown, R. E. (2000): Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence. In: *Archives of Family Medicine*, Vol. 9, 451–457.

Collatz, J. (2000): Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentrische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: Gardemann, J./Müller, W./Remmers, A. (Hrsg.): *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen*. Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, 33–58.

Condon, S./Schröttle, M. (2006): „Häusliche Gewalt gegen Migrantinnen und Nicht-Migrantinnen – Mythos und Realität kultureller Unterschiede. Eine vergleichende Sekundäranalyse zu Gewalterfahrungen, Paarbeziehungsmustern und Lebensumständen von Migrantinnen und Nicht-Migrantinnen in Deutschland und in Frankreich“. Ein Forschungsprojekt des Interdisziplinären Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld in Kooperation mit dem Institut National d'Etudes Demographiques (INED), France. Teilfinanziert aus HWP-Mitteln der NRW Forschungsförderung. Unveröff. Forschungsdokumentation, Bielefeld 2006. Ergebnisse in Teilen veröff. in: Schröttle 2006 und Schröttle/Condon 2005.

Counts, D. A. (1987): Female Suicide and Wife Abuse: a Cross-Cultural Perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 17, No. 3, 194–204.

Danielson, K. K./Moffitt, T. E./Caspi, A./Silva, P.A. (1998): Comorbidity Between Abuse of an Adult and DSM-III-R Mental Disorders: Evidence from an Epidemiological Study. In: *American Journal of Psychiatry*, Vol. 155, No. 1, 131–133.

David, M. (2001): Aspekte der gynäkologischen Betreuung und Versorgung von türkischen Migrantinnen in Deutschland. Habilitationsschrift zur Erlangung der Lehrbefähigung für das Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät Charité der Humboldt Universität zu Berlin.

Deegener, Günther (2006): Erscheinungen und Ausmaße von Kindesmisshandlung in Deutschland. In: Schröttle, Monika/Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg. 2006). *Gewalt. Beschreibungen – Analysen – Prävention*. Schriftenreihe der Bundeszentrale für Politische Bildung. Bonn.

Dickinson, L. M./deGruy III, F. V./Dickinson, W. P./Candib, L. M. (1999): Health-Related Quality of Life and Symptom Profiles of Female Survivors of Sexual Abuse. In: *Archives of Family Medicine*, Vol. 8, 35–43.

Diefenbach, H./Weiß, A. (2006): Zur Problematik der Messung von „Migrationshintergrund“ In: *Münchener Statistik*, 3. Quartalsheft, 1–14.

El-Bassel, N./Gilbert, L./Wu, E./Go, H./Hill, J. (2005): Relationship Between Drug Abuse and Intimate Partner Violence: A Longitudinal Study Among Women Receiving Methadone. In: *American Journal of Public Health*, Vol. 95, No. 3, 465–470.

Erbslöh, B./Schäfer, R./Hömborg, E./Schroer, J. (2004): Kinderbericht 2004: Zur Lebenslage von Kindern in Essen Teil 1. Befunde, Handlungsansätze, Empfehlungen. Herausgegeben von der Stadt Essen im Auftrag des Oberbürgermeisters Essen.

Felitti, V. J. (1991): Long-term Medical Consequences of Incest, Rape, and Molestation. In: *Southern Medical Journal*, Vol. 84, No. 3, 328–331.

Follette, V. M./Polusny, M. A./Bechtle, A. E./Naugle, A. E. (1996): Cumulative Trauma: The Impact of Child Sexual Abuse, Adult Sexual Assault, and Spouse Abuse. In: *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 9, No. 1, 25–35.

- Garcia-Linares, M. I./Sanchez-Lorente, S./Coe, C. L./Martinez, M. (2004):** Intimate Male Partner Violence Impairs Immune Control Over Herpes Simplex Virus Type 1 in Physical-ly and Psychologically Abused Women. In: Psychosomatic Medicine, Vol. 66, 965–972.
- Gelles, R. J./Harrop, J. W. (1989):** Violence, Battering, and Psychological Distress Among Women. In: Journal of Interpersonal Violence, Vol. 4, No. 4, 400–420.
- Golding, J. M. (1994):** Sexual Assault History and Physical Health in Randomly Selected Los Angeles Women. In: Health Psychology, Vol. 13, No. 2, 130–138.
- Golding, J. M. (1996):** Sexual Assault History and Limitations in Physical Functioning in Two General Population Samples. In: Research in Nursing and Health, Vol. 19, 33–44.
- Grisso, J. A./Schwarz D. F./Hirschinger N./Sammel, M./Brensinger, C./Santanna, J./Lowe, R. A./Anderson, E./Shaw, L. M./Bethel, C. A./Teepie, L. (1999):** Violent Injuries Among Women In An Urban Area. In: The New England Journal of Medicine, Vol. 341, No. 25, 1892–1898.
- Hölling, H./Schlack, R. (2007):** Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, – Gesundheitsschutz 5/6, 794–799.
- Houskamp, B. M./Foy, D.W. (1991):** The Assessment of Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women. In: Journal of Interpersonal Violence, Vol. 6, No. 3, 367–375.
- Iglesias, E./Robertson, E./Johansson, S. E./Engfeldt, P./Sundquist, J. (2003):** Women, international migration and self-reported health. A population-based study of women of reproductive age. In: Social Sciences & Medicine, Vol. 56, 111–124.
- Kaslow, N. J./Thompson, M. P./Okun, A./Price A./Young, S./Bender, M./Wyckoff, S./Towmey, H./Goldin, J./Parker, R. (2002):** Risk and Protective Factors for Suicidal Behavior in Abused African American Women. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 70, No. 2, 311–319.
- Kavemann, B./Kreyssig, U. (Hrsg. 2006):** Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Kentenich, H./David, M./Yüksel, E./Pette, G. M. (2000):** Türkische Patientinnen in der Gynäkologie: Probleme Missverständnisse – Lösungsansätze. In: Gardemann, J./Müller, W./Remmers, A. (Hrsg.): Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, 121–143.
- Kimerling, R./Calhoun, K. S. (1994):** Somatic Symptoms, Social Support, and Treatment Seeking Among Sexual Assault Victims. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 62, No. 2, 333–340.
- Kirkcaldy, B./Wittig, U./Merbach, M./Siefen, R. G. (2006):** Migration und Gesundheit: Psychosoziale Determinanten. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 49, Nr. 9, 873–883.
- Korporal, J./Dangel, B. (2006):** Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter. IPG. Expertise. O.J., Berlin. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/korporal-gesundheit-von-migrantinnen-migranten,property=pdf,bereich=rwb=true.pdf>.
- Koss, M. P./Woodruff, W. J./Koss, P. G. (1990):** Relation of Criminal Victimization to Health Perceptions Among Women Medical Patients. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 58, No. 2, 147–152.
- Leserman, J./Drossman, D. A./Li, Z./Toomey, T. C./Nachman, G./Glogau, L. (1996):** Sexual and Physical Abuse History in Gastroenterology Practice: How Types of Abuse Impact Health Status. Psychosomatic Medicine, Vol. 58, 4–15.

- Lown, E. A./Vega, W. A. (2001):** Intimate Partner Violence and Health: Self-Assessed Health, Chronic Health, and Somatic Symptoms Among Mexican American Women. In: Psychosomatic Medicine, Vol. 63, 352–360.
- Mansel, J./Hurrelmann, K. (1993):** Psychosoziale Befindlichkeit junger Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. In: Soziale Probleme, Vol.4, No. 2, 167–192
- Maman, S./Mbwambo, J. K./Hogan, N. M./Kilonzo, G. P./Campbell, J. C./Weiss, E./Sweat, M. D. (2002):** HIV-Positive Women Report More Lifetime Partner Violence: Findings From a Voluntary Counseling and Testing Clinic in Dar es Salaam, Tanzania. In: American Journal of Public Health, Vol. 92, No. 8, 1331–1337.
- Martinez, M./Schrötte M./Condon, S./Springer-Kremser, M./Timmerman, G./Hagemann-White C./Lenz, H.-J./May-Chahal, C./Penhale, B./Reingardiene, J./Brzank, P./Honkatukia, P./Jaspard, M./Lundgren, E./Piispa, M./Romito, P./Walby, S./Westerstrand, J. (2006):** State of European research on the prevalence of interpersonal violence and its impact on health and human rights.
[http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/CAHRVreportPrevalence\(1\).pdf](http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/CAHRVreportPrevalence(1).pdf),
- Martinez, M./Schrötte, M. (2007):** Perspectives and standards for good practice in data collection on interpersonal violence at European level. CAHRV – Report 2007. Coordination Action on Human Rights Violations funded through the European Commission, 6th Framework Programme, Project No. 506348. Veröff. ab Dezember 2007 im Internet unter: <http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/190.htm>.
- McCauley, J./Kern, D. E./Kolodner, K./Dill, L./Schroeder, A. F./DeChant, H. K./Ryden, J./Bass, E. B./Derogatis, L. R. (1995):** The “Battering Syndrome”: Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Practices. In: Annals of Internal Medicine, Vol. 123, No. 10, 737–746.
- McCauley, J./Kern, D. E./Kolodner, K./Dill, L./Schroeder, A. F./DeChant, H. K./Ryden, J./Derogatis, L. R./Bass, E. B. (1997):** Clinical Characteristics of Women With a History of Childhood Abuse: Unhealed Wounds. In: Journal of the American Medical Association, Vol. 277, No. 17, 1362–1368.
- Offermann, C. (2005):** Eßstörungen bei Migrantinnen. In: Marschalck, P./Wiedl, K. H. (Hrsg.): Migration und Krankheit. IMIS: Göttingen, 189–205.
- Porcerelli, J. H./Cogan, R./West, P. P./Rose, E. A./Lambrecht, D./Wilson, K. E./Severson, R. K./Karana, D. (2003):** Violent Victimization of Women and Men: Physical and Psychiatric Symptoms. In: Journal of the American Board of Family Practice, Vol. 16, No. 1, 32–39.
- Raj A./Silverman J.G. (2003):** Immigrant South Asian women at greater risk for injury from intimate partner violence. American Journal of Public Health 93: 435–437
- Razum, O./Zeeb, H./Akgün, H. S. (1998):** Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? In: Tropical Medical International Health, Vol. 3, No. 4, 297–303.
- Razum, O./Jahn A./Blettner, M./Reitmaier, P. (1999):** Trends in maternal mortality ratio among women of German and non-German nationality in West Germany, 1980 to 1996. In: International Journal of Epidemiology, Vol. 28, No. 5, 919–924.
- Razum, O./Geiger, I./Zeeb, H./Ronellenfitsch, U. (2004):** Gesundheitsversorgung von Migranten. In Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 43, Oktober 2004, 1–6.
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=43977>.
- RKI – Robert-Koch-Institut (2005):** Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2005.

RKI – Robert-Koch-Institut (2008): Themenheft der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zum Thema „Gesundheitliche Folgen von Gewalt“, bearbeitet von Monika Schröttle, Claudia Hornberg, Sabine Bohne, Nadia Khelaifat und Andrea Pauli. Unveröff. Manuskript, erscheint vorauss. März 2008.

Roberts, G. L./Williams, G. M./Lawrence, J. M./Raphael, B. (1998): How Does Domestic Violence Affect Women’s Mental Health? In: *Women & Health*, Vol. 28, No. 1, 117–129.

Rogner, J./Bökli, E./Bartram, M. (2005): Emotionales und körperliches Befinden türkischer Einwohner der Stadt Osnabrück. In: Marschalck, P./Wiedl, K. H. (Hrsg.): *Migration und Krankheit*. IMIS: Göttingen.

Schenk, L. (2005): Migrationshintergrund – ein Krankheitsrisiko oder eine Gesundheitschance? In: *Gesundheitswesen*, Vol. 67, 525.

Schlüter-Müller, S. (1992): Psychische Probleme von jungen Türken in Deutschland. Klotz: Eschborn.

Schröttle, M./Müller, U. (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Download der Kurz- und Langfassungen dieser und der folgenden Dokumentationen unter: www.bmfsfj.de (Stichwort → Forschungsnetz → Forschungsberichte)

Schröttle, M./Condon, S. (2005): Ethnicity and Violence. Turkish-Origin Women in Germany and North-African Origin Women in France. Vortrag Universität Sorbonne, CAHRV, European Conference on Interpersonal Violence, 26.–28. September, Paris. (s. a. <http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/about/Conferences.htm>)

Schröttle, M. (2006): Gewalt gegen Migrantinnen und Nicht-Migrantinnen in Deutschland: Mythos und Realität kultureller Unterschiede. In: *IFF-Info*, 23. Jg., Nr. 23/2006, Bielefeld, 105–115. Im Internet unter: <http://www.uni-bielefeld.de/IFF/aktuelles/IffInfoWS0607.pdf>.

Schröttle M./Martinez M./Condon S./Jaspard, M./Piispa, M./Westerstrand J./Reingardiene, J./Springer-Kremser, M./Hagemann-White, C./Brzank, P./ May-Chahal, C./Penhale, B. (2006): Comparative reanalysis of prevalence of violence against women and health impact data in Europe – obstacles and possible solutions. Testing a comparative approach on selected studies. CAHRV – Report 2007. Coordination Action on Human Rights Violations funded through the European Commission, 6th Framework Programme, Project No. 506348. Im Internet unter: www.cahrv.uni-osnabrueck.de.

Schröttle, M./Ansorge, N. (2008): Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen – eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Ein Forschungsprojekt des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Unveröffentlichte Enddokumentation. Berlin (Veröffentlichung vorauss. 2008 auf der Publikationsseite des BMSFJ, <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte.html>)

Spallek, J./Razum, O. (2007): Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. *Medizinische Klinik*, Vol. 102, 6, 451–456.

Thompson, M. P./Kingree, J. B./Desai, S. (2004): Gender Differences in Long-Term Health Consequences of Physical Abuse of Children: Data From a Nationally Representative Survey. *American Journal of Public Health*, Vol. 94, No. 4, 599–604.

Valdes-Stauber, M.-A. (2006): Die psychiatrische Versorgung spanischer Migranten in Deutschland: Evaluation eines Projektes zur stationären-psychiatrischen Behandlung Spanisch sprechender Bürger. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Ludwig Maximilian Universität München.

Walker, E. A./Katon, W. J./Roy-Byrne, P. P./Jemelka, R. P./Russo, J (1993): Histories of Sexual Victimization in Patients with Irritable Bowel Syndrome or Inflammatory Bowel Disease. In: American Journal of Psychiatry, Vol. 150, No. 10, 1502–1506.

Weilandt, C./Rommel, A./Raven, U. (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Enquete-kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) e. V.: Bonn.

Weiss, R. (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migantinnen und Migranten. Seismo Verlag :Zürich.

Wetzels, P./Pfeiffer, C./Enzmann, D. (1999): Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen. Hannover.

Wimmer-Puchinger, B./Wolf, H./Engleder, A. (2006): Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 49, Nr.9, 884–92.

Wingood G. M./DiClemente, R.J./Raj, A. (2000): Adverse Consequences of Intimate Partner Abuse among Women in Non,-Urban Domestic Violence Shelters. In: American Journal of Preventive Medicine, Vol. 19, No.4; 270–275.

Wittig, U./Merbach, M./Siefen, R.G./Brähler, E. (2004): Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. In: Gesundheitswesen, Vol. 66, 85–92.

Yilmaz, A.T./Battegay, R. (1997): Gewalt in der Partnerschaft bei Immigrantinnen aus der Türkei. In: Der Nervenarzt, 68, 884–887.

Zeeb, H./Razum, O. (2006): Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, Vol. 49, Nr. 9, 845–852.

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Tabelle A1: Aktueller Gesundheitszustand nach Herkunft und Altersgruppen

altergrob2				Herkunft			Gesamt
				„deutsch“	„türkisch“	ehem. SU	
bis unter 35 Jahre	Gesundheit allgemein grob	sehr gut/gut	Anzahl	1572	135	145	1852
			%	75,4%	66,2%	68,1%	74,0%
		mittel/ ausreichend	Anzahl	459	62	60	581
			%	22,0%	30,4%	28,2%	23,2%
		schlecht/ sehr schlecht	Anzahl	54	7	8	69
			%	2,6%	3,4%	3,8%	2,8%
	Gesamt	Anzahl	2085	204	213	2502	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
35 bis unter 45 Jahre	Gesundheit allgemein grob	sehr gut/gut	Anzahl	1303	40	42	1385
			%	66,6%	51,9%	51,2%	65,5%
		mittel/ ausreichend	Anzahl	598	35	37	670
			%	30,6%	45,5%	45,1%	31,7%
		schlecht/ sehr schlecht	Anzahl	56	2	3	61
			%	2,9%	2,6%	3,7%	2,9%
	Gesamt	Anzahl	1957	77	82	2116	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
45 bis unter 75 Jahre	Gesundheit allgemein grob	sehr gut/gut	Anzahl	1822	19	53	1894
			%	46,5%	23,5%	30,6%	45,4%
		mittel/ ausreichend	Anzahl	1810	48	108	1966
			%	46,2%	59,3%	62,4%	47,1%
		schlecht/ sehr schlecht	Anzahl	287	14	12	313
			%	7,3%	17,3%	6,9%	7,5%
	Gesamt	Anzahl	3919	81	173	4173	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle A2a: Körperliche Gewalt im Erwachsenenleben und Anzahl körperlicher Beschwerden nach Herkunft.

Herkunft			Viktimisierung körperliche Gewalt seit 16. LJ gesamt		Gesamt	
			ja	nein		
„deutsch“	Anzahl Beschwerden häufig/gelegentlich	keine Beschwerden	Anzahl	209	676	885
			%	6,9%	13,6%	11,1%
		1-3 Beschwerden	Anzahl	933	2041	2974
			%	30,7%	41,1%	37,2%
		4-7 Beschwerden	Anzahl	1058	1488	2546
			%	34,8%	30,0%	31,8%
		mehr als 7 Beschwerden	Anzahl	840	755	1595
			%	27,6%	15,2%	19,9%
	Gesamt	Anzahl	3040	4960	8000	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
„türkisch“	Anzahl Beschwerden häufig/gelegentlich	keine Beschwerden	Anzahl	9	30	39
			%	5,4%	14,9%	10,6%
		1-3 Beschwerden	Anzahl	39	69	108
			%	23,5%	34,3%	29,4%
		4-7 Beschwerden	Anzahl	44	57	101
			%	26,5%	28,4%	27,5%
		mehr als 7 Beschwerden	Anzahl	74	45	119
			%	44,6%	22,4%	32,4%
	Gesamt	Anzahl	166	201	367	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
ehem. SU	Anzahl Beschwerden häufig/gelegentlich	keine Beschwerden	Anzahl	8	39	47
			%	4,2%	13,8%	9,9%
		1-3 Beschwerden	Anzahl	66	110	176
			%	34,6%	38,9%	37,1%
		4-7 Beschwerden	Anzahl	68	86	154
			%	35,6%	30,4%	32,5%
		mehr als 7 Beschwerden	Anzahl	49	48	97
			%	25,7%	17,0%	20,5%
	Gesamt	Anzahl	191	283	474	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle A2b: Körperliche Gewalt im Erwachsenenleben und Anzahl psychischer Beschwerden nach Herkunft.

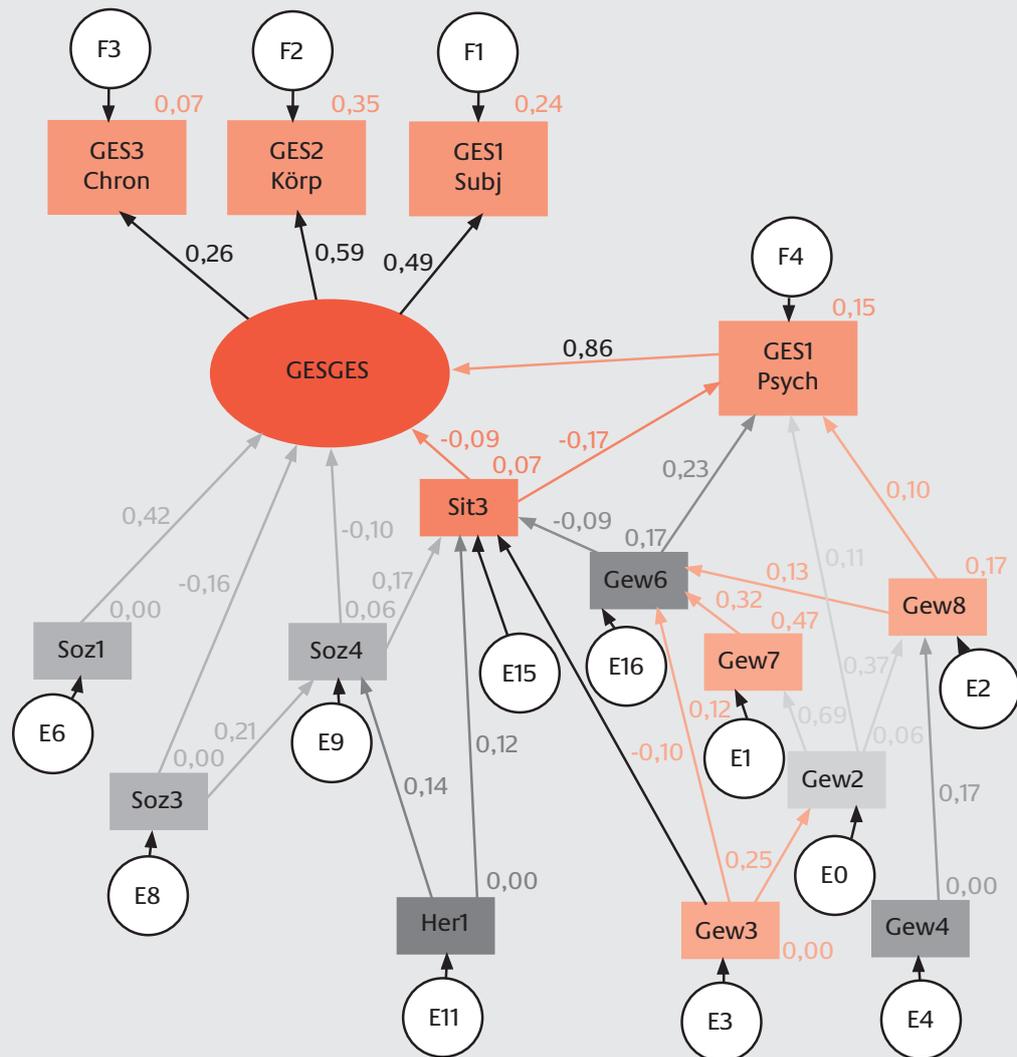
Herkunft				Viktimisierung körperlicher Gewalt seit 16. LJ gesamt		Gesamt
				ja	nein	
"deutsch"	Häufigkeit genannten psych. Beschwerden	keine B. genannt	Anzahl	342	1242	1584
			%	11,3%	25,0%	19,8%
		1-3 Beschwerden	Anzahl	1047	2134	3181
			%	34,4%	43,0%	39,8%
		4 und mehr Beschwerden	Anzahl	1651	1584	3235
			%	54,3%	31,9%	40,4%
Gesamt	Anzahl	3040	4960	8000		
%	100,0%	100,0%	100,0%			
"türkisch"	Häufigkeit genannten psych. Beschwerden	keine B. genannt	Anzahl	18	43	61
			%	10,8%	21,4%	16,6%
		1-3 Beschwerden	Anzahl	43	90	133
			%	25,9%	44,8%	36,2%
		4 und mehr Beschwerden	Anzahl	105	68	173
			%	63,3%	33,8%	47,1%
Gesamt	Anzahl	166	201	367		
%	100,0%	100,0%	100,0%			
ehem. SU	Häufigkeit genannten psych. Beschwerden	keine B. genannt	Anzahl	26	74	100
			%	13,6%	26,1%	21,1%
		1-3 Beschwerden	Anzahl	61	114	175
			%	31,9%	40,3%	36,9%
		4 und mehr Beschwerden	Anzahl	104	95	199
			%	54,5%	33,6%	42,0%
Gesamt	Anzahl	191	283	474		
%	100,0%	100,0%	100,0%			

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Abbildung 1 – Ergebnisse der Pfadanalyse mit AMOS⁹⁹



Modell mit den Parametern, die den besten Erklärungswert besitzen. Andere Variablen oder Zusammenhänge tragen nicht zu einer Verbesserung bei. E- bzw. F-Werte stellen nicht erklärte Fehlerterme dar.

⁹⁹ Amos (Analysis of Moment Structures) ist ein modernes Werkzeug zur Analyse von Strukturgleichungsmodellen mit latenten Variablen. Diesen sehr flexiblen Analyseansatz, häufig auch als Kovarianzstrukturanalyse oder Kausalanalyse bezeichnet, kann man in erster Näherung als Kombination von Regressions- und Faktorenanalyse begreifen. Viele bekannte statistische Auswertungsverfahren können als spezielle Strukturgleichungsanalyse aufgefasst werden (z. B. Regressions-, Varianz-, und Kovarianzanalyse), doch darüber hinaus stellt die Möglichkeit zur Formulierung von Struktur- bzw. Regressionsgleichungen auf der Ebene latenter Variablen eine attraktive Modellierungsoption dar, die ursprünglich vor allem von Karl Jöreskog entwickelt wurde (z. B. Jöreskog & Sörbom 1989). Obwohl die Strukturgleichungsanalyse tendenziell eine eher konfirmatorische (hypothesenprüfende) Methodologie darstellt, erlaubt sie auch eine explorative (hypothesengenerierende bzw. modellsuchende) Datenanalyse. Amos kann seit der Version 5 einen durch optionale Parameter aufgespannten Raum von potentiellen Modellen nach einer „optimalen Lösung“ durchsuchen. Bei dieser Spezifikationsuche werden alle potentiellen Modelle geschätzt und nach diversen Kriterien beurteilt (vgl. Baltés-Götz 2005). Grundlage der Berechnung bilden die oben aufgezeigten Variablen, die z-standardisiert sind und bei denen fehlende Werte durch den Mittelwert Null ersetzt wurden.

Dieses PDF-Dokument ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
es wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de

Stand: April 2008

Gestaltung: KIWI GmbH, Osnabrück

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 018 01/90 70 50*
Fax: 030 18/5 55 44 00
Montag–Donnerstag 9–18 Uhr
E-Mail: info@bmfsfj-service.bund.de

* nur Anrufe aus dem Festnetz, 3,9 Cent
pro angefangene Minute