



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Gesundheit – Gewalt – Migration

Eine vergleichende Sekundär-
analyse zur gesundheitlichen
und Gewaltsituation von Frauen
mit und ohne Migrationshinter-
grund in Deutschland

**Kurzzusammenfassung
zentraler Ergebnisse**



Inhalt

I.	Einleitung.....	4
II.	Fallbasis der Studie.....	5
III.	Zielsetzung und Forschungsfragen.....	6
IV.	Die gesundheitliche Situation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund im Vergleich.....	8
V.	Gesundheitsverhalten im Vergleich der Untersuchungsgruppen.....	11
VI.	Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Versorgung.....	13
VII.	Gewaltbetroffenheit von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund.....	14
VIII.	Gewalt und gesundheitliche Folgen.....	17
IX.	Gewalt, Gesundheit, Migration – Fazit.....	19
X.	Anhang.....	21

I.

Einleitung

In der Untersuchung „Gesundheit, Gewalt, Migration“ wurden die Daten der für das BMFSFJ von 2002 bis 2004 durchgeführten Frauenstudie zur „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ sekundäranalytisch ausgewertet, um den Zusammenhang von Gesundheit, Migrationshintergrund und Gewalt zu beleuchten. Ziel war, 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 beeinflussende Rolle hierbei insbesondere Gewalterfahrungen, Diskriminierung und soziale Ungleichheiten spielen können. In ersten Auswertungen war eine erhöhte Betroffenheit durch Partnergewalt insbesondere bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund festgestellt worden; zudem fanden sich empirische Hinweise auf einen allgemeinen Zusammenhang zwischen Gewalt und negativen Gesundheitsfolgen.

Bislang wurden auf bundesdeutscher und europäischer Ebene weder die gesundheitliche Situation und die damit zusammenhängenden erhöhten Gewaltbelastungen und sozialen Probleme von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund vergleichend empirisch untersucht noch die Verbindungslinien zwischen Migration/ethnischer Herkunft, Gesundheit und Gewalt.¹ Die umfangreichen Befragungsdaten der bundesdeutschen Frauenstudie ermöglichten in dieser Hinsicht erstmals vergleichende Auswertungen, da sie – anders als in bisherigen repräsentativen Untersuchungen zu Gesundheit und zu Gewalt gegen Frauen – aufgrund von fremdsprachigen Interviews und Zusatzstichproben eine erhöhte Anzahl von Migrantinnen einbeziehen konnte.² Anhand von zusätzlichen Interviews in türkischer und russischer Sprache wurden in der Studie die größten in Deutschland lebenden Migrantinnenpopulationen – Frauen türkischer Herkunft und Frauen aus Ländern Osteuropas – erreicht. Hinzu kommt, dass die Befragung vergleichsweise detaillierte Fragen zur gesundheitlichen, psychischen und sozialen Situation der Frauen umfasste, die für die Fragestellung gewinnbringend ausgewertet werden konnten.

1 Vgl. auch Manuela Martinez, Monika 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.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/CAHRVreportPrevalence\(1\).pdf](http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/CAHRVreportPrevalence(1).pdf), S. 16 ff. und S. 49 ff.

2 Vgl. Schröttle/Müller (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin. Download der Kurz- und Langfassungen der Studie im Internet unter: www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=20560.html.

II.

Fallbasis der Studie

Basis der vorliegenden Studie sind Interviews mit 8.023 Frauen deutscher Herkunft, 368 Frauen türkischer Herkunft und 475 Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion im Alter von 16 bis unter 75 Jahren, in denen detaillierte Informationen sowohl zur gesundheitlichen, psychischen und sozialen Situation der Frauen wie auch zu deren unterschiedlichen Gewaltbetroffenheiten innerhalb und außerhalb von Familie und Partnerschaft in der Kindheit und im Erwachsenenleben erhoben wurden. Die ethnische Herkunft der Befragten wurde anhand des Geburtslandes beider Eltern bestimmt sowie – als nachrangigem Kriterium – der Staatsbürgerschaft der Befragten. Dadurch sind Migrantinnen der ersten und zweiten Generation durchgängig und Migrantinnen der dritten Generation nur insofern einbezogen worden, als sie (noch) nicht die deutsche Staatsbürgerschaft innehatten.³ Alle Befragten wurden aus einer repräsentativen Gemeindestichprobe ausgewählt, was eine hohe Qualität und Repräsentativität der Stichprobe gewährleistet.⁴

Die unterschiedlich hohen Fallzahlen ermöglichen Vergleiche zwischen den Untersuchungsgruppen, die allerdings vorsichtig zu interpretieren sind. Dort, wo zu kleine Fallzahlen die Aussagekraft der Ergebnisse beeinträchtigen, wurde dies benannt. In der Analyse wurden aufgrund der unterschiedlich hohen Fallzahlen durchgängig Signifikanztests durchgeführt und zudem wegen der unterschiedlichen Altersgruppenzusammensetzung der Populationen der Einfluss des Alters (und anderer sozialer Faktoren) auf die Ergebnisse kontrolliert.

3 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. Eine weitere Differenzierung nach unterschiedlichen Migrantinnengenerationen, wie sie von Diefenbach/Weiß (vgl. ebd.: Zur Problematik der Messung von „Migrationshintergrund“, in: *Münchener Statistik*, 3. Quartalsheft, 1–14, 2006) vorgeschlagen wird, ist für künftige Untersuchungen zur Thematik wichtig, konnte aber hier auch aufgrund der insgesamt kleinen Fallzahlen nicht vorgenommen werden. In der Studie werden die Begriffe „mit türkischem Migrationshintergrund (oder einem aus der ehemaligen SU)“ und „türkischer Herkunft (Herkunft aus der SU)“ synonym verwendet.

4 Dies bestätigen auch nachträgliche, durch infas durchgeführte Selektivitätsanalysen. Vgl. genauere Informationen zur Methodik und Auswahl der Interviews der Hauptuntersuchung und der Zusatzbefragungen im Methodenbericht der Studie. Im Internet unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/langfassungstudie-frauen,property=pdf,bereich=rwb=true.pdf>, S.730 ff. Dort ist auch der Fragebogen zur Studie abrufbar.



Zielsetzung und Forschungsfragen

Angesichts einer in den letzten Jahren zunehmend polarisierenden gesellschaftspolitischen Diskussion über Migrantinnen und Migranten in Deutschland, die insbesondere Menschen mit türkischem Migrationshintergrund nicht selten pauschal als Problemgruppe darstellt, wurde es als wichtig erachtet, in vergleichenden Untersuchungen zu Frauen mit und ohne Migrationshintergrund Unterschiede und Gemeinsamkeiten und deren Hintergründe differenziert herauszuarbeiten. Nur so kann festgestellt werden, wo tatsächlich Risikogruppen mit erhöhtem bzw. spezifischem Unterstützungsbedarf zu lokalisieren sind und in welchem Maße dies mit Migration und ethnischer Herkunft, aber auch mit anderen sozialen (und individuellen) Faktoren zu tun hat. Pauschalierende und polarisierende Aussagen über „die“ Situation „der“ Migrantinnen können nicht adäquat die vielfältigen Lebenssituationen der Frauen beschreiben, was sich auch bei den vorliegenden Auswertungen zur gesundheitlichen und psychosozialen Situation von Migrantinnen in Deutschland zeigt.

Die Ergebnisse der Studie sollen den Medien und der (Fach-)Öffentlichkeit realistischere Einschätzungen zur Fragestellung des Zusammenhangs von Gesundheit, ethnischem Hintergrund und Gewalt ermöglichen und können von Politik und sozialer 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 ermöglicht, besser herauszuarbeiten, welche Relevanz Faktoren der Migration, des ethnischen Hintergrundes und andere soziale Faktoren haben.

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

1. Wie unterscheiden sich die gesundheitliche Situation, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung bei Frauen mit und ohne Migrationshintergrund bzw. von Frauen mit unterschiedlichem ethnischen Hintergrund in Deutschland?
2. Welchen Einfluss haben Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen in unterschiedlichen Lebensbereichen auf die gesundheitliche und psychische Situation der Betroffenen und welche Unterschiede/Gemeinsamkeiten lassen sich mit Blick auf Migrationshintergrund und ethnische Herkunft der Befragten feststellen?
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?

Anhand der Daten, insbesondere zur sozialen, psychischen und gesundheitlichen Situation der Frauen sowie zur Gewaltbetroffenheit, wurde abschließend im Rahmen einer multivariaten Analyse (Pfadanalyse) untersucht, welche in den vorangegangenen Auswertungen festgestellten gesundheitsbeeinflussenden Faktoren wie untereinander zusammenhängen und in welcher Weise und Richtung sie die gesundheitliche Situation der Befragten beeinflussen. Auf dieser Basis können besonders hoch belastete Gruppen von Frauen identifiziert und beschrieben werden.

IV.

Die gesundheitliche Situation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund im Vergleich

Um Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der gesundheitlichen Situation der Frauen herauszuarbeiten, wurden die Angaben der Befragten zur Selbsteinschätzung des derzeitigen Gesundheitszustandes, zu körperlichen und psychischen Beschwerden in den letzten 12 Monaten, zu Hinweisen auf Essstörungen im Lebensverlauf, gynäkologischen Eingriffen und Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt sowie zu chronischen Erkrankungen und körperlichen Behinderungen herangezogen. Darüber hinaus wurden unfall- und gewaltbedingte Verletzungen im Lebensverlauf untersucht sowie Krankmeldungen bzw. Arbeitsausfälle in Arbeitsstelle/Schule/Ausbildung in den letzten 12 Monaten.

Die Auswertungen des psychischen und physischen Gesundheitszustandes von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund verweisen zunächst darauf, dass Frauen mit Migrationshintergrund den eigenen Gesundheitszustand subjektiv deutlich negativer bewerten als Frauen deutscher Herkunft. Obwohl in allen Befragungsgruppen mehr als die Hälfte der Frauen den aktuellen Gesundheitszustand anhand von Schulnoten als sehr gut oder gut (Note 1–2) bewerteten, gaben in der Tendenz bei beiden Migrantinnengruppen signifikant höhere Anteile eine negative Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes an: Etwa jede fünfte bis sechste Frau mit und jede siebte Frau ohne Migrationshintergrund beurteilte den aktuellen Gesundheitszustand (mit den Schulnoten 4–6) eher als negativ. Eine weniger positive Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes lässt sich vor allem bei den türkischen Migrantinnen ab 45 Jahren feststellen. Während fast die Hälfte der ab 45-jährigen deutscher Herkunft die eigene Gesundheit positiv einschätzte, traf dies auf nur knapp ein Viertel der türkischen Migrantinnen und auf weniger als ein Drittel der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion in dieser Altersgruppe zu. Dies spiegelt sich auch in den von den Frauen benannten gesundheitlichen Beschwerden wider.

In einer Beschwerdeliste mit 31 somatischen Beschwerden nannten insbesondere Frauen mit türkischem Migrationshintergrund deutlich mehr gesundheitliche Belastungen und Beschwerden. Mehr als 7 Beschwerden häufig oder gelegentlich in den letzten 12 Monaten vor der Befragung erlebt zu haben, gab knapp ein Drittel der Frauen türkischer Herkunft (32%) an; bei den anderen Befragungsgruppen war es jeweils ca. ein Fünftel (20–21%). Auch hier zeichnete sich eine Höherbelastung der ab 45-jährigen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund ab.

Die detaillierte Auswertung der Beschwerdelisten ließ erkennen, dass zahlreiche Symptome von Frauen mit Migrationshintergrund, und verstärkt von Frauen türkischer Herkunft, häufiger benannt wurden als von Frauen ohne Migrationshintergrund. So wurden Schmerzsymp-

tome 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 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.

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, von Schmerz- und Belastungssymptomen, angegeben haben.

Scheinbar widersprüchlich dazu ist der Befund, dass Frauen deutscher Herkunft im Vergleich zu den befragten Migrantinnen häufiger angaben, von *chronischen* Erkrankungen und körperlichen Behinderungen betroffen zu sein. Dies kann möglicherweise mit Unterschieden in der Sensibilität für und auch in der (diagnostischen) Wahrnehmung von *chronischen* körperlichen Erkrankungen in Zusammenhang stehen; um das zu verifizieren, wären weitere vergleichende klinische Studien erforderlich. Mit Blick auf körperliche Behinderungen sind die Unterschiede überwiegend auf die höhere Altersgruppenzusammensetzung bei den Befragten deutscher Herkunft zurückzuführen.

Bei der selbst berichteten Betroffenheit durch psychische Beschwerden im Vergleich der Untersuchungsgruppen ergaben sich uneindeutige Tendenzen. Zwar waren hier – wie bei den körperlichen Beschwerden – Frauen türkischer Herkunft in der Tendenz höher belastet, allerdings mehr mit Blick auf einzelne psychische Symptomatiken. So ergaben sich bei Stress- und Überlastungssymptomen wie auch bei Depressionen nach der Selbstauskunft der Frauen keine hoch signifikanten Unterschiede. Allerdings waren insbesondere türkische Migrantinnen in einzelnen Altersgruppen deutlich häufiger von Angststörungen und Panikattacken sowie Schlafstörungen und Suizidgedanken betroffen: 13% gaben an, in den letzten 12 Monaten häufig/gelegentlich Angstanfälle/Panikattacken gehabt zu haben (vs. 7% bzw. 9% bei den anderen Untersuchungsgruppen), 37% waren von Schlafstörungen betroffen (vs. 31%) und 8% hatten häufig/gelegentlich das Gefühl, nicht mehr leben zu wollen (vs. 3% bzw. 5%). Von einigen psychischen Belastungen wie Schwäche/Müdigkeit und Gefühlen von Wertlosigkeit waren beide Migrantinnengruppen, insbesondere jene ab 45 Jahren, deutlich häufiger

figer betroffen als Frauen deutscher Herkunft. Deutliche Hinweise auf Essstörungen fanden sich vor allem bei den höher gebildeten jüngeren Migrantinnen im Alter bis unter 35 Jahren, von denen etwa jede sechste bis siebte Aussagen zustimmte, die eine Betroffenheit durch Essstörungen nahelegen.

Im Hinblick auf Verletzungen im Lebensverlauf waren Frauen deutscher Herkunft zwar häufiger von unfallbedingten Verletzungen wie Knochenbrüchen, Verstauchungen und Muskelrissen betroffen als Frauen mit Migrationshintergrund, was möglicherweise mit deren erhöhter außerhäuslicher Aktivität oder auch anderen Faktoren in Zusammenhang steht. Allerdings **waren die Anteile der Frauen, die gewaltbedingte Verletzungen erlitten haben, bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund deutlich am höchsten.** Eine oder mehrere gewaltbedingte Verletzungen im Lebensverlauf erlebt zu haben, gaben zusammengenommen 13% der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund und jeweils 7–8% der Frauen der anderen Befragungsgruppen an. Dies korrespondiert mit dem Ergebnis, dass Befragte mit türkischem Migrationshintergrund häufiger und schwerere Gewalt im Kontext von Familien- und Paarbeziehungen erlebt haben.

Somit lassen sich mit Blick auf die subjektive Gesundheitseinschätzung und einzelne selbst berichtete psychische Beschwerden und Probleme (z. B. Essstörungen, Selbstwertprobleme, Erschöpfungszustände) erhöhte Belastungen bei beiden Migrantinnengruppen gegenüber Frauen ohne Migrationshintergrund feststellen. Von zahlreichen körperlichen Beschwerden, gewaltbedingten körperlichen Verletzungen im Lebensverlauf und von Angststörungen/Schlafstörungen/Suizidgedanken waren dagegen insbesondere Frauen türkischer Herkunft nach Selbstauskunft am stärksten betroffen. Alles in allem zeichnet sich in der Auswertung der Gesundheitsdaten ein schlechterer Gesundheitszustand beider Migrantinnengruppen, insbesondere aber der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, ab.

V.

Gesundheitsverhalten im Vergleich der Untersuchungsgruppen

In Bezug auf das Gesundheitsverhalten der Frauen konnten in der Untersuchung nur einige wenige Aspekte aufgegriffen werden. Vergleichend analysiert wurden Angaben zum Alkohol-, Tabak-, Medikamenten- und Drogenkonsum sowie Angaben zur außerhäuslichen sportlichen Betätigung der Befragten. Für eine umfassendere Analyse des Gesundheitsverhaltens wäre, noch eine Vielzahl weiterer Aspekte relevant, etwa das Ernährungsverhalten sowie gesundheitsvorsorgende Maßnahmen und diverse andere, die Gesundheit beeinflussende Lebensweisen, die aber im Rahmen der vorliegenden Gewaltprävalenzstudie nicht berücksichtigt werden konnten.

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass nicht generell von einem schlechteren Gesundheitsverhalten marginalisierter und/oder sozial benachteiligter Frauen mit Migrationshintergrund auszugehen ist, sondern dass teilweise sogar 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. Deutlich höher als bei Migrantinnen war bei den Frauen deutscher Herkunft der Anteil derjenigen, die täglich oder bis zu einmal wöchentlich Alkohol konsumierten (zusammengenommen 44% vs. 26% bei Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion und knapp 7% bei Frauen türkischer Herkunft). Zudem wurden erhöhte Mengen von Alkohol innerhalb der letzten 4 Wochen („fünf oder mehr alkoholische Getränke hintereinander getrunken“) in beiden Migrantinnengruppen deutlich seltener konsumiert als von Frauen deutscher Herkunft. Frauen aus den höchsten Bildungs- und Einkommensegmenten tranken am häufigsten ein- oder mehrmals wöchentlich Alkohol.

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. 56% der Frauen deutscher, 46% der Frauen türkischer und 38% der Frauen sowjetischer Herkunft haben schon einmal geraucht; von diesen haben etwa ein Sechstel der Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion und ein Viertel bis ein Drittel der Frauen deutscher und türkischer Herkunft in den letzten 12 Monaten täglich geraucht. Zudem rauchen der Untersuchung nach Frauen aus höheren Einkommens- und Bildungssegmenten seltener und weniger. 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.

Der Konsum illegaler Drogen ist weitgehend auf unter 35-jährige Frauen und hier überwiegend auf Frauen deutscher Herkunft beschränkt. 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 Frauen mit Migrationshintergrund illegale Drogen zu sich genommen. Das Ergebnis ist allerdings vor dem Hintergrund, dass der Konsum von illegalen Drogen tabuisiert und kriminalisiert ist und hier möglicherweise nicht alle Befragungsgruppen in gleicher Weise den Konsum illegaler Drogen angegeben haben, vorsichtig zu interpretieren.

Beruhigungs- und Schlafmittel wurden in den Altersgruppen ab 35 bzw. 45 Jahren häufiger von Migrantinnen als von Frauen deutscher Herkunft konsumiert; dies deckt sich teilweise mit dem Befund einer psychischen Höherbelastung durch Angst- und Schlafstörungen und kann bei Frauen türkischer Herkunft auch mit erhöhten Gewaltbelastungen in Zusammenhang stehen.

Hinsichtlich des Bewegungs- und Sportverhaltens zeichnet sich ein positiveres Gesundheitsverhalten bei Frauen deutscher Herkunft und eine geringere sportliche Betätigung bei *beiden* Migrantinnengruppen ab; die Anteile der Frauen, die angaben, nie außerhäuslich Sport zu treiben, waren bei den Migrantinnen (mit 44% der Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion und 54% der Frauen türkischer Herkunft) deutlich höher als bei Frauen deutscher Herkunft (mit 27%). Dies scheint auch mit sozialen Faktoren und Bildung in Zusammenhang zu stehen, denn ein aktiveres Sport- und Bewegungsverhalten war positiv korreliert mit einem höheren Bildungs- und Ausbildungsstatus der Frauen.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt auf, dass sich das Gesundheitsverhalten aus einer Vielzahl von Aspekten zusammensetzt, die je nach sozialem Hintergrund und sozialer Lage sowie auch je nach Lebensstilen, Lebenssituation und Ressourcen variieren und auch gegenläufig wirken können. Für weitere Untersuchungen wäre – um an den positiven Ressourcen und Verarbeitungsmustern anzuknüpfen – interessant, durch welche Rahmenbedingungen und Einflüsse ein positives Gesundheitsverhalten in unterschiedlichen Bevölkerungs- und Altersgruppen gestärkt werden kann.

VI.

Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Versorgung

Angesichts der gesundheitlichen und psychischen Höherbelastung insbesondere der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund stellte sich im Rahmen der Untersuchung die Frage, ob dies auch eine verstärkte Nutzung von medizinischen, therapeutischen und psychosozialen Hilfen zur Folge hat. 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 nutzen. 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 genutzt haben.

Mit Blick auf psychosoziale Unterstützung infolge von Gewalt scheinen zwar alle Untersuchungsgruppen zu gleich hohen Teilen institutionelle Angebote zu nutzen. Werden die Daten zur Nutzung der Angebote allerdings vor dem Hintergrund erhöhter und schwererer Gewaltbelastungen bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund interpretiert, kann eine Tendenz zur geringeren Inanspruchnahme medizinischer Versorgung und psychosozialer Unterstützung im Kontext von Gewalt in dieser Untersuchungsgruppe dennoch konstatiert werden. In der Kenntnis über therapeutische und psychosoziale Angebote im Kontext von Gewalt zeigte sich ein deutlich geringerer Informationsgrad bei beiden Migrantinnenpopulationen. Während nur 43% bzw. 44% der Migrantinnen angaben, Unterstützungsangebote zu kennen, waren es bei den Frauen deutscher Herkunft 67%. 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.

Inbesondere Frauenhäuser und Beratungsstellen wurden vergleichsweise häufig von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund genutzt, was vor allem auf deren höhere und schwerere Betroffenheit 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 (mehrsprachigen und kulturell sensiblen) therapeutischen Angeboten für gewaltbetroffene Migrantinnen an.

VII.

Gewaltbetroffenheit von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund

Die Auswertungen zur Gewaltbetroffenheit durch inner- und außerhäusliche körperliche, sexuelle und psychische Gewalt verweisen darauf, dass Frauen türkischer Herkunft vergleichsweise häufiger und schwerer von körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt durch den aktuellen Partner betroffen sind. Demgegenüber sind Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion – unabhängig vom Täter-Opfer-Kontext – häufiger sexueller Gewalt und Frauen deutscher Herkunft häufiger sexueller Belästigung ab dem Alter von 16 Jahren ausgesetzt. Psychische Gewalt in unterschiedlichen Lebensbereichen sowie körperliche Gewalt unabhängig vom Täter-Opfer-Kontext haben die Befragungsgruppen in etwa gleich häufig erlebt bzw. ergaben sich hier keine hoch signifikanten oder ausgeprägten Unterschiede zwischen den Befragungsgruppen. Allerdings sind beide Migrantengruppen deutlich häufiger von diskriminierenden Verhaltensweisen durch die Umwelt betroffen.

Im Einzelnen ergaben sich folgende Gewaltbetroffenheiten der Frauen im Erwachsenenleben (ab dem Alter von 16 Jahren):

Tabelle 1: Gewaltbetroffenheit der Untersuchungsgruppen im Vergleich. Fallbasis: Frauen bis unter 75 Jahren

	Herkunft Befragte		
	deutscher Herkunft	türkischer Herkunft	ehem. Sowjetunion
Gewalt – alle Täter			
Körperliche Gewalt – unabhängig vom Täter-Opfer-Kontext	38%	45%	40%
Sexuelle Gewalt (nur strafrechtlich relevante Handlungen)	13%	12%	18%
Sexuelle Belästigung	61%	51%	54%
Psychische Gewalt – unabhängig vom Täter-Opfer-Kontext	42%	44%	45%
Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Alter oder Herkunft	9%	23%	21%
Partnergewalt			
Körperliche oder sexuelle Gewalt durch aktuelle und/oder frühere Partner*	26%	37%	27%
Körperliche oder sexuelle Gewalt durch aktuellen Partner**	13%	29%	17%
Sexuelle Gewalt durch aktuellen Partner**	1%	6%	3%
Psychische Gewalt durch aktuellen Partner (vorläufige Def., 4 und mehr Handlungen)**	6%	20%	14%

* nur Frauen, die schon einmal in einer Partnerschaft gelebt haben

** nur Frauen, die aktuell in Partnerschaft leben

Frauen türkischer Herkunft hatten – unabhängig vom Täter-Opfer-Kontext – mit 45% etwas häufiger körperliche Gewalt erlebt als die beiden anderen Befragungsgruppen (mit 38% bzw. 40%). Zwar waren die Täter bei *allen* Befragungsgruppen überwiegend Partner oder Ex-Partner, allerdings hatten Frauen türkischer Herkunft noch häufiger als die anderen Befragungsgruppen Gewalt durch Partner und Familienangehörige und seltener Gewalt durch unbekannte oder kaum bekannte Personen erlebt. Dies wird auch in deren höherer Gewaltbetroffenheit durch aktuelle und/oder frühere Partner sichtbar. **Inbesondere von körperlicher/sexueller Gewalt durch den aktuellen Partner waren Frauen türkischer gegenüber Frauen deutscher Herkunft doppelt so häufig betroffen** (vgl. Tabelle 1).

Sexuelle Belästigungen, die auf einer Liste von weniger bis hin zu stärker bedrohlichen Handlungen mit und ohne Körperkontakt angegeben werden konnten, wurden am häufigsten von Frauen deutscher Herkunft und am seltensten von Frauen türkischer Herkunft angegeben (vgl. Tabelle 1). Frauen mit türkischem Migrationshintergrund hatten jedoch auch diesbezüglich vergleichsweise häufiger sexuelle Belästigung und sexuelle Übergriffe durch Partner erlebt. Im Hinblick auf erzwungene sexuelle Handlungen gegen den Willen der Frau – also Handlungen, die eindeutig strafrechtlich relevant sind und die in der Untersuchung als sexuelle Gewalt im engeren Sinne definiert wurden – gaben in der Befragung mit 18% anteilmäßig mehr Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion an, diese mindestens einmal erlebt zu haben, als Frauen der anderen Befragungsgruppen (mit 12% bzw. 13%). Ausgeprägte und hoch signifikante Unterschiede zeigten sich hier vor allem **bei den unter 35-Jährigen**. In dieser Altersgruppe waren **Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion mit 23% fast doppelt so häufig von sexueller Gewalt betroffen wie Frauen deutscher und türkischer Herkunft (11% bzw. 12%)**.

Mit Blick auf psychische Gewalt in unterschiedlichen Lebensbereichen hatten zusammengekommen 42% der Befragten angegeben, mindestens eine Situation psychischer Gewalt seit dem Alter von 16 erlebt zu haben, wobei sich hier keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen feststellen ließen. Allerdings wurden Handlungen, die mit Diskriminierungen auch aufgrund der ethnischen Herkunft in Zusammenhang stehen, deutlich häufiger von Frauen mit als von Frauen ohne Migrationshintergrund genannt. So gab gut ein Fünftel (21% bzw. 23%) der Frauen mit Migrationshintergrund an, aufgrund des Geschlechts, Alters oder der Herkunft benachteiligt oder schlecht behandelt worden zu sein, gegenüber 9% der Frauen deutscher Herkunft. Auch hier zeigte sich wiederum, dass Frauen türkischer Herkunft am häufigsten psychische Gewalt durch Partner erlebt hatten, wobei sich auch bei Migrantinnen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion erhöhte Werte abzeichneten: Jede fünfte Frau türkischer Herkunft, jede siebte Frau aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion, aber nur jede 17. Frau deutscher Herkunft nannten 4 und mehr Verhaltensweisen des aktuellen Partners, die Hinweise auf erhöhte Betroffenheiten durch psychische Gewalt geben.⁵

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass alle Befragungsgruppen ein hohes Maß an körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt seit dem Alter von 16 erlebt haben, dass aber insbesondere Frauen türkischer Herkunft deutlich häufiger Gewalt in den aktuellen Paarbeziehungen erlebt haben und dass Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion

⁵ Derzeit werden noch weiter vertiefende Analysen im Auftrag des BMFSFJ durchgeführt, die das Ausmaß und die Muster von psychischer Gewalt in Paarbeziehungen differenzierter zu erfassen versuchen.

insbesondere in den jüngeren Altersgruppen unter 35 Jahren stärker von sexueller Gewalt durch Fremdtäter und Personen außerhalb der Partnerschaft betroffen waren.

Hinsichtlich der Gewaltbetroffenheit in Kindheit und Jugend zeigten sich keine signifikanten oder ausgeprägten Unterschiede zwischen den Befragungsgruppen: 16% der Frauen bis unter 75 Jahren hatten häufig/gelegentlich Formen elterlicher psychischer Gewalt erlebt, 44% elterliche körperliche Gewalt und Körperstrafen, 13% körperliche Misshandlung im engeren Sinne und 9% sexuellen Missbrauch (4% durch Familienangehörige).

Allerdings **haben Frauen türkischer Herkunft in ihrer Kindheit und Jugend nach eigener Auskunft deutlich häufiger körperliche Auseinandersetzungen zwischen den Eltern, zumeist vonseiten des Vaters gegen die Mutter, miterlebt als Frauen deutscher Herkunft (mit 15%); erhöhte Werte zeigten sich hier allerdings auch bei Frauen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion (mit 24%).**

VIII.

Gewalt und gesundheitliche Folgen

Den Ergebnissen der Untersuchung nach kann Gewalt – unabhängig vom Migrationshintergrund – mit gravierenden Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen einhergehen. Sie kann zu direkten unmittelbaren Verletzungsfolgen, aber auch zu indirekten bzw. mittelbaren kurz- und langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Form von psychosomatischen körperlichen und psychischen Beschwerden führen.

Jede sechste in der Untersuchung befragte Frau hat Verletzungsfolgen allein durch körperliche Gewalt im Erwachsenenleben davongetragen, die von Hämatomen und Schmerzen im Körper über offene Wunden, vaginale Verletzungen, Verstauchungen und Zerrungen bis hin zu Knochenbrüchen, Kopfverletzungen, inneren Verletzungen und Fehlgeburten reichten. Im Lebensverlauf hatten türkische Migrantinnen häufiger als Frauen aus den anderen Befragungsgruppen schwere gewaltbedingte Verletzungen erlebt (13% vs. 7–8%).⁶ Dies korrespondiert mit deren erhöhter Gewaltbetroffenheit durch schwerere Formen von körperlicher (und sexueller) Gewalt durch Partner und Familienangehörige. Auch sexuelle Gewalt führte bei allen Befragungsgruppen und mit Blick auf alle Täter-Opfer-Kontexte in hohem Maße (zu etwa 30%) zu Verletzungsfolgen.

Zwischen der Betroffenheit durch Gewalt im Lebensverlauf und der gesundheitlichen Situation der Befragten besteht ein hoch signifikanter Zusammenhang. Frauen, die angaben, körperliche Übergriffe, sexuelle Gewalt oder psychische Gewalt seit dem Alter von 16 erlebt zu haben, bewerteten subjektiv den eigenen Gesundheitszustand deutlich negativer und gaben vor allem mehr Beschwerden im körperlichen wie auch im psychischen Bereich an. Gefragt nach Beschwerden in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nannten – unabhängig von der Gewaltform – Betroffene von körperlicher, sexueller und/oder psychischer Gewalt etwa doppelt so häufig wie Nichtbetroffene sieben und mehr körperliche Beschwerden und zudem signifikant häufiger vier und mehr psychische Beschwerden. Die erhöhten gesundheitlichen Belastungen gewaltbetroffener Frauen fielen noch gravierender aus, wenn eine Kombination mehrerer Formen von Gewalt (körperliche und psychische und/oder sexuelle Gewalt) sowie zusätzlich Gewalt bereits in Kindheit und Jugend erlebt wurde (vgl. auch Tabelle A1 im Anhang).

Fast alle körperlichen Beschwerden wurden von gewaltbetroffenen Frauen signifikant häufiger genannt als von Frauen, die keine Gewalt im Erwachsenenleben (und in der Kindheit) erlebt hatten. Besonders auffällig waren erhöhte Betroffenheiten bei Kopf- und

⁶ Zu schweren gewaltbedingten Verletzungen wurden im Rahmen dieser Untersuchung Knochenbrüche, Verstauchungen, Muskelrisse, Gesichtsverletzungen, Brandwunden, schwere Stich- und Schnittverletzungen sowie ausgekugelte Gelenke und andere schwere Verletzungen gezählt.

Bauchschmerzen, Magen-/Darmproblemen, zerebralen Störungen wie Zittern/nervösen Zuckungen, Gleichgewichtstörungen, Atemproblemen, Hautproblemen, Blutdruckstörungen, Unterleibsschmerzen, Menstruationsproblemen und anderen gynäkologischen Beschwerden. Auch wurden alle psychischen Beschwerden und Störungen durchgängig signifikant häufiger von Betroffenen körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt benannt, insbesondere Stress- und Belastungssymptome, Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit, Depressionen, Suizidgedanken, Angst- und Panikattacken, Leistungseinschränkungen und Essstörungen. Viele Frauen gaben zudem eine eingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit infolge von Gewaltsituationen an. Darüber hinaus waren bei Gewaltopfern teilweise doppelt so häufig Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt festzustellen. Das verdeutlicht, dass Gewalterfahrungen mit erhöhten körperlichen Beschwerden und Risiken in der reproduktiven Gesundheit einhergehen und zugleich auch mit erheblichen psychischen Belastungen, Einschränkungen im seelischen Wohlbefinden und in der Leistungsfähigkeit verbunden sind.

Zu berücksichtigen ist dabei, **dass Betroffene von Gewalt im Erwachsenenleben häufig unterschiedliche Formen von Gewalt in unterschiedlichen Lebensbereichen erleben und zudem in erhöhtem Maße bereits von Gewalt in der Kindheit und Jugend betroffen waren. Die Untersuchung zeigte auf, dass Gewalt gerade auch in der Kombination und Kumulation unterschiedlicher Gewaltereignisse im Lebensverlauf zu erhöhten gesundheitlichen und psychischen Belastungen beiträgt.** Insofern ist Gewalt im Kontext von Familien- und Paarbeziehungen, die häufiger durch mehrmalige und fortgesetzte Übergriffe gekennzeichnet ist, hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen besonders relevant.

Mit Blick auf körperliche und sexuelle Gewalt konnten bei gewaltbetroffenen Frauen türkischer Herkunft insgesamt im Vergleich der Untersuchungsgruppen noch stärkere gesundheitliche und vor allem psychische Belastungen festgestellt werden. 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.

Die Untersuchungsergebnisse verweisen des Weiteren darauf, dass sich die Erfahrung von Gewalt negativ auf das Gesundheitsverhalten auswirken kann. Betroffene von körperlicher Gewalt im Erwachsenenleben konsumierten signifikant häufiger und mehr Tabak und Alkohol, wobei vor allem der deutlich erhöhte Tabakkonsum auffällig war. Viele Frauen gaben zudem an, Alkohol, Drogen oder psychotrope Medikamente infolge einer Gewaltsituation zu sich genommen zu haben, im Versuch, diese zu bewältigen. Teilweise lassen sich darüber hinaus mehr als doppelt so häufig Hinweise auf Essstörungen bei Betroffenen von körperlicher Gewalt feststellen.

Gewalt wirkt sich auch auf die Arbeitssituation aus. Frauen, die von körperlicher Gewalt im Erwachsenenleben betroffen waren, hatten doppelt so häufig mehrmalige Krankschreibungen in den vergangenen 12 Monaten als Frauen, die keine körperliche Gewalt im Erwachsenenleben erlebt haben (21% vs. 11%). Sie suchten signifikant häufiger den Arzt auf als nicht von Gewalt betroffene Frauen, was mit Verletzungsfolgen einerseits, mit erhöhten gesundheitlichen Belastungen andererseits in Zusammenhang stehen dürfte.

IX.

Gewalt, Gesundheit, Migration – Fazit

Die vorliegende Studie 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.

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. **Gesundheitsförderung ist, wie die Ergebnisse der Studie nahelegen, ohne Gewaltprävention nicht denkbar und andersherum benötigt Gewaltprävention den Gesundheitssektor, da Gewaltbetroffenheiten hier als erstes und am häufigsten institutionell sichtbar werden.**

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 dem jeweiligen Bedarf 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 Gesundheitsförderung abgestimmt und verknüpft sein sollten.

Die multivariate Analyse der Untersuchung konnte aufzeigen, dass die gesundheitliche Höherbelastung der Migrantinnen nicht ausschließlich oder überwiegend auf deren höhere Gewaltbelastung zurückzuführen, sondern mit anderen Variablen der Lebenssituation noch stärker gekoppelt ist: Relevant sind vor allem indirekte Einflüsse über die miteinander verknüpften Faktoren Bildungsstatus, Einkommen und soziale Einbindung. **Der schlechtere gesundheitliche Zustand eines Teils der Migrantinnen in Deutschland scheint vor allem mit den schwierigeren sozialen Lagen der Frauen in Zusammenhang zu stehen, die sich**

in einem deutlich geringeren Bildungs- und Ausbildungsniveau und Einkommen, in einer geringeren und schlechter abgesicherten beruflichen und sozialen Einbindung und einem häufigeren Fehlen enger vertrauensvoller sozialer Beziehungen bei einem nicht unerheblichen Teil der Migrantinnen, insbesondere türkischer Herkunft, abzeichnen.

Die Höherbelastung der Frauen durch Gewalt in Partnerschaften ist hier – neben den gesellschaftlichen Diskriminierungen – nur ein zusätzlicher Faktor, der die gesundheitliche Situation der Frauen beeinträchtigt. Allerdings erhöht die schlechtere gesundheitliche und soziale Situation eines Teils der Migrantinnen ihre Vulnerabilität für Gewalt in Partnerschaften und erschwert deren Loslösung aus gewaltbelasteten Paar- und Familienbeziehungen.

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 durchgeführt werden, wird geprüft, wo besonders stark eskalierende Gewalt vorliegt, welche Bevölkerungsgruppen betroffen sind und welche gewaltfördernden bzw. gewaltvermindernden Rahmenbedingungen die Problematik beeinflussen.

Für die zukünftige Diskussion ist zu beachten, dass ein relevanter Teil der Migrantinnen in Deutschland auch deshalb in erhöhtem Maße von Gewalt und gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen ist und sich schwer aus Gewaltsituationen lösen kann, weil er durch soziale und psychische Diskriminierungen in Deutschland geschwächt und beeinträchtigt wird. **Eine berufliche und soziale Förderung von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund, insbesondere vor und während der Familien(gründungs)phase, aber auch deren berufliche und ökonomische Absicherung und psychosoziale Unterstützung im Kontext von Trennung und Scheidung ist eine zentrale Voraussetzung, um sowohl die Gesundheit von Frauen zu verbessern als auch deren Gewaltbelastungen zu vermindern.** Umgekehrt kann eine Reduzierung von Gewaltübergriffen und ein Abbau von psychischen/sozialen Diskriminierungen die individuelle Leistungsfähigkeit der Frauen sowie ihre berufliche und soziale Integration fördern. Dies trägt einerseits zur Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit der Frauen bei und lässt andererseits 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.

X.

Anhang

Tabelle A1: Unterschiedliche soziostrukturelle Faktoren, ethnische Herkunft und Gewalt in ihrem Zusammenhang mit der gesundheitlichen Situation der Frauen

	Gesundheitliche und psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten			Signifikanz	Bemerkungen
	Mehr als 7 körperliche Beschwerden	4 und mehr psychische Beschwerden			
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					
deutsche Herkunft	19,9%	40,4%	Körperliche B. ** Psychische B. n. sign.	Positiver Zusammenhang zwischen türkischem Migrationshintergrund und körperlichen Beschwerden	
türkische 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 5 Jahre in Deutschland	24,1%	44,5%			
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 Beschwerden	
nicht erwerbstätig	22,3%	43,2%			
im Ruhestand	26,8%	30,0%			

Gesundheitliche und psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten				
	Mehr als 7 körperliche Beschwerden	4 und mehr psychische Beschwerden	Signifikanz	Bemerkungen
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%		
4.1 Körperliche Gewalt ab dem Alter von 16 Jahren – alle Befragten				
ja	28,3%	54,8%	**	Positiver Zusammenhang zwischen Gewaltbelastung und körperlichen/psychischen Beschwerden
nein	15,6%	32,1%		
4.2 Psychische Gewalt ab dem Alter von 16 Jahren – alle Befragten				
ja	28,7%	56,0%	**	Positiver Zusammenhang zwischen Gewaltbelastung und körperlichen/psychischen Beschwerden
nein	14,4%	29,5%		
4.3 Sexuelle Gewalt ab dem Alter von 16 Jahren – 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 (bis 16. Lebensjahr) – 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 (bis 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%		

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 (bis 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 bis 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%		

** hoch signifikant (p<0,001)

* signifikant (p<0,05)



Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

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

Ein Forschungsprojekt des Interdisziplinären Zentrums
für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF)
der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Projektleitung: Dr. Monika Schröttle
Wiss. Mitarbeiterin: Nadia Khelaifat

Bezugsstelle:

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
Tel.: 0 18 05/77 80 90*
Fax: 0 18 05/77 80 94*
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
www.bmfsfj.de

Stand: Juli 2009, 3. Auflage

Gestaltung: www.avitamin.de

Druck: Silber Druck oHG, Niestetal

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 0 18 01/90 70 50**
Fax: 030 18/5 55 44 00
Montag–Donnerstag 9–18 Uhr
E-Mail: info@bmfsfj.service.bund.de

* jeder Anruf kostet 14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz,
abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich

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