

Aus der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik
Medizinische Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Körperliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen und reproduktive Gesundheit

Zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

Vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin

von
Katharina Bitzker
aus Ueckermünde

Gutachter: 1. Priv.-Doz. Dr. med. M. Rauchfuß
2. Prof. Dr. med. H. Alexander
3. Priv.-Doz. Dr. med. K. Weidner

Datum der Promotion: 31. August 2009

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	7
1.1	Definitionen	9
1.1.1	Gewalt	9
1.1.2	Reproduktive Gesundheit	11
2	Stand der Forschung/Literaturübersicht Gewalterfahrungen und reproduktive Gesundheit	12
2.1	Prävalenz von Gewalt gegen Frauen vor, während und nach der Schwangerschaft	12
2.2	Erwünschtheit der Schwangerschaft.....	12
2.3	Kontrazeption	13
2.4	Schwangerschaftsabbrüche.....	13
2.5	Teenagerschwangerschaft.....	14
2.6	Schwangerschaftskomplikationen	15
2.7	Schwangerschaftsausgänge	15
2.8	Sexualität	17
2.9	Verschiedene theoretische Ansätze innerhalb des Forschungsbereiches Gewalt und reproduktive Gesundheit	18
3	Herleitung der Aufgabenstellung	23
3.1	Zielstellung	23
3.2	Hypothesen	24
4	Material und Methoden	25
4.1	Studiendesign	25
4.2	Datenschutz	26
4.3	Konstruktion des Fragebogens	27
4.4	Dimensionen des Fragebogens	28
4.4.1	Sozioökonomische Parameter.....	28
4.4.2	Partnerschaft.....	28
4.4.3	Soziale Unterstützung.....	28
4.4.4	Körperliche Gewalterfahrungen	29
4.4.5	Sexuelle Gewalterfahrungen.....	31
4.4.6	Gesundheitszustand/Beschwerden	32
4.4.7	Schwangerschaften und Geburten.....	32
4.4.8	Sexualität	33
4.5	Erhebung der Daten/Rücklaufquote	34
4.6	Datenauswertung/Fehlerkontrolle	34
5	Ergebnisse.....	36
5.1	Beschreibung der Stichprobe.....	36

5.1.1	Alter, Schul- und Berufsabschluss, Nettohaushaltseinkommen, Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Kinderzahl	36
5.2	Reproduktives Sample und erhobene reproduktive Parameter	38
5.2.1	Anzahl der Schwangerschaften	38
5.2.2	Erwünschtheit der Schwangerschaft	39
5.2.3	Schwangerschaftsausgänge	39
5.2.4	Schwangerschaftskomplikationen/-besonderheiten	40
5.2.5	Teenagerschwangerschaften	41
5.2.6	Aktuelle Schwangerschaft	41
5.3	Sexuelles Sample und erhobene sexuelle Parameter	41
5.3.1	Häufigkeiten verschiedener sexueller Parameter	42
5.4	Einteilung der Schweregrade von körperlicher und sexueller Gewalt	45
5.4.1	Prävalenzraten körperlicher und sexueller Gewalt	46
5.4.2	Gewaltprävalenz (Reproduktives Sample)	47
5.4.3	Gewaltprävalenz (Sexuelles Sample)	48
5.4.4	Prävalenz von körperlicher und sexueller Gewalt während der Gravidität	49
5.4.5	Multiple Viktimisierung	49
5.5	Täter und Täterinnen	50
5.6	Reproduktive Parameter und Gewalterfahrungen – Zweidimensionale Auswertung	51
5.6.1	Anzahl der Schwangerschaften und Gewalterfahrungen	51
5.6.2	Erwünschtheit der Schwangerschaften und Gewalterfahrungen	51
5.6.3	Schwangerschaftskomplikationen und Gewalterfahrungen	52
5.6.3.1	Starkes Erbrechen während der Schwangerschaft	52
5.6.3.2	Gestose	53
5.6.3.3	Intrauterine fetale Mangelentwicklung	53
5.6.4	Schwangerschaftsausgänge und Gewalterfahrungen	54
5.6.4.1	Schwangerschaftsabbrüche	54
5.6.4.2	Low birth weight babies (termingerechte Geburt, Geburtsgewicht unter 2 500 g)	54
5.6.4.3	Teenagerschwangerschaften (13.–19. Lj.)	55
5.6.5	Weitere untersuchte Parameter	55
5.7	Sexuelle Parameter und Gewalterfahrungen – Zweidimensionale Auswertung	56
5.7.1	Ungenügende Erregung während des Geschlechtsverkehrs	56
5.7.2	Orgasmus beim Geschlechtsverkehr	60
5.7.3	Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	60
5.7.3.1	Schmerzen beim Geschlechtsverkehr aufgrund einer trockenen Scheide	60

5.7.3.2	Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (vor, während oder nach dem Geschlechtsverkehr)	61
5.7.3.3	Vaginismus	62
5.7.4	Vermeiden sexueller Aktivität	62
5.7.5	Diskrepanz zwischen tatsächlicher und gewünschter sexueller Aktivität mit dem Partner	63
5.8	Modelle der logistischen Regression	63
5.8.1	Multivariates Modell für die abhängige Variable Schwangerschaftsabbruch	64
5.8.2	Multivariates Modell für die abhängige Variable Dyspareunie	65
6	Diskussion	66
6.1	Einschätzung der erhobenen Häufigkeiten von reproduktiven und sexuellen Parametern	66
6.2	Einschätzung der erhobenen Prävalenz körperlicher und sexueller Gewalt	68
6.3	Zweidimensionale Auswertung der reproduktiven Parameter und Gewalterfahrungen	69
6.3.1	Starkes Schwangerschaftserbrechen und Gewalterfahrungen	69
6.3.2	Gestose und Gewalterfahrungen	70
6.3.3	Intrauterine fetale Mangelentwicklung, low-birth-weight (LBW), Frühgeburt und Gewalterfahrungen	71
6.3.4	Alter zum Zeitpunkt der ersten Schwangerschaft, Anzahl und Erwünschtheit der Schwangerschaft und Gewalterfahrungen	72
6.3.5	Schwangerschaftsabbrüche und Gewalterfahrungen	74
6.4	Zweidimensionale Auswertung der sexuellen Parameter und Gewalterfahrungen	77
6.4.1	Ungenügende sexuelle Erregung während des Geschlechtsverkehrs und Gewalterfahrungen	77
6.4.2	Orgasmus beim Geschlechtsverkehr und Gewalterfahrungen	78
6.4.3	Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und Gewalterfahrungen	80
6.4.4	Vermeiden sexueller Aktivität und Gewalterfahrungen	81
6.5	Grundsätzliche Überlegungen zum Studiendesign Aussagekraft und Einschränkungen	82
6.6	Schlussfolgerungen und Ausblick	84
7	Zusammenfassung	88
8	Literaturverzeichnis	90
9	Abkürzungsverzeichnis	98
10	Danksagung	99
11	Erklärung	100
12	Curriculum vitae	101

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe (reproduktives und sexuelles Sample).....	36
Tabelle 2: Anzahl der Schwangerschaften (reproduktives Sample n=493).....	38
Tabelle 3: Erwünschtheit der jeweiligen Schwangerschaft (n=1 046 Schwangerschaften)...	39
Tabelle 4: Häufigkeit des jeweiligen Schwangerschaftsausganges.....	39
Tabelle 5: Häufigkeit der jeweiligen Schwangerschaftskomplikation/-besonderheit	40
Tabelle 6: Häufigkeiten verschiedener sexueller Parameter.....	42
Tabelle 7: Einteilung der verschiedenen Schweregrade von körperlicher und sexueller Gewalt.....	46
Tabelle 8: Prävalenz verschiedener Schweregrade körperlicher Gewalt in unterschiedlichen Lebensabschnitten (<i>reproduktives Sample</i>).....	47
Tabelle 9: Prävalenz verschiedener Schweregrade sexueller Gewalt in unterschiedlichen Lebensabschnitten (<i>reproduktives Sample</i>)	47
Tabelle 10: Prävalenz verschiedener Schweregrade körperlicher Gewalt in unterschiedlichen Lebensabschnitten (<i>sexuelles Sample</i>)	48
Tabelle 11: Prävalenz verschiedener Schweregrade sexueller Gewalt in unterschiedlichen Lebensabschnitten (<i>sexuelles Sample</i>).....	48
Tabelle 12: Schwangerschaftsbezogene Parameter und körperliche Gewalterfahrungen (Lebenszeitprävalenz).....	52
Tabelle 13: Schwangerschaftsbezogene Parameter und sexuelle Gewalterfahrungen (Lebenszeitprävalenz)	52
Tabelle 14: Sexuelle Parameter und körperliche Gewalterfahrungen (Lebenszeitprävalenz) ..	58
Tabelle 15: Sexuelle Parameter und sexuelle Gewalterfahrungen (Lebenszeitprävalenz).....	59
Tabelle 16: Logistische Regression Schwangerschaftsabbruch, signifikante unabhängige Variablen.....	64
Tabelle 17: Logistische Regression Dyspareunie, signifikante unabhängige Variablen	65

1 Einleitung

Gewalt gegen Mädchen und Frauen ist eine der häufigsten Menschenrechtsverletzungen weltweit, als solche wird sie aber nur selten wahrgenommen und erkannt: „dieselben Akte der Gewalt, die hart bestraft würden, wenn sie gegen Nachbarn, Kollegen oder Bekannte gerichtet wären, werden oftmals hingenommen, wenn Männer sie gegen Frauen richten, besonders innerhalb der Familie“ (Heise 2002).

Verschiedene internationale Organisationen und Institutionen, wie die UNO und die WHO, haben in den vergangenen Jahren ihre Bemühungen intensiviert, auf diesen Sachverhalt aufmerksam zu machen. So hat die WHO mit ihrer multinationalen Studie „Weltbericht Gewalt und Gesundheit“ (WHO 2002) deutlich gemacht, dass häusliche Gewalt vorwiegend männliche Gewalt gegen Frauen ist und dass diese Gewalt unabhängig von Alter, Bildungsstand, sozioökonomischer Schicht oder ethnischer Zugehörigkeit auftritt.

Gewalt stellt gemäß dieser WHO-Erhebung einen zentralen Risikofaktor für die Gesundheit von Frauen dar, eine Tatsache die sich am deutlichsten in Hinblick auf die reproduktive Gesundheit der Frauen zeigt. In kaum einem anderen Bereich zeigt sich der Grad der Selbstbestimmtheit von Frauen so deutlich wie in der sexuellen und reproduktiven Sphäre.

In Deutschland lagen bis vor kurzem keine Untersuchungen zur Prävalenz von Gewalt gegen Frauen vor. Im Jahr 2004 wurde dann mit der Untersuchung „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ die erste repräsentative Studie zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland vorgelegt (Müller 2004).

Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen vorherige Dunkelzifferschätzungen bzw. übertreffen diese sogar. So hatten 40 % der befragten Frauen (unabhängig vom Täter-Opfer-Kontext) seit dem 16. Lebensjahr körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt.

In Bezug auf Gewalt in Partnerschaften konnte aufgezeigt werden, dass mindestens jede vierte Frau (25 %) in Deutschland im Alter von 16 bis 85 Jahren ein- oder mehrmals der Gewalttätigkeit eines Partners ausgesetzt war.

Umso frappierender ist die Tatsache, dass es in Deutschland bisher kaum Forschung auf diesem Gebiet gibt.

Bisher liegen zwei veröffentlichte Studien vor, die im deutschen ambulanten Gesundheitssektor angesiedelt sind. Die Studie von Peschers (2003) beschäftigte sich mit der

Prävalenz für sexuelle Gewalt unter gynäkologischen Patientinnen. Die Lebenszeitprävalenz für sexuelle Übergriffe lag in dieser Untersuchungsgruppe bei 20,1 %.

Die Untersuchung von Mark et al (2007) erbrachte ähnliche Ergebnisse: 35,5 % der befragten ambulanten Patientinnen waren im Laufe ihres Lebens von schwerer körperlicher Gewalt und 13,5 % von schwerwiegender sexueller Gewalt betroffen.

Die Thematik Gewalt und reproduktive Gesundheit von Frauen ist bisher in Deutschland nicht untersucht worden.

Aus vorgelegten angloamerikanischen Studien sind die vielfältigen gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen bekannt. Abgesehen von physischen Verletzungen sind u. a. Depression, Angstzustände, chronische Schmerzzustände, Nikotin- und Alkoholabusus, Essstörungen, gehäufte Suizidversuche und eine höhere Rate an Schwangerschaftskomplikationen als gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen beschrieben worden (Mullen 1988, Campbell 1996, Tjaden 1998, Heise 2002, Jewkes 2002, Watts 2002).

Die angloamerikanischen Forscher blicken dabei auf eine inzwischen 20 Jahre währende produktive Forschungstradition zurück. Abgesehen von repräsentativen bevölkerungsbezogenen Untersuchungen sind mittlerweile sehr differenziert verschiedene Zugänge und Samples beschrieben worden: in Frauenhäusern, in Notaufnahmen, auf verschiedenen Stationen in Krankenhäusern, in Arztpraxen usw.

In Deutschland steht demgegenüber die Gewaltforschung im medizinischen Bereich noch am Anfang. Die vorliegende Studie untersucht erstmals im ambulanten Gesundheitsbereich Deutschlands Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen von Frauen und reproduktiver Gesundheit.

1.1 Definitionen

1.1.1 Gewalt

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Gewalt folgendermaßen:

„Gewalt ist der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, psychischen Schäden, Fehlentwicklungen, Deprivation oder Tod führt.“

Diese relativ eng gefasste Definition von Gewalt ist mittlerweile von WHO und UNO um etliche Zusätze erweitert worden. So wurde 1993 auf der Generalversammlung der Vereinten Nationen der Begriff der **geschlechtsspezifischen Gewalt (gender-based violence)** aufgenommen und die Anwendung dieser geschlechtsspezifischen Gewalt als Menschenrechtsverletzung definiert. Darunter fallen alle „geschlechtsspezifischen Gewalttaten, die bei Frauen physische, psychische oder sexuelle Schäden bzw. Leid tatsächlich oder wahrscheinlich verursachen, einschließlich Androhung solcher Gewalttaten, Nötigung oder willkürlicher Freiheitsberaubung, unabhängig davon, ob sie im öffentlichen Leben oder im Privatleben verübt werden“ (UN General Assembly 1993).

Der Begriff **häusliche Gewalt (domestic violence)** bezieht sich auf Gewalttaten, die in der Privatsphäre, im Allgemeinen zwischen Personen geschehen, die durch intime, verwandtschaftliche oder gesetzliche Beziehungen miteinander verbunden sind (BMFSFJ 1997).

Im angloamerikanischen Raum wird dieser Begriff aber zunehmend durch die Verwendung des Ausdrucks „**intimate partner violence**“ (**IPV**) abgelöst, der im deutschsprachigen Raum als Beziehungsgewalt bzw. Partnergewalt übersetzt wurde. Hierin eingeschlossen sind nicht nur heterosexuelle, sondern auch homosexuelle Beziehungen, in denen (Ex)-Ehepartner bzw. (Ex)-Partner physische, sexuelle oder emotionale Gewalt ausüben (Center for Disease Control and Prevention 2003).

Häusliche Gewalt bzw. Partnergewalt kann sich auf verschiedene Weise äußern (Brandau 1997):

Physische Gewalt ist sicherlich die Gewaltform, die am ehesten als Gewalt wahrgenommen wird. Sie beinhaltet alle körperlichen Angriffe auf eine Person wie Schlagen, Treten, Stoßen, Würgen, Fesseln, mit Gegenständen oder Waffen bedrohen und/oder verletzen.

Sexuelle Gewalt bezeichnet alle Handlungen, die die sexuelle Autonomie der Frau verletzen. Sexuelle Nötigung, Missbrauch oder Vergewaltigung fallen in diese Kategorie.

Psychische bzw. emotionale Gewalt meint Einschüchterungen, Beleidigungen, Demütigungen, übermäßiges Kontrollverhalten (Kontakte zu anderen Menschen werden eifersüchtig überwacht usw.) und den massiven Gebrauch von Schuldzuweisungen.

Unter **ökonomischer Gewalt** versteht man die materielle Abhängigkeit der Frau, die sich durch Arbeitsverbot aber auch durch erzwungene Arbeit äußern kann. Des Weiteren gehören das Verweigern oder Zuteilen von Geld und das Einkassieren von Lohn in diese Kategorie.

Soziale Gewalt ist definiert als Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen durch Isolation, Einsperren, Herabwürdigung im sozialen Umfeld wie z. B. am Arbeitsplatz und das Benutzen der Kinder als Druckmittel.

Die Unterteilung der häuslichen Gewalt in diese verschiedenen Formen ist theoretischer Natur. Aus psychosomatischer Sicht wäre es unlogisch, dass z. B. schwere körperliche Misshandlungen nicht mit psychischer Gewalt einhergehen – auch wenn der Akzent stärker auf einer der beiden Ausdrucksformen von Gewalt liegen mag. Die Übergänge zwischen den einzelnen Gewaltformen sind oft fließend und schwer voneinander abzugrenzen.

Aus vorgelegten Studien wissen wir auch, dass der Tatbestand der multiplen Viktimisierung eher die Regel als die Ausnahme zu sein scheint, d. h. Frauen, die schwerer körperlicher Gewalt ausgesetzt sind bzw. waren, werden unter anderem auch häufiger Opfer sexueller Gewalt (Wetzels 1997).

Im Diskurs über Gewalt wird zwischen direkter, struktureller und kultureller Gewalt unterschieden (Galtung 1998).

Wenn es einen Sender gibt, einen Akteur, der die Folgen der Gewalt beabsichtigt, sprechen wir von **direkter Gewalt**; wenn nicht, sprechen wir von **struktureller** bzw. **indirekter Gewalt**.

„Strukturelle Gewalt entspringt der Sozialstruktur, als Gewalt zwischen Menschen, zwischen Gruppen von Menschen. Bei den zwei Hauptformen der strukturellen Gewalt handelt es sich um Repression und Ausbeutung. Beide wirken auf Körper und Geist ein, sind aber nicht notwendigerweise beabsichtigt. Aus dem Blickwinkel des Opfers jedoch bietet diese Tatsache keinen Trost“ (Galtung 1998).

Hinter all dem wirkt eine **kulturelle Gewalt**, die symbolisch ist und uns auf den Kanälen von Kunst, Sprache, Wissenschaft, Recht, Medien, Religion und Ideologie erreicht. Ihre Funktion ist, um noch einmal Johan Galtung zu zitieren, „einfach genug: sie soll direkte und strukturelle Gewalt legitimieren.“ In wie weit dieser Ansatz von verschiedenen Forschungsgruppen zum Themenkomplex Gewalt und Gesundheit inkorporiert wird, soll unter Punkt 2.9 ausführlicher darlegt werden.

1.1.2 Reproduktive Gesundheit

Auf der Internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung 1994 in Kairo wurde der Begriff „reproduktive Gesundheit“, in Anlehnung an die WHO-Definition von Gesundheit, definiert als „Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur der Abwesenheit reproduktiver Krankheiten und Beschwerden.“

Diese Definition beinhaltet die Fähigkeit zur Fortpflanzung, ein befriedigendes Sexualleben, die freie Entscheidung über Kinderzahl, Zugang zu erschwinglichen und akzeptablen Methoden der Familienplanung und eine angemessene, fürsorgliche Gesundheitsversorgung besonders in Hinblick auf die reproduktiven Prozesse (UN 1995).

Die WHO verweist explizit darauf, dass reproduktive Gesundheit nicht an Auflistungen von Krankheiten oder Problemen (sexuell übertragbare Krankheiten, Müttersterblichkeit etc.), festgemacht werden kann und soll, sondern vielmehr im Kontext menschlicher Beziehungen zu verstehen ist – im Sinne einer „**reproduktiven Biografie**“, in deren Verlauf unterschiedliche Erfahrungen bewältigt und verarbeitet werden müssen.

Als klassische Meilensteine gelten die Menarche, der erste Geschlechtsverkehr, die Spanne der sexuell aktiven Zeit bis zur Heirat oder dem gemeinsamen Haushalt, das erste Kind/weitere Kinder und die Beendigung des Kinderwunsches (Forrest 1993).

Diese reproduktive Biografie wird stark geprägt und moduliert durch verschiedene Einflüsse: Stärke und Qualität erfahrener Bindungsprozesse (besonders während der Kindheit), Umgang mit Sexualität im Elternhaus, Gelingen bzw. Misslingen von Partnerschaften, sozioökonomische Gegebenheiten, Ernährungsgewohnheiten, Gewalterfahrungen und soziale Netzwerke.

2 Stand der Forschung/Literaturübersicht Gewalterfahrungen und reproduktive Gesundheit

2.1 Prävalenz von Gewalt gegen Frauen vor, während und nach der Schwangerschaft

Nach vorliegenden Studien ist davon auszugehen, dass die Prävalenz von Gewalt während der Schwangerschaft zwischen 0,9 und 20,1 % liegt (Gazmararian 1996).

Die meisten Ergebnisse und Schätzungen hinsichtlich der Prävalenz liegen im Bereich von 4–8 % (Cokkinides 1998, Gazmararian 2000, Saltzman 2003, Bowen 2005).

Diese Ergebnisse legen nahe, dass Gewalt während der Schwangerschaft vielleicht genauso verbreitet ist wie z. B. Gestose oder Gestationsdiabetes, Zustände, für die während der Schwangerschaft ein routinemäßiges Screening angeboten wird.

Unklar bleibt weiterhin, ob sich für schwangere Frauen das Risiko erhöht, Opfer von körperlicher, sexueller bzw. emotionaler Gewalt zu werden.

Neuere Studien deuten darauf hin, dass die Zeit *vor* der Schwangerschaft offensichtlich mit höheren Raten an Gewalt einhergeht (Martin 2001, Saltzman 2003).

Auch die Postpartumperiode ist mittlerweile in den Fokus der Forschung gerückt: so fanden Harrykisson und Kollegen, dass während der Postpartumperiode jugendlicher Mütter die Gewaltrate 21 % betrug. Besonders wichtig und bedenklich erscheint in diesem Zusammenhang, dass 78 % der betroffenen Mütter, die während der ersten 3 Monate post partum Partnergewalt angaben, vor und während der Schwangerschaft keine Gewalt durch den Partner angegeben hatten. Während die Frequenz der Partnergewalt sich über einen Zeitraum von zwei Jahren nach der Geburt verringerte, nahm aber die Schwere der Gewalt zu (Harrykisson 2002). Ähnliche Ergebnisse erbrachte eine große britische Longitudinaluntersuchung: die Zeit vor der Schwangerschaft und die Postpartumperiode wiesen höheren Raten an Gewalt auf als die eigentliche Schwangerschaftszeit. Die Autoren halten es sogar für möglich, dass Gravidität und die frühe Postpartumperiode eine relative Protektion hinsichtlich Partnergewalt darstellen (Bowen 2005).

2.2 Erwünschtheit der Schwangerschaft

Mehrere Studien haben den Zusammenhang zwischen körperlicher Gewalt und unerwünschter Schwangerschaft untersucht (Gazmararian 1995, Stewart 1993, Campbell 1995).

Sowohl populationsbezogene als auch krankenhausbasierte Studien fanden bei Frauen, deren Schwangerschaft unerwünscht war, eine 2–4-fach erhöhte Rate körperlicher Gewalterfahrung im Gegensatz zu Frauen, deren Schwangerschaft erwünscht und geplant war. Eine qualitative Untersuchung (Campbell 1995) beschreibt, dass Frauen, die in Frauenhäusern Zuflucht suchten, überdurchschnittlich häufig angaben, von einem gewalttätigen Partner schwanger geworden zu sein, der ihnen keinerlei Kontrolle über die Kontrazeption ermöglichte.

2.3 Kontrazeption

Die erhöhte Rate unerwünschter Schwangerschaften bei von Gewalt betroffenen Frauen ist bisher wenig in Hinblick auf die Kontrazeption untersucht worden. Vermutet wird, dass Gewalt bzw. Gewaltandrohung die Frauen so verängstigt, dass ein Verhandeln z. B. über den Gebrauch von Kondomen vermieden wird (Heise 1993, Wingood et al 1997, Jewkes 1999).

2.4 Schwangerschaftsabbrüche

Frauen, die Partnergewalt erfahren bzw. erfahren haben, entscheiden sich häufiger für Schwangerschaftsabbrüche als Frauen ohne Gewalterfahrungen (Evins 1996, Glander 1998, Wiebe 2001, Leung 2002).

Neuere Forschungen legen nahe, dass misshandelte Frauen ihre Schwangerschaftsabbrüche auch häufiger vor ihren Partnern verbergen (Woo 2005). Von den Frauen, die ihre Partner nicht über den Schwangerschaftsabbruch informierten, gaben 7,9 % an, dass diese Offenbarung körperliche Gewalt zur Folge hätte (Woo 2005).

Die Studie von Evins (1996) lässt vermuten, dass die Prävalenz von aktueller Gewalt, aber auch Gewalterfahrungen in der Kindheit, bei Frauen, die sich für Schwangerschaftsabbrüche entscheiden, höher liegt als bei Frauen ohne Gewalterfahrungen.

Dabei besteht weiterer Forschungsbedarf, in wie weit aktuelle Gewalterfahrungen oder die kumulative Gewalt über die gesamte Lebenszeit zu gewichten sind.

Die Forschungsgruppe um Fisher (2005) fand Hinweise, dass besonders bei wiederholten Schwangerschaftsabbrüchen ein Zusammenhang mit körperlichen und sexuellen Missbrauchserfahrungen bestehen kann. Frauen, die zum dritten bzw. darauf folgenden Schwangerschaftsabbruch vorstellig wurden, waren signifikant häufiger von physischer bzw. sexueller Partnergewalt betroffen als die Frauen, die zum ersten Mal einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließen.

2.5 Teenagerschwangerschaft

Die Thematik der Teenagerschwangerschaft wird im angloamerikanischen Raum stark erforscht. Trotz massiver Kampagnen in den USA übersteigt die Rate an Teenagerschwangerschaften in den Vereinigten Staaten die anderer Länder um das 2–15-Fache (Mc Elroy 1997, Ventura 2001). Vier von zehn Mädchen in den USA werden schwanger bevor sie 20 Jahre alt sind, woraus jährlich etwa 900 000 Teenagerschwangerschaften resultieren (Kirby 2001).

Auch die südafrikanische Forschungsgruppe um Jewkes hat Teenagerschwangerschaften als ein zentrales Problem in Südafrika benannt (Jewkes 1999).

Laut Bericht des Gesundheitsministeriums werden 35 % der südafrikanischen Frauen vor ihrem 20. Lebensjahr schwanger bzw. werden Mutter (Jewkes 1999).

Deutschland ist im internationalen Vergleich nicht als „Problemland“ hinsichtlich Teenagerschwangerschaften anzusehen – dennoch gibt es seit ca. 10 Jahren einen kontinuierlichen Anstieg der Teenagerschwangerschaften und besonders der daraus resultierenden Schwangerschaftsabbrüche. Allein bei den unter 15-Jährigen in Deutschland hat sich die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche zwischen 1996 und 2004 von 365 auf 779 jährlich mehr als verdoppelt (Statistisches Bundesamt 2004).

Während etliche Forscher einen signifikanten Zusammenhang zwischen körperlichem bzw. sexuellem Missbrauch und Teenagerschwangerschaft sehen (Adams 1999, Boyer 1992, Romans 1997, Smith 1996), konnten andere Forscher diesen vermuteten Zusammenhang nicht bestätigen (Widom 1996).

Die Ergebnisse sind ebenfalls widersprüchlich in Hinblick auf die Art der Gewalt, die den stärksten Einfluss hat. So berichteten Adams und East (1999), dass körperliche Gewalt der stärkste Prädiktor für eine Teenagerschwangerschaft war.

Die Forschungsgruppe um Fiscella (1998) hingegen gab an, dass sexueller Missbrauch am stärksten mit einer Teenagerschwangerschaft korrelierte.

Im Gegensatz dazu fanden Smith et al (1996), dass nicht die Art der Gewalt entscheidend ist, sondern vielmehr die Kombination mehrerer Gewaltformen, die vorhersagte, ob eine Teenagerschwangerschaft auftreten würde.

2.6 Schwangerschaftskomplikationen

Kontroverse Ergebnisse liegen auch zu einem möglichen Zusammenhang von Gewalt und Schwangerschaftskomplikationen vor.

Vorzeitige Wehentätigkeit bzw. eine drohende Frühgeburt ist in Zusammenhang mit Gewalterfahrungen gebracht worden. Vier Forschungsgruppen fanden ein signifikant erhöhtes Risiko für vorzeitige Wehentätigkeit bei von Partnergewalt betroffenen Frauen (Cokkinides 1999, Shumway 1999, Covington 2001, Rachana 2002), während drei Forschungsgruppen diesen Zusammenhang nicht bestätigen konnten (Schei 1991, Berenson 1994, Janssen 2003).

Ein Zusammenhang zwischen Gewalt während der Schwangerschaft und dem Auftreten einer **intrauterinen Wachstumsretardierung** ist ebenfalls beschrieben worden (Janssen 2003).

Partnergewalt während der Schwangerschaft ist nach Verkehrsunfällen der zweithäufigste Grund für ein **Abdominaltrauma** (Connolly 1997).

Mehrere Studien erbrachten Zusammenhänge zwischen starken abdominellen Traumen als Folge von Gewalt gegen schwangere Frauen und daraus resultierenden Komplikationen wie Vaginalblutungen, Abruption placenta, vorzeitiger Wehentätigkeit bzw. Frühgeburt (Parker 1994, Williams 1991, Webster 1996).

Sexuell übertragbare Krankheiten (**STDs**) und vorzeitige Wehentätigkeit sind ebenfalls in Zusammenhang gebracht worden (Reynolds 1991). Aus vorgelegten Studien ist bekannt, dass Frauen, die sexuelle Partnergewalt erfahren, ein erhöhtes Risiko tragen, sich mit sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten zu infizieren (Amaro 1990, Campbell 2001).

Senior et al fanden eine Korrelation zwischen dysfunktionaler Herkunftsfamilie/Gewalt in der Kindheit und Essstörungen sowie einer **Emesis gravidarum** bzw. **Hyperemesis gravidarum** (Senior 2005).

2.7 Schwangerschaftsausgänge

Die Forschungsergebnisse in Bezug auf Gewalterfahrungen und Schwangerschaftsausgänge sind inkonsistent. Große methodologische Unterschiede und stark variierende Samplegrößen erklären teilweise die konträren Studienergebnisse.

Mehrere Autoren fanden positive Korrelationen für Gewalt während der Schwangerschaft und dem gehäuftem Auftreten von

- sog. **small-for-gestational-age-babies** (SGA), also einem unter der 10. Perzentile der Standardgewichtskurve liegenden Neugeborenen
- **Frühgeburten** (Beendigung der Schwangerschaft vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche) und
- sog. **low birth weight babies** (LBW), bei denen das Gewicht des Neugeborenen weniger als 2500 g beträgt (Schei 1991, Parker 1994, McFarlane 1996, Curry 1998, Fernandez 1999, Covington 2001, Rachana 2002, Neggers 2004, Yost 2005)

Demgegenüber stehen verschiedene Untersuchungen, die keinen Zusammenhang zwischen Gewalt während der Schwangerschaft und Frühgeburten bzw. LBW-Kindern feststellen konnten (Grimstad 1997, Cokkinides 1999, Campbell 1999, Jagoe 2000, Altarac 2002).

Altarac und Kollegen fanden zwar in ihrer Untersuchung keinen Zusammenhang zwischen Gewalt und LBW per se – aber die Frauen, die angaben, wegen Partnergewalt vermehrt Stress zu empfinden, hatten häufiger Geburten mit einem Gewicht unter 2 500 g als die Frauen, die keinen Stress angaben (Altarac 2002).

Weiterer Forschung bedarf auch die Fragestellung, wie stark der Einfluss von aktueller Gewalt ist und wie diese in Relation zur kumulativen Gewalterfahrung in Bezug auf die gesamte Lebenszeit zu sehen ist. Schei (1991) fand z. B. ein erhöhtes Risiko für LBW-Geburten, wenn die befragten Frauen in einer beliebigen früheren Schwangerschaft Gewalt erfahren hatten.

Auch bezüglich des intrauterinen Fruchttodes und der **neonatalen Mortalität** gibt es Hinweise, dass Gewalt hier als ein möglicher Risikofaktor fungiert (Yost 2005, Coker 2004, Janssen 2003, Covington 2001, Dye 1995).

Untersuchungen in Südafrika ergaben, dass die Rate an **Totgeburten** bei missbrauchten Frauen höher lag als bei Frauen, die keine Partnergewalt angegeben hatte (Jewkes 1999).

Bezüglich der Korrelation von Gewalt während der Schwangerschaft und **Fehlgeburten** liegen widersprüchliche Ergebnisse vor. Während Jacoby et al (1999) einen Zusammenhang belegen konnten, fanden Coker (2004) und Nelson (2003) keine statistisch signifikanten Zusammenhänge.

Erst in jüngster Zeit sind Komplikationen wie die **Sectio caesarea** oder Forzepsentbindung in Hinblick auf mögliche Gewalterlebnisse der Schwangeren untersucht worden.

Die Forschungsteams um Cokkinides (1999) und Rachana (2002) fanden eine erhöhte Kaiserschnitttrate bei gewaltbetroffenen Frauen. Coker (2004) konnte diesen Zusammenhang jedoch nicht bestätigen.

2.8 Sexualität

Die Auswirkungen von Gewalt auf das sexuelle Erleben sind Gegenstand intensiver Forschung. Nachdem besonders das Thema sexueller Missbrauch jahrzehntelang marginalisiert worden war, ist es Mitte der 80er Jahre zunehmend in den Fokus der wissenschaftlichen Aufmerksamkeit und Forschung gerückt. Verschiedene Forscher haben sich mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit und den Folgen für die Sexualität im Erwachsenenleben beschäftigt.

Frauen, die Opfer sexuellen Missbrauchs in der Kindheit waren, erlebten als Erwachsene seltener Orgasmen (Tsai 1979, Walker 1999) und berichteten häufiger über sexuelle Unzufriedenheit (Tsai 1979, Sarwar 1996, Saunders 1992) als nicht missbrauchte Frauen.

Andererseits zeigen epidemiologische Studien (Mullen 1997), dass diese Folgen nicht zwangsläufig auftreten müssen und dass, wie Beier bemerkt, „nicht von einem regelhaften Bestehen systematisierbarer Einschränkungen in der sexuellen Funktions-, Erlebnis- und Beziehungsfähigkeit bei Erwachsenen mit Vorgeschichte eines sexuellen Missbrauchs ausgegangen werden kann“ (Beier 2001). Die Plastizität menschlicher Entwicklung ist immens und der Missbrauch muss auch immer im jeweiligen Kontext gesehen werden: So argumentiert z. B. Beier, dass der massive einmalige sexuelle Übergriff auf ein Kind keinerlei nachweisbare negative Wirkung haben muss, wenn das Kind in einer offenen, behüteten Familienatmosphäre heranwächst (Beier 2001).

Diese protektive Wirkung der Familienatmosphäre für das Verarbeiten eines traumatischen Ereignisses ist immer wieder beschrieben worden (Kinzl 1997).

Eine Schutzwirkung dieser Art ist bei intrafamiliärem Missbrauch kaum zu erwarten.

Das Kind erfährt Gewalt durch eine Person, die ihm eigentlich Vertrauen und Zuwendung geben sollte, und diese Gewalt ist zumeist nicht ein einmaliges Ereignis, sondern dauert oftmals Monate bzw. Jahre an.

Berücksichtigt werden muss in diesem Zusammenhang, dass erst vor wenigen Jahren begonnen wurde, Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen auch nach erlittener körperlicher Gewalt zu befragen. Für den deutschsprachigen Raum konnte Wetzels zeigen,

dass Opfer sexuellen Missbrauchs auch zu einem Drittel Opfer elterlicher physischer Misshandlung waren (Wetzels 1997).

Hierbei ist zu bedenken, dass der physischen Gewalt ohnehin – rein quantitativ betrachtet – ein höherer Stellenwert zukommt. In wie weit diese multiple Viktimisierung auch Einfluss auf spätere Störungen bzw. Krankheiten hat, ist bisher nur in einzelnen Studien untersucht worden.

So fanden z. B. Schloredt und Heiman (2003), dass sich sexuelle Funktionsfähigkeit, sexuelle Wahrnehmung und sexuelles Risikoverhalten in der Tat unterschieden, wenn man Frauen differenziert nach verschiedenen Gewaltformen befragte. Sexueller Missbrauch allein stellte keinen Prädiktor für spätere sexuelle Probleme dar, körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen kombiniert, führten jedoch häufiger zu sexuellen Funktionsstörungen und sexuellem Risikoverhalten.

Dieses vielschichtige und hochkomplexe Thema verdient eine noch ausführlichere Darstellung, die aber den Rahmen dieser Dissertation überschreiten würde.

2.9 *Verschiedene theoretische Ansätze innerhalb des Forschungsbereiches Gewalt und reproduktive Gesundheit*

Obwohl im angloamerikanischen Raum bereits seit über 20 Jahren zum Thema Gewalt und reproduktive Gesundheit geforscht wird, begannen die Forschungsgruppen erst Ende der 90er Jahre ein theoretisches Fundament zu erarbeiten und zu publizieren.

Im Wesentlichen haben sich drei große theoretische Strömungen herauskristallisiert:

- das sog. ökologische Modell (nach Heise 1998)
- das feministische Modell (vertreten durch Pallitto, O'Campo, Diniz u. a.)
- das bindungstheoretische Modell/lerntheoretische Modell (vertreten durch Schloredt, Quinlivan, Ehrensaft u. a.)

Interessanterweise beginnt sich eine **Konvergenz** zum Thema Gewalt zwischen psychosozialen und **neurobiologischen Forschungen** anzubahnen.

Dieser viel versprechende interdisziplinäre Ansatz wird die Aussagekraft diverser Studien zu Gewaltfolgen sicherlich stark erhöhen und könnte sich in Zukunft als viertes theoretisches Modell etablieren. Durch die enorme Entwicklung neuroradiologischer Diagnostik ist es möglich geworden, Veränderungen von Hippocampus, Amygdala, präfrontalem Cortex und

anderen Strukturen sichtbar zu machen, die sich als Reaktion auf Gewalt in frühen Lebensjahren zeigen (Anda 2005, Teicher 2002, Heim 2000, Perry/Pollard 1998).

Das „**ökologische Modell**“ wurde von Lori Heise (1998) entwickelt.

Dieses Modell kann man sich am besten als *vier konzentrische Kreise* vorstellen:

Der erste, innerste Kreis repräsentiert die biologische und persönliche Geschichte, die jedes Individuum durch sein Verhalten in Beziehungen einbringt.

Der zweite Kreis ist der unmittelbare Kontext, in dem die Gewalt meist stattfindet: die Familie, Partnerschaft bzw. Ehe.

Der dritte Kreis repräsentiert die Institutionen und Sozialstrukturen, in welche die Beziehungen eingebettet sind: Nachbarschaft, Arbeitsplatz, soziale Netzwerke und peer groups.

Und *der vierte, äußerste Kreis* stellt das ökologische, ökonomische und soziale Umfeld dar, einschließlich sozialer Normen.

Auf jeder Ebene sind durch verschiedene Studien die folgenden Risikofaktoren identifiziert worden, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass ein Mann Gewalt gegen seine Partnerin ausübt.

Risikofaktoren nach Heise (1998) und Barzelatto (1998):

Individuelle Ebene (biologische und persönliche Geschichte):

- der Mann war Zeuge häuslicher Gewalt im eigenen Elternhaus
- der Mann war Opfer von körperlicher/sexueller Gewalt in der Kindheit
- ein abweisender bzw. abwesender Vater
- Alkoholabusus

Familiäre/Partnerschaftliche Ebene:

- männliche Kontrolle über alle wichtigen Entscheidungen in der Familie inkl. materieller Entscheidungen
- ernste, andauernde Ehe-/Partnerschaftskonflikte

Soziale Ebene:

- niedriger sozioökonomischer Status
- Isolation der Frau/mangelnde soziale Unterstützung
- peer group des Mannes, die Gewalt als probates Mittel zur Konfliktlösung ansieht

Gesellschaftliche Ebene:

- rigide Geschlechterrollen
- ein Konzept von Maskulinität, das Härte, männliche Ehre und Dominanz beinhaltet
- die Vorstellung, die Frau sei „Eigentum des Mannes“

Besonders die auf der sozialen/gesellschaftlichen Ebene identifizierten Risikofaktoren und Konstellationen entstammen der feministischen Theorie.

Viele Studien zum Themenkomplex Gewalt und reproduktive Gesundheit sind von feministischem Gedankengut beeinflusst, d. h. sie verweisen darauf, dass ungleiche Machtverhältnisse zwischen den Geschlechtern durch patriarchale Glaubenssätze und Institutionen aufrechterhalten werden (Dobash 1979, MacKinnon 1983, Smith 1990).

Wenige gewaltbezogene Forschungen haben die **feministische Theorie** jedoch wirklich getestet. Diejenigen, die ihr Studiendesign explizit nach feministischer Theorie aufgebaut haben, fanden, dass ungerechte Machtverhältnisse zwischen den Geschlechtern mit Gewalt gegen Frauen korrelierten (Yllo 1983, Yllo/Straus 1984, Smith 1990, Koenig 2003, Pallitto 2005). Yllo (1983) konnte aber auch aufzeigen, dass die Beziehung zwischen egalitären Geschlechterverhältnissen und Gewalt keineswegs linear ist. Gebiete mit wenig ausgeprägten egalitären Machtverhältnissen zeigten die höchste Rate an Gewalt gegen Frauen. Dies entspricht der feministischen Theorie. Die zweithöchste Rate an Gewalt zeigte sich jedoch in Gebieten, die ein sehr egalitäres Machtgefüge offenbarten.

Offenbar scheint ein höherer Status der Frauen wiederum verstärkt Gewalt hervorzurufen.

Smith et al (1990) haben eine „patriarchale Glaubensskala“ entwickelt.

Diese ist in modifizierter Form häufig in feministischen Forschungen zu finden.

So wird gefragt, ob der Mann das Recht habe, über Arbeit, Freizeitaktivitäten/Sozialleben seiner Partnerin zu bestimmen; ob es wichtig für ihn sei, zu zeigen, dass er das Oberhaupt der Familie ist; ob er das letzte Wort bei materiellen Anschaffungen habe; ob er das Recht habe, mit seiner Partnerin Sex zu haben, wann immer er möchte usw.

Diese theoretischen Grundlagen werden von anderen Forschenden teilweise kritisch betrachtet. Das Phänomen der Partnergewalt zwischen gleichgeschlechtlichen Partnern lässt sich zum Beispiel nur unzureichend mit dem Machtgefüge zwischen Mann und Frau erklären.

Da die feministische Theorie ihrem Wesen nach sehr auf den strukturellen Aspekt von Gewalt fokussiert, verwundert es nicht, dass auch das Gesundheitssystem als Aggressor benannt wurde.

Besonders für die Gesundheitsversorgung im reproduktiven Bereich ist beschrieben worden, wie die Integrität von Frauen systematisch verletzt wird (Diniz 1998, d'Oliveira 2002).

Diese Perspektive ist insofern bemerkenswert, da sie nahe legt, dass im Gesundheitswesen Tätige nicht nur als „Rettung“ für gewaltbetroffene Frauen gesehen werden können, sondern teilweise selbst Gewalt gegen Frauen ausüben. Dieser Aspekt wird in anderen theoretischen Modellen zum Thema Gewalt und Gesundheit weitgehend vernachlässigt.

Die **Bindungstheorie** hat innerhalb der letzten Jahre für den Bereich der Gewaltforschung an Bedeutung gewonnen. Ausgehend von Bowlbys Vorstellung, dass internalisierte Verhaltensmuster sich aus frühen Erfahrungen mit den Bezugspersonen entwickeln, wird postuliert, dass die Wurzeln von Gewalttätigkeit in einer massiven Störung früherer Bindungserfahrung zu sehen sind (Bowlby 1969, Alexander 1992, McClellan 2000, Schloredt/Heiman 2003, Milan 2004). West (1999) weist darauf hin, dass ein unsicherer Bindungsstil nicht ausreichend ist, um Gewalttätigkeit im Erwachsenenalter zu erklären. Er spricht deshalb von „desorganisierter Bindungsrepräsentation“, einer schwerwiegenden Bindungsstörung, die im Erwachsenenalter in gewalttätige Beziehungsmuster mündet.

In diesem Zusammenhang wird von einer intergenerationellen Transmission von Gewalt gesprochen (McClellan 2000). Verschiedene Studien haben konsistente Ergebnisse erbracht, dass es eine Kontinuität gibt, was das Bindungsverhalten über mehrere Generationen betrifft: So wie jemand von seinen Eltern behandelt worden ist, wird er mit großer Wahrscheinlichkeit auch seine eigenen Kinder behandeln (Milan 2004, Dubow 2003, Belsky 1993).

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass unterstützende Paarbeziehungen im Erwachsenenalter einen sog. „buffering effect“ haben, d. h. sie wirken protektiv und tragen offensichtlich dazu bei, die Transmission von Gewalt zu verhindern (Belsky 1987, Egeland 1988, Milan 2004, Quinlivan 2005).

Für den reproduktiven Bereich konnte gezeigt werden, dass der Übergang zur Mutter-/Elternschaft eine Entwicklungsaufgabe darstellt, bei der internalisierte frühe Bindungsmuster von größter Bedeutung sind (Quinlivan 2005, Milan 2004).

Bei untersuchten Frauen, die in ihrer derzeitigen Partnerschaft wenig Unterstützung erfuhren, war früher körperlicher Missbrauch ein Prädiktor für Mutter-Kind-Schwierigkeiten

(Milan 2004). Emotionale Vernachlässigung durch eine primäre Bezugsperson ist ebenfalls mit erhöhter Vulnerabilität für Stresserleben und Gewalttätigkeit im Erwachsenenalter in Verbindung gebracht worden. Allerdings war der negative Effekt geschlechtsabhängig, d. h. deutlicher ausgeprägt, wenn die primäre weibliche Bezugsperson das Kind vernachlässigt hatte (Wark 2003). Die Bereitschaft der betroffenen Frauen in gewalttätigen Partnerschaften zu verweilen, wird durch bindungstheoretische Konzepte zumindest teilweise besser verständlich. Coid et al (2001) haben nachweisen können, dass besonders Frauen, die multiplen Gewaltformen in der Kindheit ausgesetzt waren, das größte Risiko haben, sich als Erwachsene in gewalttätigen Partnerschaften wieder zu finden. Die genauen Mechanismen dieser Reviktimisierung sind noch unverstanden, möglicherweise spielt hier die Ausbildung einer instabilen und eher abhängigen Persönlichkeitsstruktur der Frauen eine ausschlaggebende Rolle, wiederum als Folge der frühen Gewalterfahrungen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es *den* theoretischen Ansatz in Bezug auf Gewalt und Frauengesundheit nicht gibt, vielmehr wurde erst in den letzten Jahren begonnen, ein theoretisches Fundament zu erarbeiten, das sich im wesentlichen auf die oben erläuterten Ansätze bezieht. Die Mehrzahl der zitierten Studien inkorporiert meist Vorstellungen aus mehreren theoretischen Modellen.

3 Herleitung der Aufgabenstellung

3.1 Zielstellung

Der Einfluss von Gewalt auf die reproduktive und sexuelle Gesundheit von Frauen ist in Deutschland bisher nicht untersucht worden.

Die vorliegende Studie ist die erste Untersuchung in der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland, die sich mit dieser Thematik auseinandersetzt.

Die Untersuchung kann nicht als repräsentativ gelten, stellt aber auch keinen hochselektiven Zugang wie z. B. die Untersuchung in einer psychosomatischen Klinik oder einem Frauenhaus dar. Somit lassen sich bezüglich der Prävalenz und Korrelationen durchaus Verallgemeinerungen ableiten.

Auf einer rein deskriptiven Ebene soll die Prävalenz körperlicher und sexueller Gewalt zu verschiedenen Lebenszeitpunkten der befragten Frauen dargestellt werden.

Davon ausgehend soll betrachtet werden, ob und wenn ja, welche Zusammenhänge verschiedene Gewaltformen (körperliche/sexuelle Gewalt) zu reproduktiven und sexuellen Prozessen zeigen.

Dabei soll genauer betrachtet werden, ob körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen unterschiedliche Korrelationen zu reproduktiven und sexuellen Prozessen aufweisen und ob dem Zeitpunkt der Gewalterfahrung (vor dem 14. Lebensjahr/nach dem 14. Lebensjahr/während der Schwangerschaft/während der vergangenen 12 Monate) eine unterschiedliche Bedeutung zukommt.

Frauen, die sowohl körperliche als auch sexuelle Gewalt erfahren haben, sollen erfasst werden, um Aussagen zu treffen, ob diese multiple Viktimisierung ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von reproduktiven und sexuellen Problemen birgt.

Die Studie ermöglicht ebenfalls eine differenzierte Darstellung der unterschiedlichen Schweregrade der erlebten Gewalt in Relation zu den gesundheitlichen Beschwerden.

Schwangerschaft, Geburt und Sexualität sind ihrem Wesen nach multifaktorielle Prozesse.

Die vorliegende Untersuchung will deutlich machen, dass Gewalterfahrungen von Frauen in diesem komplexen Geschehen einen bedeutsamen Faktor darstellen können.

Ziel dieser Arbeit ist es auch, die Thematik Gewalt und reproduktive/sexuelle Gesundheit in den wissenschaftlichen Diskurs in Deutschland einzubringen.

3.2 Hypothesen

Es werden folgende Hypothesen aufgestellt:

- | | | |
|-------------------------------|---|-------------------------------------|
| Frauen mit
Gewalterfahrung | <ul style="list-style-type: none">○ werden häufiger schwanger○ haben häufiger unerwünschte Schwangerschaften○ haben häufiger Teenagerschwangerschaften○ klagen häufiger über Schwangerschaftskomplikationen○ lassen häufiger Schwangerschaftsabbrüche vornehmen○ haben häufiger Fehlgeburten○ haben häufiger Früh- bzw. Mangelgeburten○ berichten häufiger über mangelnde sexuelle Erregung○ erleben seltener Orgasmen○ geben häufiger an, sexuelle Aktivität zu vermeiden | als Frauen ohne
Gewalterfahrung. |
|-------------------------------|---|-------------------------------------|

4 Material und Methoden

4.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittsstudie, welche die Prävalenz von Gewalterfahrungen sowie verschiedene Gesundheitsparameter bei 730 ambulanten Patientinnen in 13 Berliner Arztpraxen untersucht.

Für die Untersuchung des Einflusses von Gewalt auf Schwangerschaftsverläufe konnten die Daten von 496 der 730 Frauen verwertet werden, d. h. die Daten derjenigen Frauen, die angegeben hatten, bereits wenigstens einmal schwanger gewesen zu sein bzw. zum Erhebungszeitpunkt aktuell schwanger waren.

Für die Betrachtung der sexuellen Funktionen standen die Datensätze von 715 Frauen zur Verfügung.

Die Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Befragung waren zum einen die deutsche Staatsbürgerschaft der Frauen und zum anderen ein Alter zwischen 18 und 65 Jahren.

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Juni 2002 bis April 2003.

Die Fragebögen wurden in sechs gynäkologischen Praxen und sieben allgemeinmedizinischen Praxen ausgegeben, die sich in folgenden Berliner Stadtbezirken befanden: Friedrichshain, Pankow, Lichtenberg, Prenzlauer Berg, Kreuzberg, Reinickendorf, Schöneberg und Wedding.

Die Frauen konnten den Fragebogen entweder während ihrer Wartezeit ausfüllen und bei den jeweiligen Projektmitarbeiterinnen abgeben oder sie konnten den Fragebogen zuhause ausfüllen und in einem ausgegebenen, bereits frankierten Umschlag an die Charité zurücksenden.

Dem Fragebogen beigelegt war eine Postkarte, mit der die befragten Frauen ihr Interesse an einem vertiefenden Interview bekunden konnten. Die Interviews sollen Teil einer späteren qualitativen Studie werden. Diese Postkarten wurden getrennt von den Fragebögen zurückgeschickt. Retrospektiv wurden Daten zu folgenden Gebieten erhoben: sozioökonomische und lebensgeschichtliche Umstände, Gewalterfahrungen in der Kindheit, im Erwachsenenalter, während der Schwangerschaft und während des zurückliegenden Jahres, aktueller Gesundheitszustand, Erkrankungen und Beschwerden, Schwangerschaftsverläufe und Sexualität.

Die realisierte Stichprobe kann in Bezug auf die Auswahl der Arztpraxen nicht als repräsentativ gelten: angesprochene Ärzte waren oftmals nicht bereit, diese Befragung in ihrer Praxis zuzulassen. Das Thema Gewalt ist nach wie vor stark tabuisiert im medizinischen Bereich bzw. von Vorurteilen und Ignoranz geprägt. So antwortete z. B. ein Allgemeinarzt in Friedrichshain „Häusliche Gewalt? So was kommt doch nur bei Asylanten vor.“ Eine Lichtenberger Kollegin war fest überzeugt, „dass so etwas bei *ihren* Frauen ganz bestimmt nicht vorkommt“ und eine Friedrichshainer Gynäkologin lehnte die Befragung ab, weil „das ein sehr schlechtes Licht auf ihre Praxis werfen würde.“ Bedingt durch diese Ablehnung kam es zu einer Selektion von Arztpraxen, die von Ärzten und Ärztinnen mit psychosomatischer Vorbildung und Interesse an psychosozialen Belangen geführt wurden.

4.2 Datenschutz

Der Fragebogen enthält zum Teil sehr persönliche, intime Fragen bezüglich körperlicher und sexueller Gewalterfahrungen, familiären Konstellationen, Partnerschaftserleben und Sexualität.

Den teilnehmenden Frauen wurde ausführlich erklärt, dass diese sensiblen Daten in anonymisierter Form im Computer gespeichert und ausgewertet werden.

Vorgehensweise und inhaltliche Aspekte des Fragebogens waren mit dem Berliner Datenschutzbeauftragten abgestimmt (Vorgangsnr. 54.2073.1). Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes wurden eingehalten.

Die **ethische Dimension** von Forschungen im Bereich häuslicher Gewalt ist schon seit einigen Jahren Gegenstand reger Diskussion.

Ellsberg und Heise, zwei der renommiertesten Gewaltforscherinnen weltweit, veröffentlichten dazu im Jahr 2002 einen Artikel im „Lancet“ (Ellsberg/Heise 2002).

In diesem Artikel nehmen sie Bezug auf die 1999 von der WHO veröffentlichten ethischen Richtlinien für Forschung im Bereich Häusliche Gewalt (WHO 1999).

Die herausgearbeiteten Hauptpunkte sind:

- die Sicherheit der Befragten hat Priorität und sollte bei allen Entscheidungen des Forschungsteams an erster Stelle stehen
- alle Angaben der Frauen müssen streng vertraulich behandelt werden
- die Mitglieder der Forschungsgruppe müssen sorgfältig ausgewählt werden und besonderes Training hinsichtlich möglicher Reaktionen der befragten Frauen erhalten

- die Mitglieder der Forschungsgruppe müssen in der Lage sein, hilfsbedürftige Frauen auf entsprechende Hilfsangebote von psychosozialen Institutionen zu verweisen
- den Mitgliedern der Forschungsgruppe muss ebenfalls emotionale Unterstützung angeboten werden, um mögliche Überlastungen durch die ständige Konfrontation mit dem Thema Gewalt zu vermeiden bzw. eigene Gewalterfahrungen der Forschenden, die so reaktiviert werden können, aufzuarbeiten

In der vorliegenden Untersuchung wurde diesen ethischen Überlegungen Rechnung getragen, indem die Patientinnen in den Arztpraxen vom Untersuchungsteam persönlich angesprochen wurden, um ihnen den Inhalt des Fragebogens darzulegen. Dabei erläuterten die jeweiligen Projektmitarbeiterinnen, dass der Fragebogen sehr detaillierte Fragen zu körperlicher und sexueller Gewalt enthält. Wir wiesen jedoch explizit darauf hin, dass wir sowohl Frauen mit als auch ohne Gewalterfahrung befragen wollten, so dass für die anderen anwesenden Frauen im Warteraum nicht ersichtlich war, ob die angesprochene Frau Gewalt erfahren hatte.

In Kooperation mit den teilnehmenden Ärzten und Ärztinnen wurden in den Wartezimmern der Arztpraxen diverse Informationsmaterialien und Flyer von Ansprechstellen zum Thema häusliche Gewalt ausgelegt. Der ausgegebene Fragebogen enthielt des Weiteren den folgenden Hinweis: „Die Ärztinnen und Ärzte, in deren Praxis diese Befragung durchgeführt wird, sind nicht zufällig ausgewählt. Sie haben sich dazu bereit erklärt, weil sie es besonders wichtig finden, Frauen, die in einer schwierigen Lage sind, zu unterstützen. Wenn Sie möchten, können Sie mit Ihrer Ärztin/mit ihrem Arzt über die Befragung oder Ihre Erfahrungen sprechen, aber das liegt ganz bei Ihnen.“ Auch die Telefonnummern der beiden Projektleiterinnen waren mit angegeben. Den teilnehmenden Arztpraxen wurde für den Bedarfsfall (z. B. mögliche Überlastung, Überforderung durch die Behandlung gewaltbetroffener Frauen) eine Supervision angeboten.

4.3 Konstruktion des Fragebogens

Es handelt sich um einen Fragebogen zum Selbstausfüllen, der auf 32 Seiten insgesamt 116 Fragen mit 715 Items enthält. Er beinhaltet hauptsächlich geschlossene, aber auch halboffene Fragen. Am Ende des Fragebogens besteht die Möglichkeit, Kommentare, Anmerkungen usw. niederzuschreiben. Es musste ein eigener Fragebogen entwickelt werden, da bislang für den deutschsprachigen Raum kein validiertes Erhebungsinstrument vorlag, mit dem verschiedene Gewaltformen differenziert betrachtet werden können und gleichzeitig gesundheitliche Parameter erfragt werden. In die Entstehung des entwickelten Fragebogens

sind verschiedene validierte Fragebögen aus dem deutsch- und englischsprachigen Raum eingeflossen. Auf diese wird unter Punkt 4.4 eingegangen.

4.4 Dimensionen des Fragebogens

4.4.1 Sozioökonomische Parameter:

Alter, Familienstand, Schulbildung, berufliche Qualifikation, Erwerbsstatus, Haushaltseinkommen, Wohnbezirk

4.4.2 Partnerschaft

Dauer der Partnerschaft, gemeinsamer Haushalt, schulische und berufliche Bildung des Partners, Erwerbstätigkeit des Partners, Zufriedenheit mit der Partnerschaft in verschiedenen Bereichen (Arbeitsverteilung im Haushalt, Verwaltung der Finanzen, Freizeitgestaltung, individuelle Freiräume, Sexualität, Gefühlsäußerungen, Verständnis für Sorgen, Umgangsformen, Stabilität und Sicherheit), belastende Verhaltensweisen des Partners (Alkoholkonsum, Tätlichkeiten der Partnerin bzw. den Kindern gegenüber, Untreue, Geldverschwendung, Unzuverlässigkeit), Trennungsgedanken, Vorhandensein von Kindern, Kinderzahl, glücklich mit der Partnerschaft.

Dieser Fragebogenabschnitt wurde dem Forschungsprojekt „Soziopsychosomatisch orientierte Begleitung in der Schwangerschaft“ entlehnt (Rauchfuß 1996).

4.4.3 Soziale Unterstützung

Wir verwendeten den Fragebogen zur Sozialen Unterstützung von Sommer und Fydrich. (Sommer/Fydrich 1989), und zwar die Kurzform mit 22 Items (F-Sozu, Form S2).

Dieses Verfahren dient der Selbstbeurteilung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

Hier werden auf einer 5-stufigen Skala von „gar nicht zutreffend“ bis „sehr zutreffend“ verschiedene Parameter der sozialen Unterstützung erfragt, wie z. B. „Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann“ oder „Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung kümmern, wenn ich mal nicht da bin“.

4.4.4 Körperliche Gewalterfahrungen

Hier fragten wir

- nach dem Konfliktverhalten der Eltern untereinander (z. B. ob die jeweilige Frau Zeugin von Gewalt im eigenen Elternhaus war)
- wie jeweils Mutter/Vater der befragten Frau mit ihr Konflikte ausgetragen haben
- körperliche Gewalt vor dem 14. Lebensjahr/nach dem 14. Lebensjahr/während einer Schwangerschaft/während der vergangenen 12 Monate

Die Eingangsfrage lautete: „Wurden Sie jemals in Ihrem Leben, also in Ihrer Kindheit, Jugend oder zu einem späteren Zeitpunkt geohrfeigt, geschlagen, getreten, gestoßen oder sonst irgendwie absichtlich körperlich verletzt oder bedroht?“

Daraufhin wurde in 10 Items detailliert **Schwere der erfahrenen Gewalt** sowie **Häufigkeit der Gewalttaten** (nie/selten/manchmal/häufig) erfasst.

Ein Item war eine halboffene Frage „jemand hat etwas anderes getan, das mir weh getan hat oder versucht das zu tun“, so dass die Frauen nicht aufgeführte Handlungen angeben konnten.

Die Schweregrade wurden in Anlehnung an die Conflict Tactics Scales (CTS)/revised CTS (Straus 1972/Straus 1990) und die KFN-Opferbefragung (Wetzels/Pfeiffer 1995) unterteilt in:

- **Drohung (threat)**
 - jemand hat mir mit Schlägen gedroht oder damit, etwas nach mir zu werfen
 - jemand hat etwas durch die Gegend geworfen, etwas zertrümmert oder auf etwas eingeschlagen
- **leichtere Gewalt (minor violence)**
 - jemand hat mir eine runtergehauen/mir eine Ohrfeige gegeben
 - jemand hat mich hart angepackt, gestoßen oder heftig geschüttelt
- **schwere Gewalt (major violence)**
 - jemand hat mich mit der Faust geschlagen, mit dem Fuß getreten oder mit einem Gegenstand beworfen
 - jemand hat mich verprügelt oder zusammengeschlagen
 - jemand hat mich gewürgt oder absichtlich verbrannt oder verbrüht
 - jemand hat mich mit einer Waffe (z. B. Messer, Schlagring, Baseballschläger, Schusswaffe) bedroht
 - jemand hat mich mit einer Waffe (z. B. Messer, Schlagring, Baseballschläger, Schusswaffe) verletzt

Gefragt wurde auch nach den **Tätern und Täterinnen** und wie häufig diese Personen Gewalt ausgeübt haben.

Für den Zeitraum vor dem 14. Lebensjahr fragten wir nach Gewalt durch folgende Personen: Vater, Mutter, Lebensgefährte der Mutter/Stiefvater, Lebensgefährtin des Vaters/Stiefmutter, Bruder/Stiefbruder, Schwester/Stiefschwester, andere Person im Haushalt (halboffene Frage), andere bekannte oder verwandte Person, die nicht im Haushalt lebte (halboffene Frage), fremde Person, mehrere Personen gleichzeitig

Für den Zeitraum nach dem 14. Lebensjahr, Schwangerschaft und die vergangenen 12 Monate fragten wir nach oben genannten Tätern und Täterinnen und zusätzlich nach Gewalt durch den Ehemann/Partner und Ex-Ehemann/Ex-Partner.

In den nun folgenden Items wurde exploriert, wie sich die Frauen verhalten hatten, als sie diese Tötlichkeiten oder Drohungen erfahren hatten.

Ob sie die Tötlichkeiten erduldet hatten, versucht hatten, die Person zu beruhigen, sich körperlich gewehrt hatten, geflüchtet waren usw.

Wir fragten auch, welche **Schritte nach der Tat** unternommen worden sind, wie z. B. Verständigen der Polizei, Aufsuchen eines Rechtsanwaltes, Trennung von der Person oder ob der Übergriff als „nicht weiter schlimm“ erlebt wurde. Die nächste Frage lautete: „Mit wem haben Sie über das Ereignis/die Ereignisse gesprochen?“ Als Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren: Person, die das getan hat, Partner/Ehemann, beste Freundin, bester Freund, Verwandte/Familienangehörige, andere Freunde/Kollegen, Pfarrer, Notruf, Beratungsstelle, Ärztin/Arzt, andere Personen (halboffene Frage), mit niemandem.

Zu den möglichen **Folgen** der erlebten Gewalt waren folgende Items vorgegeben: körperliche Verletzungen, die ärztlich behandelt werden mussten; leichte körperliche Verletzungen, die von alleine verheilt sind, Schmerzen, seelischer Schock, Angstgefühle, Gefühle der Erniedrigung, nicht mehr sicher gefühlt, sonstiges (halboffene Frage), keine Folgen. Die befragten Frauen konnten dabei differenzieren, ob diese Folgen „nie“, „früher, aber heute nicht mehr“ bzw. „heute noch“ für sie spürbar sind/waren. Abschließend wollten wir erkunden, wie die Frauen die Rolle von Ärztinnen und Ärzten sehen, um mögliche Gewalterlebnisse im Rahmen von Anamnese und Stuserhebung aufzudecken.

Die erste allgemein gehaltene Aussage lautete: „Ärztinnen und Ärzte sollten ihre Patientinnen nach Gewalterlebnissen fragen.“ Dann folgten spezifischere Aussagen: „Ich würde meiner Ärztin/meinem Arzt von mir aus erzählen, wenn jemand mir gegenüber gewalttätig gewesen

wäre.“ „Ich würde meiner Ärztin/meinem Arzt von Gewalttätigkeiten mir gegenüber erzählen, wenn sie/er mich danach fragen würde.“ „Es wäre mir unangenehm, wenn meine Ärztin/mein Arzt mich nach Gewalterfahrungen fragen würde.“ Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten waren „ja“, „nein“ und „weiß nicht“.

4.4.5 Sexuelle Gewalterfahrungen

Hier wurde analog der unter Punkt 4.4.4 geschilderten Vorgehensweise bei körperlicher Gewalt verfahren.

Die Eingangsfrage lautete: „Wurden Sie jemals in Ihrem Leben, also in Ihrer Kindheit, Jugend oder später zu sexuellen Dingen gezwungen oder hat jemand sexuelle Dinge von Ihnen verlangt, die Sie zu diesem Zeitpunkt nicht wollten, die Sie damals nicht verstanden haben oder hat jemand versucht, das zu tun?“

Dann folgten 10 Items, die **Schweregrad** und **Häufigkeit** (nie/selten/manchmal/häufig) der sexuellen Übergriffe erfragten.

Die nächsten Fragen sollten spezifizieren, ob sich die sexuellen Übergriffe vor dem 14. Lebensjahr/ nach dem 14. Lebensjahr/ während einer Schwangerschaft/ während der vergangenen 12 Monate ereignet hatten.

In Anlehnung an die KFN-Opferbefragung (Wetzels/Pfeiffer 1995) befragten wir die Frauen zu sexuellen Gewalterlebnissen unterschiedlichen Schweregrades.

- **Exhibitionismus**
 - jemand hat seine Geschlechtsteile vor mir entblößt, um sich sexuell zu erregen
- **sexueller Übergriff ohne Genitalkontakt**
 - jemand hat mich festgehalten und gegen meinen Willen geküsst oder versucht mich zu küssen
- **sexueller Übergriff mit Genitalkontakt**
 - jemand hat mich aufgefordert, sein/ihr Geschlechtsteil zu berühren oder ihn/sie sonst irgendwie mit der Hand sexuell zu erregen
 - jemand hat mich an meinem Geschlechtsteil, an der Brust oder am After berührt, um sich sexuell zu erregen
- **sexueller Übergriff mit versuchter Penetration (versuchte Vergewaltigung)**
 - jemand hat versucht, mit seinem Penis in meine Scheide einzudringen
 - jemand hat versucht, mit seinem Penis in meinen Mund oder in meinen After einzudringen

- **sexueller Übergriff mit vollzogener Penetration (Vergewaltigung)**
 - jemand ist mit dem Finger, der Zunge oder einem Gegenstand in meine Scheide oder in meinen After eingedrungen, um sich sexuell zu erregen
 - jemand ist mit seinem Penis in meine Scheide eingedrungen
 - jemand ist mit seinem Penis in meinen Mund oder in meinen After eingedrungen

Des Weiteren gab es eine halboffene Frage, in der die Frauen sexuelle Übergriffe angeben konnten, die von den bisherigen Items nicht erfasst wurden.

Wie unter Punkt 4.4.4 ausführlich dargelegt, fragten wir nach Tätern und Täterinnen, mit wem die Frauen über die sexuellen Übergriffe gesprochen hatten, welche Schritte sie danach eingeleitet haben und welche Folgen diese sexuellen Gewalterfahrungen für die betroffenen Frauen hatten. Bei den Folgen waren zusätzlich noch die Items „Probleme mit der Sexualität“ und „Probleme in der Beziehung zu Männern allgemein“ aufgeführt.

Unter Punkt 5.4 (Tab. 7) wird die für diese Untersuchung verwendete Einteilung der Schweregrade der Gewalt dargelegt.

4.4.6 Gesundheitszustand/Beschwerden

In diesem Fragebogenabschnitt wurde detailliert nach aktuellen und früheren Gesundheitsstörungen gefragt. Der allgemeine körperliche und psychische Gesundheitszustand wurde mit dem validierten Fragebogen zur Erfassung des allgemeinen Gesundheitszustandes SF-12 nach Bullinger erfasst (Bullinger/Kirchberger 1998).

Das Beschwerdeniveau wurde mit der Beschwerdeliste nach Zerssen (Zerssen/Koeller 1976) erfragt. Es folgten Fragen zu Beschwerden und Störungen aus verschiedenen Fachdisziplinen (Gynäkologie, Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Chirurgie), zur Medikamenteneinnahme, zur Häufigkeit von Arztbesuchen und der Inanspruchnahme von Psychotherapie und komplementären Heilmethoden. Weiterhin wurden Körpergröße, Gewicht, Nikotinabusus, Alkoholkonsum und Gebrauch illegaler Drogen erfragt.

4.4.7 Schwangerschaften und Geburten

Dieser Fragebogenabschnitt befasste sich mit dem Verlauf der Schwangerschaften und den jeweiligen Geburtsausgängen und wurde dem Forschungsprojekt „Soziopsychosomatisch orientierte Begleitung in der Schwangerschaft“ entlehnt (Rauchfuß 1996).

Eingangs wurde erfragt, ob die jeweilige Frau momentan schwanger ist bzw. ob sie früher schon einmal schwanger war und wie oft sie insgesamt schwanger war.

Wir baten die Frauen, auch Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüche zu berücksichtigen.

Nun wurden zu jeder Schwangerschaft folgende Fragen gestellt:

- In welchem **Jahr** waren Sie schwanger?
- Wie **erwünscht** war diese Schwangerschaft? (sehr erwünscht/ziemlich erwünscht/eher erwünscht/eher unerwünscht/ziemlich unerwünscht/sehr unerwünscht)
- Welche **Komplikationen/Besonderheiten** traten auf? (keine Komplikationen/starkes Erbrechen/Blutungen in der 1. Schwangerschaftshälfte/Blutungen in der 2. Schwangerschaftshälfte/vorzeitige Wehentätigkeit bzw. drohende Frühgeburt/Gestose (Bluthochdruck, Wasser in den Beinen und Eiweiß im Urin)/Mangelentwicklung des Kindes/ Risiko in der Vorgeschichte/Zwillingschwangerschaft/Bauchhöhlen- oder Eileiterschwangerschaft/andere Komplikation)
- Mussten Sie sich wegen der angegebenen Komplikation in **ambulante** und/oder **stationäre Behandlung** begeben?
- Wie endete die Schwangerschaft? (**Schwangerschaftsausgang**) termingerechte Geburt eines Kindes über 2500 g/termingerechte Geburt eines Kindes unter 2500 g/ Frühgeburt vor der 37. SSW/Totgeburt/Fehlgeburt 1.–4. Monat/Fehlgeburt 5.–7. Monat/Schwangerschaftsabbruch/die Schwangerschaft ist noch nicht beendet
- die aktuell schwangeren Frauen wurden gebeten, die Schwangerschaftswoche, in der sie sich befanden, anzugeben

4.4.8 Sexualität

Das Thema Sexualität bildete den Abschluss des Fragebogens.

Es wurden Fragen zur sexuellen **Appetenz**, zur sexuellen **Erregung** während des Geschlechtsverkehrs bzw. während der Selbstbefriedigung, zur **Orgasmushäufigkeit**, zu **Dyspareunie** und **Vaginismus** gestellt. Die Häufigkeiten konnten mit „nie“, „selten“, „häufig“ oder „sehr häufig“ angegeben werden. Außerdem war es möglich, mit „trifft nicht zu“ zu antworten, wenn die betreffende Frau z. B. gerade keinen Partner hatte.

Bezüglich der Häufigkeit sexueller Aktivität fragten wir explizit „Wie häufig sind Sie mit Ihrem Partner sexuell aktiv (z. B. Geschlechtsverkehr)?“ Als Antwortmöglichkeiten waren „nie“, „1-mal pro Monat oder weniger“, „etwa 1-mal pro Woche“, „mehrmals pro Woche“, „1-mal pro Tag oder öfter“ bzw. „trifft nicht zu“ vorgesehen. Darauf aufbauend wurde erfragt „Wie häufig wünschen Sie mit Ihrem Partner sexuell aktiv zu sein?“, um mögliche Diskrepanzen zwischen tatsächlicher und gewünschter Häufigkeit sichtbar zu machen.

4.5 Erhebung der Daten/Rücklaufquote

Die Daten wurden von Juni 2002 bis April 2003 in sechs gynäkologischen und sieben allgemeinmedizinischen Praxen in Berlin erhoben.

Es wurden alle Frauen, die die Wartezimmer betraten, konsekutiv angesprochen, um zu prüfen, ob sie die Kriterien für die Studienteilnahme erfüllten. Als Einschlusskriterien galten ein Alter zwischen 18 und 65 Jahren und die deutsche Staatsbürgerschaft.

Insgesamt wurden 2 597 Frauen in den dreizehn teilnehmenden Arztpraxen angesprochen.

Von diesen Frauen waren 272 (10,5 %) über 65 Jahre alt, 119 (4,6 %) jünger als 18 Jahre.

265 der angesprochenen Frauen hatten keine deutsche Staatsbürgerschaft.

Somit erfüllten 1 941 Frauen die Einschlusskriterien, von denen sich 1 716 (88,4 %) bereit erklärten, an der Untersuchung teilzunehmen. 225 Frauen (11,6 %) lehnten die Teilnahme ab.

Insgesamt wurden 746 Fragebögen zurückgesandt, die Rücklaufquote betrug somit 43,5 %.

Bezogen auf die Gesamtzahl der Frauen, die die Einschlusskriterien erfüllten betrug der Rücklauf 38,4 %. Von den eingegangenen 746 Fragebögen konnten 17 nicht verwertet werden, da zu wenige Fragen beantwortet worden waren. Insgesamt standen also 730 Datensätze (davon 569 aus gynäkologischen und 161 aus allgemeinmedizinischen Praxen) zur Verfügung. Für die Datenauswertung bezüglich reproduktiver Prozesse konnten die Datensätze von 496 Frauen verwendet werden, die angegeben hatten, bereits mindestens einmal schwanger gewesen zu sein. Hinsichtlich Fragen zum sexuellen Erleben konnten die Datensätze von 715 Frauen verwendet werden, die Angaben zur Sexualität gemacht hatten.

4.6 Datenauswertung/Fehlerkontrolle

Die Datenerfassung sowie deren Auswertung erfolgte mit statistischen Programmpaketen SPSS, Version 11.0./13.0. Die Daten wurden von den Projektmitarbeiterinnen eingegeben. Falsch übertragene Werte wurden bei Häufigkeitsauswertungen bzw. logische Fehler bei der statistischen Analyse erkannt und nach entsprechendem Vergleich mit den Originaldaten korrigiert. Zur Fehlerkontrolle wurde die Eingabe jedes zehnten Fragebogens von einer zweiten Person überprüft. Die Fehlerquote lag unter 1,5 % und es konnte nach entsprechenden Korrekturen auf weitere Überprüfungen verzichtet werden.

Die Datenauswertung erfolgte hauptsächlich mit nichtparametrischen Testverfahren (Chi-Quadrat-Test, U-Test nach Mann-Whitney, Kruskal-Wallis-Test), Berechnung bivariater Korrelationsmaße und dem Verfahren der logistischen Regression.

Der Mann-Whitney-U-Test wurde hauptsächlich eingesetzt, um die zwei Ausprägungen „keine Gewalt“ und „schwere Gewalt“ hinsichtlich reproduktiver Parameter miteinander zu vergleichen.

Der Kruskal-Wallis-Test, der als Verallgemeinerung des Mann-Whitney-U-Test betrachtet wird, wurde vornehmlich eingesetzt, um zusätzliche Informationen über die rangmäßige Abstufung der Stichprobenwerte zu verwerten, d. h. hier wurden alle vier Schweregrade von Gewalterfahrungen in die Berechnung miteinbezogen (Janssen 1999, Baur 2004).

Die logistische Regression wurde exemplarisch für zwei reproduktive Parameter angewandt und ist an entsprechender Stelle ausgewiesen.

5 Ergebnisse

5.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Gesamtstichprobe setzte sich aus den Angaben von 730 Frauen zusammen. Für die vorliegende Untersuchung wurden daraus zwei Samples extrahiert: ein „reproduktives Sample“ (n=496), welches alle Frauen beinhaltete, die angegeben hatten, mindestens einmal schwanger gewesen zu sein und ein „sexuelles Sample“ (n=715), welches alle Frauen einschloss, die die Fragen zur Sexualität beantwortet hatten. Die Zuordnung zu den jeweiligen Samples erfolgte unabhängig von den Gewalterfahrungen der Frauen. Die Samples werden im Folgenden hinsichtlich verschiedener relevanter Parameter dargestellt.

5.1.1 Alter, Schul- und Berufsabschluss, Nettohaushaltseinkommen, Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Kinderzahl

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe (reproduktives und sexuelles Sample)

	Reproduktives Sample n=496 (fehlende Werte ausgeschlossen)		Sexuelles Sample n=715 (fehlende Werte ausgeschlossen)	
Alter	Häufigkeit n	Häufigkeit %	Häufigkeit n	Häufigkeit %
18-25	37	7,5	146	20,5
26-35	180	36,4	264	37,1
36-45	144	29,1	166	23,3
46-55	80	16,1	86	12,1
56-65	53	10,7	50	7,0
Familienstand				
ledig	183	37,0	388	54,4
verheiratet	236	47,8	248	34,8
geschieden	64	13,0	67	9,4
verwitwet	11	2,2	10	1,4
Berufsabschluss				
ohne Abschluss	27	5,6	51	7,8
Facharbeiterin	31	6,5	38	5,8
betriebl. Ausbildung	93	19,5	142	21,6
Berufsfachschule	31	6,5	40	6,1
Fachschule	69	14,4	78	11,9
Fachakademie	15	3,1	22	3,4
Hochschule	139	29,1	180	27,4
anderer Abschluss	9	1,9	20	3,0

(Fortsetzung Tab.1)	Reproduktives Sample n=496		Sexuelles Sample n=715	
	Häufigkeit n	Häufigkeit %	Häufigkeit n	Häufigkeit %
Schulabschluss				
ohne Abschluss	3	0,6	3	0,4
Hauptschule	42	8,5	50	7,0
mittlerer Abschluss	149	30,2	201	28,2
Fachhochschulreife	58	11,7	75	10,5
Abitur	241	48,8	382	53,6
anderer Abschluss	1	0,2	2	0,3
Monatliches Netto-Haushaltseinkommen				
unter 500 Euro	13	2,7	43	6,2
500-750 Euro	31	6,4	93	13,4
750-1000 Euro	45	9,3	66	9,5
1000-1500 Euro	102	21,1	136	19,7
1500-2000 Euro	85	17,6	111	16,0
2000-2500 Euro	78	16,1	92	13,3
2500-3000 Euro	54	11,2	64	9,2
3000-4500 Euro	54	11,2	63	9,1
über 4500 Euro	21	4,3	24	3,5
Erwerbstätigkeit				
Vollzeit	195	39,6	279	39,3
Teilzeit	127	25,6	186	26,2
nicht erwerbstätig	170	34,3	245	34,5
-davon arbeitslos	34	6,9	59	8,3
Partnerschaft				
Ja	428	86,5	575	80,4
Nein	68	13,5	140	19,6
Dauer der Partnerschaft				
< 1 Jahr	34	7,9	65	10,1
1-2 Jahre	34	7,9	62	10,8
2-4 Jahre	63	14,8	101	17,6
4-7 Jahre	63	14,8	92	16,0
7-10 Jahre	52	12,2	61	10,6
> 10 Jahre	181	42,4	194	33,7

(Fortsetzung Tab. 1)	Reproduktives Sample n=496		Sexuelles Sample n=715	
Zufriedenheit mit der Partnerschaft	Häufigkeit n	Häufigkeit %	Häufigkeit n	Häufigkeit %
sehr zufrieden	234	55,3	323	56,6
eher zufrieden	148	35,0	203	35,6
eher unzufrieden	28	6,6	33	5,8
sehr unzufrieden	13	3,1	12	2,1
Kinderzahl				
0	130	26,7	354	50,2
1	178	36,6	176	25,0
2	144	29,6	141	20,0
3	29	6,0	29	4,1
>3	6	1,2	5	0,7

5.2 Reproduktives Sample und erhobene reproduktive Parameter

Von der Gesamtstichprobe (n=730) gaben 496 Frauen (67,9 %) an, wenigstens einmal schwanger gewesen zu sein.

Von diesen 496 Frauen waren zum Erhebungszeitpunkt 115 aktuell schwanger (23,1 %).

Diese 496 Frauen werden im Folgenden hinsichtlich der erfragten reproduktiven Parameter beschrieben. Nicht alle der 496 Frauen machten vollständige Angaben, dies erklärt die fehlenden Werte.

5.2.1 Anzahl der Schwangerschaften

Tabelle 2: Anzahl der Schwangerschaften (reproduktives Sample n=493)

Anzahl der Schwangerschaften	Anzahl der Frauen mit jeweiliger Schwangerschaftszahl	Häufigkeit %
1	172	34,9
2	161	32,7
3	84	17,0
4	43	8,7
5	24	4,9
6	6	1,2
7	1	0,2
8	2	0,4

Von diesen 1 097 insgesamt zu betrachtenden Schwangerschaften der 493 Frauen konnten 1 021 Schwangerschaften für die weitere deskriptive und analytische Auswertung verwendet werden. Insgesamt 76 (7 %) der genannten Schwangerschaften wurden von den Frauen nicht anhand der unter Punkt 4.4.7 genannten Fragen spezifiziert, insbesondere Schwangerschaftskomplikationen und Schwangerschaftsausgänge wurden nicht benannt.

In Bezug auf die Erwünschtheit der Schwangerschaft machten die Frauen zu 1 046 (95,3 %) der insgesamt 1 097 genannten Schwangerschaften eine Angabe.

5.2.2 Erwünschtheit der Schwangerschaft

Tabelle 3: Erwünschtheit der jeweiligen Schwangerschaft (n= 1 046 Schwangerschaften)

Erwünschtheit der Schwangerschaft	Häufigkeit n= (bezogen auf die gesamten Schwangerschaften n=1 046)	Häufigkeit in % (bezogen auf die gesamten Schwangerschaften)
sehr erwünscht	415	39,6
ziemlich erwünscht	123	11,8
eher erwünscht	87	8,3
eher unerwünscht	110	10,5
ziemlich unerwünscht	55	5,2
sehr unerwünscht	256	24,5

5.2.3 Schwangerschaftsausgänge

Tabelle 4: Häufigkeit des jeweiligen Schwangerschaftsausganges

	Häufigkeit des Schwangerschaftsausganges bezogen auf die Gesamtzahl der Schwangerschaften (n=1 021)		Anzahl der Frauen, die den jeweiligen Schwangerschaftsausgang mind. einmal angegeben hatten (n=496) (Mehrfachnennungen möglich)	
	N=	%	N=	%
Schwangerschaftsausgang				
aktuelle Schwangerschaft	115	11,3	115	23,2
Schwangerschaftsabbruch	250	24,5	175	35,2
Frühgeburt	32	3,2	29	5,8
Totgeburt	6	0,6	6	1,2
Fehlgeburt 1.-4. Monat	104	10,2	82	16,5
Fehlgeburt 5.-7. Monat	17	1,6	15	3,0
LBW (< 2 500 g)	27	2,6	21	4,2
Termingerechte Geburt	470	46,0	302	60,8
Gesamt	1 021	100,0 %		

Tabelle 4 zeigt die Häufigkeiten der erfragten Schwangerschaftsausgänge im reproduktiven Sample, einmal bezogen auf die Gesamtzahl aller Schwangerschaften, zum anderen bezogen auf die Anzahl der Frauen, die den jeweiligen Schwangerschaftsausgang wenigstens einmal genannt hatte.

Die Häufigkeiten bezogen auf die Gesamtzahl der Schwangerschaften wurden für den Vergleich mit den erhobenen Häufigkeiten anderer Studien herangezogen. Für die Berechnungen wurde die Anzahl der Frauen erfasst, die den jeweiligen Schwangerschaftsausgang mindestens einmal angegeben hatte.

Diese Einteilung wurde vorgenommen, da sowohl die Schwangerschaftsausgänge als auch die unter Punkt 5.2.4 genannten Schwangerschaftskomplikationen eher selten mehrmals bei ein und derselben Frau vorkamen.

5.2.4 Schwangerschaftskomplikationen/-besonderheiten

Tabelle 5 zeigt die Häufigkeiten der eruierten Schwangerschaftskomplikationen im reproduktiven Sample. Die Häufigkeiten sind analog Tabelle 4 dargestellt in Bezug auf die Gesamtzahl der Schwangerschaften sowie auf die Anzahl der Frauen, die von der jeweiligen Komplikation mindestens einmal betroffen war.

Tabelle 5: Häufigkeit der jeweiligen Schwangerschaftskomplikation/-besonderheit

	Häufigkeit der Komplikation bezogen auf die Gesamtzahl der Schwangerschaften (n=1 021) (Mehrfachnennungen möglich)		Anzahl der Frauen, die mindestens einmal von dieser Komplikation betroffen war (n=496) (Mehrfachnennungen möglich)	
	n=	%	n=	%
SchwS-Komplikation/ Besonderheit				
Starkes Erbrechen	137	13,4	95	19,2
Blutungen 1. SchwS-hälfte	109	10,7	87	17,5
Blutungen 2. SchwS-hälfte	20	2,0	17	3,4
Vorzeitige Wehentätigkeit	95	9,3	74	14,9
Gestose	65	6,4	51	10,3
Intrauterine fetale Mangelentwicklung	30	2,9	25	5,0
Risiko in der Vorgeschichte	32	3,1	26	5,2
Zwillingschwangerschaft	7	0,7	7	1,4
Extrauteringravidität	10	1,0	10	2,0
andere Komplikationen	117	11,4	96	19,4

5.2.5 Teenagerschwangerschaften

Alle Schwangerschaften, die sich zwischen dem 13. und 19. Lebensjahr der befragten Frauen ereignet hatten, wurden als Teenagerschwangerschaft klassifiziert.

Insgesamt gaben 72 der 496 Frauen (14,5 %) eine Teenagerschwangerschaft an, davon waren 68 Frauen einmal während ihrer Teenagerzeit schwanger und acht Frauen zweimal.

Daraus ergaben sich 7 %, die die Teenagerschwangerschaften bezogen auf die Gesamtzahl aller Schwangerschaften von 1 021 darstellen.

5.2.6 Aktuelle Schwangerschaft

Von den 115 Frauen, die angaben, zum Erhebungszeitpunkt schwanger zu sein, machten 99 der Frauen Angaben zur vorliegenden Schwangerschaftswoche.

Im ersten Trimenon (1.-13. SSW) befanden sich 27 Frauen (23,5 %), im zweiten Trimenon (14.-26. SSW) 24 Frauen (20,9 %) und im dritten Trimenon 48 Frauen (41,8 %). Es fehlten die Angaben von 16 Frauen (13,8 %), die eingangs angegeben hatten, momentan schwanger zu sein.

5.3 Sexuelles Sample und erhobene sexuelle Parameter

Im Folgenden sind relevante Parameter des untersuchten sexuellen Samples wiedergegeben.

Insgesamt beantworteten 715 Frauen die Fragen zur Sexualität. Allerdings wurden nicht sämtliche Fragen von allen Frauen beantwortet, so dass Werte fehlen.

Die Frauen hatten die Möglichkeit als Antwortmöglichkeit „trifft nicht zu“ anzukreuzen, wenn eine sexuelle Aktivität bei ihnen nicht vorkam. An dieser Stelle sind nur die Angaben zur Häufigkeit wiedergegeben.

Tabelle 6 zeigt auf den folgenden Seiten eine Übersicht der erfragten sexuellen Parameter.

5.3.1 Häufigkeiten verschiedener sexueller Parameter

Tabelle 6: Häufigkeiten verschiedener sexueller Parameter

Parameter	Häufigkeit n=	Häufigkeit in %
Sexuelles Verlangen (n=695)		Fehlende Werte ausgeschlossen
nie	5	0,7
selten	248	35,7
häufig	390	56,0
sehr häufig	52	7,5
Während GV nicht genügend erregt (n=654)		
nie	148	22,6
selten	399	61,0
häufig	85	13,0
sehr häufig	22	3,4
Während Selbstbefriedigung nicht genügend erregt (n=541)		
nie	266	49,2
selten	230	42,5
häufig	30	5,5
sehr häufig	15	2,8
Wenig Empfindung trotz sexueller Erregung (n=634)		
nie	337	53,2
selten	251	39,6
häufig	37	5,8
sehr häufig	9	1,4
Orgasmus beim Geschlechtsverkehr (n=642)		
nie	55	8,6
selten	146	22,7
häufig	228	35,5
sehr häufig	213	33,2

(Fortsetzung Tab. 6) Parameter	Häufigkeit n=	Häufigkeit in %
Orgasmus bei Stimulation, nicht GV (n=631)		
nie	86	13,6
selten	168	26,6
häufig	221	35,0
sehr häufig	156	24,7
Vaginismus (n=643)		
nie	533	85,6
selten	74	10,3
häufig	10	1,4
sehr häufig	6	0,8
Schmerzen beim GV aufgrund trockener Scheide (n=628)		
nie	414	65,9
selten	170	27,1
häufig	29	4,6
sehr häufig	15	2,4
Schmerzen Genitalbereich, vor/während/nach GV (n=637)		
nie	360	56,5
selten	231	36,3
häufig	34	4,8
sehr häufig	12	1,9
Vermeiden sexueller Aktivität (n=671)		
nie	315	46,9
selten	258	38,4
häufig	69	10,3
sehr häufig	29	4,3
Häufigkeit der sexuellen Aktivität (n=602)		
nie	8	1,3
1x/Monat oder weniger	129	21,4
etwa 1x/Woche	235	39,0
mehrmals/Woche	208	34,6
1x/Tag oder öfter	22	3,7

(Fortsetzung Tab. 6) Parameter	Häufigkeit n=	Häufigkeit in %
Häufigkeit der gewünschten sexuellen Aktivität (n=591)		
nie	12	2,0
1x/Monat oder weniger	63	10,7
etwa 1x/Woche	202	34,2
mehrmals/Woche	281	47,5
1x/Tag oder öfter	33	5,6

Aus diesen Angaben zur Häufigkeit der sexuellen Aktivität wurde die **Diskrepanz der Häufigkeit** zwischen tatsächlicher und gewünschter sexueller Aktivität errechnet. So gaben 27 Frauen (4,6 %) an, dass sie sich weniger sexuelle Aktivität wünschten als sie tatsächlich erlebten. 129 Frauen (21,8 %) hingegen wünschten sich häufigere sexuelle Aktivität mit ihrem Partner als sie tatsächlich erlebten.

(Fortsetzung Tab. 6) Parameter	Häufigkeit n=	Häufigkeit in %
Sexuelle Aktivität beeinträchtigt durch Müdigkeit (n=707)		
nie	78	11,0
selten	325	46,0
häufig	248	35,1
sehr häufig	56	7,9
Sexuelle Aktivität beeinträchtigt durch Sensibilitätsstörungen (n=703)		
nie	432	61,5
selten	204	29,0
häufig	54	7,7
sehr häufig	13	1,8
Sexuelle Aktivität beeinträchtigt durch Missempfinden (n=704)		
nie	558	79,3
selten	122	17,3
häufig	23	3,3
sehr häufig	1	0,1

(Fortsetzung Tab. 6) Parameter	Häufigkeit n=	Häufigkeit in %
Sexuelle Aktivität beeinträchtigt durch Unwohlsein (n=706)		
nie	213	30,2
selten	400	56,7
häufig	77	10,9
sehr häufig	16	2,3
Sexuelle Aktivität beeinträchtigt durch Depression (n=705)		
nie	465	66,0
selten	190	27,0
häufig	35	5,0
sehr häufig	15	2,1

5.4 Einteilung der Schweregrade von körperlicher und sexueller Gewalt

Der Fragebogen erfasste detailliert verschiedene Schweregrade und Häufigkeit von Gewalttaten, die tabellarisch (Tab. 8–10) jeweils für das reproduktive und sexuelle Sample dargestellt werden sollen.

Es wurden Scores gebildet, die die erlebte Maximalgewalt jeder befragten Frau abbildeten und eine Kategorisierung ermöglichten, um weitere Berechnungen vorzunehmen.

Hatte eine Frau also verschiedene Schweregrade von Gewalt erfahren, wurde sie immer entsprechend der schwersten erlebten Gewalt eingeordnet.

Die Einordnung der erlebten Gewalt in leichte, mittelschwere und schwere Gewalt erfolgte gemäß Tabelle 7.

Diese Einteilung der Schweregrade wurde auch für alle bivariaten und multivariaten statistischen Berechnungen beibehalten.

Tabelle 7: Einteilung der verschiedenen Schweregrade von körperlicher und sexueller Gewalt

Körperliche Gewalt:**Leicht:**

- jemand hat mir mit Schlägen gedroht bzw. damit, etwas nach mir zu werfen
- jemand hat etwas zertrümmert oder auf etwas eingeschlagen
- jemand hat mir selten eine Ohrfeige gegeben
- jemand hat mich selten hart angepackt, gestoßen oder geschüttelt

Mittelschwer:

- jemand hat mir häufig Ohrfeigen gegeben
- jemand hat mich häufig hart angepackt, gestoßen oder geschüttelt
- jemand hat mich selten verprügelt oder zusammengeschlagen

Schwer:

- jemand hat mich häufig verprügelt oder zusammengeschlagen
- jemand hat mich gewürgt oder absichtlich verbrannt
- jemand hat mich mit einer Waffe bedroht bzw. verletzt

Sexuelle Gewalt:**Leicht:**

- jemand hat seine Geschlechtsteile vor mir entblößt, um sich sexuell zu erregen
- jemand hat mich gegen meinen Willen festgehalten und meinen Körper berührt (außer Genitalien)

Mittelschwer:

- jemand hat gegen meinen Willen meine Genitalien/Brust/After berührt, um sich sexuell zu erregen
- jemand hat versucht gegen meinen Willen in meine Scheide/meinen After/meinen Mund einzudringen

Schwer:

- jemand ist gegen meinen Willen in meine Scheide/meinen After/meinen Mund eingedrungen

5.4.1 Prävalenzraten körperlicher und sexueller Gewalt

Die folgenden Tabellen (8–11) geben die Gewaltprävalenz für beide Samples (reproduktives und sexuelles Sample) wieder. Erfasst wurde die Prävalenz körperlicher und sexueller Gewalt für die Kindheit (bis zum 14. Lebensjahr), nach dem 14. Lebensjahr, während einer Schwangerschaft, während des vergangenen Jahres und für die gesamte bisherige Lebenszeit.

5.4.2 Gewaltprävalenz (Reproduktives Sample)

Tabelle 8: Prävalenz verschiedener Schweregrade körperlicher Gewalt in unterschiedlichen Lebensabschnitten (*reproduktives Sample*)

Lebensabschnitt Schweregrad körperliche Gewalt	gesamte Lebenszeit n=492	0–14 J. n=470	>14 J. n=469	Während einer Schwangerschaft n=473	Während der vergangenen 12 Monate n=469
Keine	N=85 (17,3 %)	N=164 (34,9 %)	N=235 (50,1 %)	N=442 (93,4 %)	N=442 (94,2 %)
Leicht	N=192 (39,0 %)	N=143 (30,4 %)	N=94 (20,0 %)	N=15 (3,2 %)	N=15 (3,2 %)
Mittel	N=154 (31,3 %)	N=117 (24,9 %)	N=100 (21,3 %)	N=4 (0,8 %)	N=8 (1,7 %)
Schwer	N=61 (12,4 %)	N=46 (9,8 %)	N=40 (8,6 %)	N=12 (2,6 %)	N=4 (0,9 %)

Tabelle 9: Prävalenz verschiedener Schweregrade sexueller Gewalt in unterschiedlichen Lebensabschnitten (*reproduktives Sample*)

Lebensabschnitt Schweregrad sexuelle Gewalt	gesamte Lebenszeit n=479	0–14 J. n=472	>14 J. n=473	Während einer Schwangerschaft n=481	Während der vergangenen 12 Monate n=478
Keine	N=230 (48,0 %)	N=356 (75,4 %)	N=324 (68,5 %)	N=465 (96,9 %)	N=437 (91,4 %)
Leicht	N=71 (14,8 %)	N=39 (8,3 %)	N=35 (7,4 %)	N=0 (0 %)	N=1 (0,2 %)
Mittel	N=109 (22,8 %)	N=54 (11,4 %)	N=52 (11,0 %)	N=2 (0,4 %)	N=32 (6,7 %)
Schwer	N=69 (14,4 %)	N=23 (4,9 %)	N=62 (13,1 %)	N=14 (2,9 %)	N=8 (1,7 %)

5.4.3 Gewaltprävalenz (Sexuelles Sample)

Tabelle 10: Prävalenz verschiedener Schweregrade körperlicher Gewalt in unterschiedlichen Lebensabschnitten (*sexuelles Sample*)

Lebensabschnitt Schweregrad körperliche Gewalt	gesamte Lebenszeit n=710	0–14 J. n=679	>14 J. n=678	Während der vergangenen 12 Monate n=678
Keine	N=128 (18,0 %)	N=246 (36,2 %)	N=359 (52,9 %)	N=645 (95,1 %)
Leicht	N=271 (38,2 %)	N=205 (30,2 %)	N=128 (18,9 %)	N=17 (2,5 %)
Mittel	N=234 (33,0 %)	N=170 (25,0 %)	N=138 (20,4 %)	N=12 (1,8 %)
Schwer	N=77 (10,8 %)	N=58 (8,5 %)	N=53 (7,8 %)	N=4 (0,6 %)

Tabelle 11: Prävalenz verschiedener Schweregrade sexueller Gewalt in unterschiedlichen Lebensabschnitten (*sexuelles Sample*)

Lebensabschnitt Schweregrad sexuelle Gewalt	gesamte Lebenszeit n=697	0–14 J. n=682	>14 J. n=682	Während der vergangenen 12 Monate n=687
Keine	N=335 (48,1 %)	N=510 (71,3 %)	N=476 (69,8 %)	N=628 (91,4 %)
Leicht	N=109 (15,6 %)	N=50 (7,4 %)	N=48 (7,1 %)	N=1 (0,1 %)
Mittel	N=155 (22,2 %)	N=84 (12,3 %)	N=76 (11,1 %)	N=49 (7,1 %)
Schwer	N=98 (14,1 %)	N=38 (5,6 %)	N=82 (12,0 %)	N=9 (1,3 %)

5.4.4 Prävalenz von körperlicher und sexueller Gewalt während der Gravidität

Vom gesamten reproduktiven Sample gaben 31 Frauen (6,6 %) an, während einer Schwangerschaft körperliche Gewalt erfahren zu haben. Davon berichteten 13 Frauen, diese Gewalt war von ihrem Partner/Ehemann verübt worden und 16 Frauen, diese Gewalt war von ihrem Ex-Partner/Ehemann verübt worden. Mittelschwere bzw. schwere körperliche Gewalt hatten 16 dieser 31 Frauen erlebt. (siehe Tabelle 8)

Von den 115 aktuell Schwangeren hatten 6 Frauen (5,2 %) körperliche Gewalt durch den Partner während ihrer momentanen Schwangerschaft erfahren, wobei die Angaben dieser sechs Frauen bereits in der Prävalenzrate von 6,6 % des gesamten reproduktiven Samples enthalten sind.

In Hinblick auf sexuelle Gewalterfahrungen gaben 16 Frauen (3,2 %) an, während einer Schwangerschaft betroffen gewesen zu sein. 14 dieser 16 Frauen berichteten über eine vollzogene Vergewaltigung. (siehe Tabelle 9). In 6 Fällen war der Partner/Ehemann der Täter und in 8 Fällen der Ex-Partner/Ehemann.

5.4.5 Multiple Viktimisierung

Von den Frauen des reproduktiven Samples (n=491, 5 missing) hatten 240 (48,9 %) beide Formen von Gewalt (körperlich und sexuell) erlebt.

Davon hatten 65 Frauen (13,2 %) eine schwerste multiple Viktimisierung erlitten, d. h. sie waren vergewaltigt worden bzw. der Versuch war unternommen worden und sie waren auch schwerer körperlicher Misshandlung ausgesetzt. 68 Frauen (13,8 %) hatten schwere multiple Gewalt erfahren, d. h. sie waren massiven sexuellen Übergriffen (mit Kontakt der Genitalien) und häufigen körperlichen Züchtigungen ausgesetzt. Die übrigen Frauen erlitten leichtere multiple Gewalt, d. h. sie waren exhibitionistischen Handlungen bzw. Übergriffen ohne Kontakt der Genitalien und seltenen körperlichen Züchtigungen ausgesetzt.

Von den 715 Frauen des sexuellen Samples berichteten 248 Frauen (34,7 %) beide Gewaltformen erlitten zu haben. Eine schwerste multiple Viktimisierung fand sich bei 92 Frauen (12,9 %), schwere multiple Viktimisierung berichteten 68 Frauen (9,5 %) und 88 Frauen (12,3 %) gaben eine leichte multiple Viktimisierung an.

5.5 Täter und Täterinnen

Bei der Angabe zu Tätern und Täterinnen muss beachtet werden, dass der Fragebogen den Häufigkeitsgrad der Gewalt erfasste, wir aber aufgrund der Möglichkeit von Mehrfachnennungen nicht den jeweiligen Schweregrad der Gewalt zuordnen konnten.

Da Mehrfachnennungen möglich waren, ergaben die genannten Werte nicht 100 %.

Körperliche Gewalt vor dem 14. Lebensjahr wurde in beiden Subsamples (reproduktives/sexuelles Sample) am häufigsten von der Mutter ausgeübt (79,6 % | 76,9 %), gefolgt vom Vater (63,8 % | 63,8 %) und Stiefvater (39,3 % | 32,8 %).

Eher selten wurden Stiefmutter, Geschwister oder fremde Personen als Täter genannt.

Bei der nach dem 14. Lebensjahr erfahrenen körperlichen Gewalt änderte sich die Reihenfolge der genannten Täter: der Ex-Partner wurde am häufigsten als Täter angegeben (51,4 % | 47,0 %), gefolgt von der Mutter (44,9 % | 45,0 %), fremden Personen (40,2 % | 40,6 %), dem Ex-Ehemann (37,5 % | 33,7 %) und dem Vater (34,6 %). Geschwister, Stiefeltern und der derzeitige Partner/Ehemann wurden dagegen relativ selten als Täter benannt.

Als Täter hinsichtlich sexueller Gewalt vor dem 14. Lebensjahr wurden am häufigsten fremde Personen genannt (62,6 % | 68,8 %), gefolgt vom Stiefvater (22,4 % | 17,7 %) und Vater (16,0 % | 12,2 %).

Nach dem 14. Lebensjahr war die meistgenannte Täterangabe ebenfalls eine fremde Person (63,6 % | 66,9 %), gefolgt vom Ex-Partner (28,2 % | 29,6 %) und Ex-Ehemann (23,3 % | 16,5 %). Die Nennungen Vater bzw. Stiefvater waren mit jeweils 1,2 % | 1,8 % bzw. 8,0 % | 5,4 % wesentlich seltener vertreten als in der Kindheit.

5.6 Reproduktive Parameter und Gewalterfahrungen – Zweidimensionale Auswertung

5.6.1 Anzahl der Schwangerschaften und Gewalterfahrungen

Die Frauen des reproduktiven Samples mit körperlichen und sexuellen Gewalterfahrungen gaben signifikant häufiger mehr als zwei Schwangerschaften an als Frauen ohne Gewalterfahrungen.

Tabelle 12 zeigt, dass von den 85 Frauen, die nie körperliche Gewalt erfahren hatten, 16 (18,8 %) angaben, häufiger als zweimal schwanger gewesen zu sein. Von den 61 Frauen, die gehäuft misshandelt worden waren, gaben 31 (50,8 %) mehr als zwei Schwangerschaften an (p .001).

Der Häufigkeitsunterschied bei den Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt hatten, in Bezug auf die Anzahl ihrer Schwangerschaften war signifikant, jedoch nicht so stark ausgeprägt wie bei der körperlichen Gewalt.

Von den 69 Frauen, die eine Vergewaltigung erlitten hatten, waren 46,4 % öfter als zweimal schwanger gegenüber 32,2 % der nicht gewaltbetroffenen Frauen (p .03).

5.6.2 Erwünschtheit der Schwangerschaften und Gewalterfahrungen

In Hinblick auf die angegebene Erwünschtheit der jeweiligen Schwangerschaft zeigten sich bei den als „sehr unerwünscht“ eingeordneten Schwangerschaften Häufigkeitsunterschiede, die jedoch nicht signifikant waren (siehe Tabellen 12 und 13).

Allerdings zeigte sich ein signifikanter Häufigkeitsunterschied bei von sexueller Gewalt betroffenen Frauen in Bezug auf die erste unerwünschte Schwangerschaft (p .006).

Von den 72 Frauen, die als Teenager das erste Mal schwanger geworden waren, gaben 30,6 % an (bezogen auf ihre gesamte Lebenszeit) mehr als einmal „sehr unerwünscht“ schwanger gewesen zu sein. Bei den Frauen, die keine Teenagerschwangerschaft angegeben hatten, lag dieser Prozentsatz nur bei 14,9 % (p .002).

Bei den übrigen Schwangerschaften, die als „ziemlich unerwünscht“, „eher unerwünscht“, „eher erwünscht“, „ziemlich erwünscht“ oder „sehr erwünscht“ klassifiziert waren, zeigten sich keine statistisch signifikanten Häufigkeitsunterschiede zwischen gewaltbetroffenen Frauen und Frauen, die nie Gewalt erfahren hatten.

Tabelle 12: Schwangerschaftsbezogene Parameter und körperliche Gewalterfahrungen (Lebenszeitprävalenz)

Schwangerschafts- parameter	Anzahl der SchwS		Mind. 1 sehr unerwünschte SchwS		Mind. 1 SchwS- abbruch		Starkes SchwS- erbrechen		Gestose		Low birth weight (<2 500 g)		Frühgeburt	
	>2		ja		ja		ja		ja		ja		ja	
Körperliche Gewalt Lebenszeitprävalenz														
Keine n (%) n=85		16 (18,8)		26 (30,6)		18 (21,4)		9 (10,6)		5 (5,9)		3 (3,5)		3 (3,5)
Leicht n (%) N=192		58 (30,2)		63 (32,8)		66 (34,4)		31 (16,1)		14 (7,3)		4 (2,1)		11 (5,7)
Mittel n (%) N=154		54 (35,1)		65 (42,2)		63 (40,9)		34 (22,1)		22 (14,3)		7 (4,5)		8 (5,2)
Schwer n (%) n=61		31 (50,8)		26 (42,6)		28 (45,9)		20 (32,8)		10 (16,4)		7 (11,5)		7 (11,5)
Kruskal-Wallis-Test p-Wert		0.001		0.27		0.007		0.004		0.03		0.018		0.2
Mann-Whitney-U-Test (nie vs. schwere Gewalt) p-Wert		<0.001		0.13		0.002		0.001		0.04		0.06		0.06

Tabelle 13: Schwangerschaftsbezogene Parameter und sexuelle Gewalterfahrungen (Lebenszeitprävalenz)

Schwangerschafts- parameter	Anzahl der SchwS		Mind. 1 sehr unerwünschte SchwS		Mind. 1 SchwS- abbruch		Starkes SchwS- erbrechen		Gestose		Low birth weight (<2 500 g)		Frühgeburt	
	>2		ja		ja		ja		ja		ja		ja	
Sexuelle Gewalt Lebenszeitprävalenz														
Keine n (%) n=230		74 (32,2)		74 (32,2)		64 (27,9)		40 (17,4)		26 (11,3)		10 (4,3)		13 (5,6)
Leicht n (%) N=71		16 (22,5)		23 (32,4)		22 (31,0)		12 (16,9)		10 (14,1)		2 (2,8)		4 (5,6)
Mittel n (%) n=109		32 (35,3)		47 (43,1)		43 (39,4)		23 (21,1)		9 (8,3)		3 (2,8)		7 (6,4)
Schwer n (%) N=69		32 (46,4)		29 (42,0)		36 (52,2)		18 (26,1)		5 (7,2)		5 (7,2)		5 (7,2)
Kruskal-Wallis-Test p-Wert		0.04		0.3		0.008		0.4		0.13		0.7		0.8
Mann-Whitney-U-Test (nie/schwere Gewalt) p- Wert		0.03		0.18		<0.001		0.12		0.3		0.3		0.6

5.6.3 Schwangerschaftskomplikationen und Gewalterfahrungen

5.6.3.1 Starkes Erbrechen während der Schwangerschaft

Frauen, die schwere körperliche Gewalt erfahren hatten, gaben signifikant häufiger starkes Erbrechen als Schwangerschaftskomplikation an (p .001).

Der Unterschied war noch ausgeprägter bei den Frauen, die vor dem 14. Lebensjahr schwere Gewalt erlebt hatten. Hier hatten 15,2 % der von starkem Erbrechen betroffenen Frauen angegeben, vor dem 14. Lebensjahr nie Gewalt erfahren zu haben im Gegensatz zu 37,0 %, die häufige Misshandlungen in der Kindheit erlitten hatten (p .002).

Von den Frauen, die schwere körperliche Gewalt während einer Schwangerschaft erfahren hatten, litten ebenfalls mehr an starkem Erbrechen, allerdings war dieser Unterschied nicht signifikant ($p .063$).

Wie Tabelle 13 zu entnehmen ist, zeigten sich in Bezug auf sexuelle Gewalterfahrungen keine signifikanten Unterschiede bei den Frauen, die starkes Erbrechen als Schwangerschaftskomplikation angegeben hatten.

Allerdings waren Frauen, die schwerste multiple Gewalt erlitten hatten, signifikant häufiger von starkem Erbrechen in der Schwangerschaft betroffen ($p .027$).

5.6.3.2 Gestose

Auch bei der Gestose zeigten sich signifikante Häufigkeitsunterschiede in Hinblick auf die jemals erlebte körperliche Gewalt. Wie in Tabelle 12 aufgeführt wird, entwickelten 5,9 % der nie von körperlicher Gewalt betroffenen Frauen eine Gestose und 16,4 % der Frauen, die häufig körperlich misshandelt wurden ($p .03$).

Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich bezüglich sexueller Gewalterlebnisse und der Ausbildung einer Gestose (siehe Tabelle 13).

Auch bei der multiplen Viktimisierung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

5.6.3.3 Intrauterine fetale Mangelentwicklung

Von den 25 Frauen, die eine fetale Mangelentwicklung als Schwangerschaftskomplikation angegeben hatten, machten 24 Angaben zu Gewalterlebnissen nach dem 14. Lebensjahr.

Bei den Frauen, die nie körperliche Gewalt nach dem 14. Lj. erlebt hatten, gaben 1,7 % eine fetale Mangelentwicklung als Komplikation an, gegenüber 8,5 % bei den Frauen, die Drohung und seltene Züchtigungen erfahren hatten, 9,9 % bei den Frauen, die gehäufte Züchtigungen und seltene Misshandlungen erlebt hatten und 5,0 % bei denjenigen, die gehäufte Misshandlungen angegeben hatten ($p .002$).

Keine signifikanten Häufigkeitsunterschiede zeigten sich in Hinblick auf eine intrauterine fetale Mangelentwicklung und angegebene sexuelle Gewalterfahrungen.

5.6.4 Schwangerschaftsausgänge und Gewalterfahrungen

5.6.4.1 Schwangerschaftsabbrüche

Auch bei den vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüchen und den körperlichen und sexuellen Gewalterfahrungen zeigten sich signifikante Häufigkeitsunterschiede.

Wie in Tabelle 13 deutlich wird, gaben von den Frauen, die nie sexuelle Gewalt erfahren hatten 72,7 % keinen Schwangerschaftsabbruch an und 27,8 % hatten mindestens einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. Diese Relation kehrt sich mit zunehmender Schwere der sexuellen Gewalt um; bei den Frauen, die eine Vergewaltigung erlitten hatten, gaben 47,8 % keinen Schwangerschaftsabbruch an, gegenüber 52,2 %, die mindestens einen Schwangerschaftsabbruch angegeben hatten (p .001).

Tabelle 12 zeigt, dass bei den nie von körperlicher Gewalt betroffenen Frauen 78,6 % keinen Schwangerschaftsabbruch angaben und 21,4 % mindestens einen Schwangerschaftsabbruch. Mit steigendem Schweregrad der körperlichen Gewalt nimmt der prozentuale Anteil der Frauen zu, die mindestens einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließen. Von den Frauen, die über häufige körperliche Misshandlungen berichteten, gaben 54,1 % keinen Schwangerschaftsabbruch an gegenüber 45,9 %, die mindestens über einen Schwangerschaftsabbruch berichteten (p .002).

Von den 65 Frauen, die schwerste multiple Gewalt (versuchte/vollzogene Vergewaltigung und schwere körperliche Misshandlung) erlitten hatten, gaben 56,9 % wenigstens einen Schwangerschaftsabbruch an, gegenüber 32,1 %, die keine schwerste multiple Gewalt erfahren und wenigstens einen Schwangerschaftsabbruch angegeben hatten (p .000).

5.6.4.2 *Low birth weight babies (termingerechte Geburt, Geburtsgewicht unter 2 500 g)*

Die termingerechte Geburt eines Kindes mit einem Geburtsgewicht unter 2 500 g gaben 21 Frauen als Schwangerschaftsausgang an.

Signifikante Häufigkeitsunterschiede ergaben sich für die jemals erlebte körperliche Gewalt (siehe Tabelle 12), körperliche Gewalt nach dem 14. Lebensjahr und erfahrene körperliche Gewalt während einer Schwangerschaft.

Von den Frauen, die nie körperliche Gewalt nach dem 14. Lebensjahr erlebt hatten, berichteten 1,7 % über eine Mangelgeburt. Bei den Frauen, die nach dem 14. Lebensjahr

gehäuft körperlichen Misshandlungen ausgesetzt waren, betrug dieser Prozentsatz 12,5 % (p .002).

Von den Frauen, die nie körperliche Gewalt während einer Schwangerschaft erfahren hatten, gaben 3,4 % eine Mangelgeburt an, gegenüber 23,1 %, die während einer Schwangerschaft gehäuft misshandelt wurden (p .007).

Keine signifikanten Häufigkeitsunterschiede gab es bezüglich sexueller Gewalterfahrungen und einer Mangelgeburt als Schwangerschaftsausgang (siehe Tabelle 13).

5.6.4.3 Teenagerschwangerschaften (13.–19. Lj.)

Hinsichtlich der 72 Frauen, die wenigstens eine Teenagerschwangerschaft angegeben hatten, zeigten sich signifikante Häufigkeitsunterschiede in Hinblick auf sexuelle Gewalterfahrungen vor dem 14. Lebensjahr.

Frauen, die nie sexueller Gewalt vor dem 14. Lj. ausgesetzt waren, gaben zu 85,4 % keine Teenagerschwangerschaft an gegenüber 69,7 %, die eine Teenagerschwangerschaft berichteten. Schwere sexuelle Gewalt vor dem 14. Lebensjahr hatten 9,1 % der Frauen mit wenigstens einer Teenagerschwangerschaft angegeben gegenüber 4,4 % der Frauen ohne Schwangerschaft im Teenageralter (p .02).

In Hinblick auf körperliche Gewalt vor dem 14. Lebensjahr zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

5.6.5 Weitere untersuchte Parameter

Aufgrund des sehr umfangreichen Datenmaterials werden die in der bivariaten statistischen Auswertung getesteten Variablen, zu denen sich keine signifikanten Korrelationen hinsichtlich erfahrener Gewalt eruieren ließen, hier lediglich aufgeführt und nicht detaillierter erläutert.

Keine signifikanten Korrelationen ergaben sich für körperliche und/oder sexuelle Gewalt und folgende Parameter: Blutungen während der Schwangerschaft, vorzeitige Wehentätigkeit, Extrauterin gravidität, Totgeburt, Fehlgeburt, Frühgeburt, stationärer Aufenthalt wegen Schwangerschaftskomplikationen.

5.7 Sexuelle Parameter und Gewalterfahrungen – Zweidimensionale Auswertung

5.7.1 Ungenügende Erregung während des Geschlechtsverkehrs

Frauen, die vor dem 14. Lebensjahr schwerer körperlicher Gewalt ausgesetzt waren, gaben signifikant häufiger an, häufig (21,2 %) bzw. sehr häufig (15,4 %) während des Geschlechtsverkehrs nicht genügend erregt zu sein. Von den Frauen, die nie körperliche Gewalt vor dem 14. Lj. erfahren hatten, gaben lediglich 11,3 % an häufig bzw. 1,4 % sehr häufig nicht genügend während des Geschlechtsverkehrs erregt zu sein (p .002).

Ein ähnliches Bild zeigte sich bezüglich der körperlichen Gewalterlebnisse nach dem 14. Lebensjahr, der jemals erfahrenen körperlichen Gewalt (siehe Tabelle 14), körperlicher Gewalt während einer Schwangerschaft und körperlicher Gewalt während des vergangenen Jahres.

Frauen, die nach dem 14. Lebensjahr keine körperliche Gewalt angegeben hatten, unterschieden sich von den Frauen, die häufige Misshandlungen angegeben hatten: nie ungenügend erregt (25,4 % vs. 24,5 %), selten ungenügend erregt (61,3 % vs. 40,8 %), häufig ungenügend erregt (12,1 % vs. 22,4 %) und sehr häufig ungenügend erregt (1,2 % vs. 12,2 %; p .002)

Für erfahrene körperliche Gewalt während einer Schwangerschaft und ungenügende Erregung während des Geschlechtsverkehrs zeigte sich folgende Verteilung zwischen den Frauen, die nie körperliche Gewalt während einer Schwangerschaft angegeben hatten und denen, die häufig misshandelt worden waren:

nie ungenügend erregt (22,9 % vs. 0 %), selten ungenügend erregt (62,2 % vs. 36,4 %), häufig ungenügend erregt (12,1 % vs. 45,5 %) und sehr häufig ungenügend erregt (2,8 % vs. 18,2 %; p .005).

Von den Frauen, die im vergangenen Jahr keine körperliche Gewalt erfahren hatten, gaben 23,4 % an, nie ungenügend sexuell erregt zu sein gegenüber 25,0 %, die im vergangenen Jahr gehäuft misshandelt wurden, selten ungenügend erregt 61,7 % vs. 0 %, häufig ungenügend erregt 12,1 % vs. 50,0 % und sehr häufig ungenügend erregt 2,7 % vs. 25,0 %; (p .026).

Hinsichtlich sexueller Gewalterfahrungen und ungenügender Erregung während des Geschlechtsverkehrs zeigte sich für erfahrene Gewalt vor dem 14. Lebensjahr ein signifikanter Unterschied ($p .027$) und ein noch ausgeprägterer Unterschied bei den Frauen, die während des vergangenen Jahres sexuelle Gewalt berichtet hatten.

Im Vergleich der Frauen, die nie sexuelle Gewalt während des vergangenen Jahres erfahren hatten und Frauen, die im vergangenen Jahr eine Vergewaltigung erlitten hatten, zeigte sich folgende Verteilung:

nie ungenügend erregt (22,6 % vs. 0 %), selten ungenügend erregt (61,6 % vs. 22,2 %), häufig ungenügend erregt (12,9 % vs. 66,7 %) und sehr häufig ungenügend erregt (3,0 % vs. 11,1 %; $p .000$).

Keine signifikanten Häufigkeitsunterschiede zeigten sich hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz der sexuellen Gewalt und ungenügender Erregung. (siehe Tabelle 15).

Tabelle 14: Sexuelle Parameter und körperliche Gewalterfahrungen (Lebenszeitprävalenz)

Sexueller Parameter	Ungenügende Erregung während GV (n=650)				Orgasmus beim GV (n=639)				Schmerzen beim GV aufgrund trockener Scheide (n=625)				Schmerzen während bzw. nach GV (n=634)				Vermeiden sexueller Aktivität (n=669)			
	nie	selten	häufig	sehr häufig	nie	selten	häufig	sehr häufig	nie	selten	häufig	sehr häufig	nie	selten	häufig	sehr häufig	nie	selten	häufig	sehr häufig
Körperliche Gewalt (jemals)																				
Keine n= %	33 29,7	67 60,4	11 9,9	0 ,0	4 3,6	35 31,5	38 34,2	34 30,6	76 73,8	23 22,3	4 3,9	0 ,0	70 66,7	34 32,4	1 1,0	0 ,0	58 50,9	47 41,2	8 7,0	1 0,9
Leicht n= %	54 21,8	156 62,9	31 12,5	7 2,8	24 9,8	42 17,1	87 35,4	93 37,8	164 65,9	67 26,9	12 4,8	6 2,4	141 57,3	88 35,8	12 4,9	5 2,0	134 52,1	92 35,8	18 7,0	13 5,1
Mittel n= %	45 20,5	140 63,6	28 12,7	7 3,2	17 8,0	58 27,4	79 37,3	58 27,4	141 67,5	57 27,3	6 2,9	5 2,4	116 54,2	81 37,9	13 6,1	4 1,9	92 41,4	91 41,0	29 13,1	10 4,5
Schwer n= %	16 22,5	33 46,5	14 19,7	8 11,3	10 14,3	10 14,3	23 32,9	27 38,6	33 51,6	20 31,3	7 10,9	4 6,3	32 46,4	26 37,7	8 11,6	3 4,3	30 40,0	27 36,0	14 18,7	4 5,3
Kruskal-Wallis-Test p:	0.02				0.17				0.01				0.01				0.01			
Mann-Whitney-U-Test (nie/schwere Gewalt) p:	0.005				0.36				0.001				0.001				0.03			

Tabelle 15: Sexuelle Parameter und sexuelle Gewalterfahrungen (Lebenszeitprävalenz)

Sexueller Parameter	Ungenügende Erregung während GV (n=638)				Orgasmus beim GV (n=628)				Schmerzen beim GV aufgrund trockener Scheide (n=613)				Schmerzen während bzw. nach GV (n=622)				Vermeiden sexueller Aktivität (n=654)			
	nie	selten	häufig	sehr häufig	nie	selten	häufig	sehr häufig	nie	selten	häufig	sehr häufig	nie	selten	häufig	sehr häufig	nie	selten	häufig	sehr häufig
Sexuelle Gewalt (jemals)																				
Keine n= %	78 25,7	180 59,4	37 12,2	8 2,6	23 7,7	70 23,5	104 34,9	101 33,9	197 68,4	69 24,0	15 5,2	7 2,4	181 62,0	93 31,8	12 4,1	6 2,1	160 51,0	113 36,0	29 9,2	12 3,8
Leicht n= %	20 19,4	69 67,0	12 11,7	2 1,9	14 14,0	14 14,0	39 39,0	33 33,0	70 68,6	27 26,5	2 2,0	3 2,9	57 56,4	39 38,6	4 4,0	1 1,0	57 55,9	35 34,3	7 6,9	3 2,9
Mittel n= %	28 19,4	89 61,8	18 12,5	9 6,3	12 8,3	37 25,7	54 37,5	41 28,5	94 65,7	40 28,0	5 3,5	4 2,8	80 55,6	50 34,7	10 6,9	4 2,8	57 39,3	65 44,8	17 11,7	6 4,1
Schwer n= %	21 23,9	48 54,5	16 18,2	3 3,4	5 5,8	23 26,7	26 30,2	32 37,2	44 55,0	28 35,0	7 8,8	1 1,3	34 40,0	42 49,4	8 9,4	1 1,2	36 38,7	36 38,7	15 16,1	6 6,5
Kruskal-Wallis-Test p:	0.3				0.8				0.1				0.01				0.02			
Mann-Whitney-U-Test (nie/schwere Gewalt) p:	0.13				0.9				0.03				0.001				0.01			

5.7.2 Orgasmus beim Geschlechtsverkehr

Auf die Frage, wie oft die Frauen beim Geschlechtsverkehr mit ihrem Partner einen Orgasmus erlebten, zeigte sich eine interessante Verteilung bezüglich der jemals erlebten körperlichen Gewalt (siehe Tabelle 14).

Frauen, die während ihres Lebens gehäuft misshandelt wurden, stellten zum einen die prozentual größte Gruppe der Frauen, die angaben, nie während des Geschlechtsverkehrs zum Orgasmus zu gelangen und zum anderen die prozentual größte Gruppe der Frauen, die angaben, sehr häufig während des Geschlechtsverkehrs zum Orgasmus zu gelangen.

Signifikante Unterschiede bezüglich der Orgasmushäufigkeit zeigten sich bei den Frauen, die während des vergangenen Jahres körperliche oder sexuelle Gewalt erlebt hatten.

Von den 645 Frauen, die während des vergangenen Jahres keine körperliche Gewalt erlebt hatten, gaben 7,7 % an, beim Geschlechtsverkehr nie zum Orgasmus zu gelangen. Bei den Frauen, die in den vergangenen 12 Monaten häufig misshandelt wurden, gab die Hälfte an, nie zum Orgasmus zu gelangen. Keine der misshandelten Frauen gab an, häufig oder sehr häufig zum Orgasmus zu gelangen ($p < .005$).

Zwischen den Frauen, die während des vergangenen Jahres keine sexuelle Gewalt erfahren hatten und denjenigen, die schwerwiegende sexuelle Gewalt (Penetration) erlebt hatten, zeigte sich in Hinblick auf die Orgasmushäufigkeit folgende Verteilung: nie Orgasmus 8 % vs. 44,4 %, selten 23 % vs. 22,2 %, häufig 35,6 % vs. 11,1 % und sehr häufig 33,5 % vs. 22,2 % ($p < .03$).

5.7.3 Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

5.7.3.1 *Schmerzen beim Geschlechtsverkehr aufgrund einer trockenen Scheide*

Frauen, die schwere körperliche Gewalt während ihres Lebens erfahren hatten, berichteten signifikant häufiger über Schmerzen beim Geschlechtsverkehr aufgrund einer trockenen Scheide.

Wie Tabelle 14 zu entnehmen ist, gaben 73,8 % der Frauen, die nie körperliche Gewalt erlebt hatten und 51,6 % der Frauen, die gehäuft misshandelt wurden an, nie durch Schmerzen beim Geschlechtsverkehr aufgrund einer trockenen Scheide beeinträchtigt zu sein.

Eine sehr häufige Beeinträchtigung berichtete keine der Frauen, die nie körperliche Gewalt erlitten hatten gegenüber 6,3 % der Frauen mit schweren Misshandlungen (p .001).

Diese signifikanten Häufigkeitsunterschiede ergaben sich für die körperliche Gewalterfahrungen vor dem 14. Lj. (p .000), nach dem 14. Lj. (p .002), während des vergangenen Jahres (p .048) und während einer Schwangerschaft (p .02).

In Bezug auf sexuelle Gewalterfahrungen und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr aufgrund einer trockenen Scheide zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede, allerdings waren diese geringer ausgeprägt als bei der körperlichen Gewalt.

Frauen, die nach dem 14. Lebensjahr keine sexuelle Gewalt angegeben hatten und diejenigen, die eine Vergewaltigung erlitten hatten, unterschieden sich hinsichtlich der angegebenen Schmerzen wie folgt: nie Schmerzen aufgrund einer trockenen Scheide 66,5 % vs. 47,1 %, selten 26,3 % vs. 39,7 %, häufig 4,1 % vs. 10,3 % und sehr häufig 3,1 % vs. 2,9 % (p .002).

Bei den Frauen, die während des vergangenen Jahres keine sexuelle Gewalt berichtet hatten und den Frauen, die über eine Vergewaltigung berichtet hatten, ergab sich folgende Verteilung: nie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr aufgrund einer trockenen Scheide 65,3 % vs. 37,5 %, selten Schmerzen 27,9 % vs. 25,0 %, häufig 4,4 % vs. 25,0 % und sehr häufig 2,4 % vs. 12,5 % (p .034).

Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der jemals erfahrenen sexuellen Gewalt, sexueller Gewalt vor dem 14. Lebensjahr und sexueller Gewalt während einer Schwangerschaft.

5.7.3.2 Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (vor, während oder nach dem Geschlechtsverkehr)

Frauen mit schweren körperlichen Gewalterlebnissen gaben signifikant häufiger Schmerzen beim Geschlechtsverkehr an als Frauen, die nie körperliche Gewalt erlebt hatten (p .001).

Die Tabelle 14 zeigt die Verteilung bezüglich der jemals erfahrenen körperlichen Gewalt.

Eine ähnliche Konstellation zeigte sich für die vor dem 14. Lebensjahr erfahrene körperliche Gewalt und angegebene Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (nie körperliche Gewalt vs. häufige Misshandlungen: nie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr 64,0 % vs. 40,4 %, selten Schmerzen 33,6 % vs. 40,4 %, häufig Schmerzen 1,4 % vs. 11,5 % und sehr häufig Schmerzen 0,9 % vs. 7,7 %; p .000).

Auch für die nach dem 14. Lebensjahr, während einer Schwangerschaft und während der vergangenen 12 Monate erlebte körperliche Gewalt ergaben sich signifikante Häufigkeitsunterschiede (p .001 | p .004 | p .013).

Frauen, die schwere sexuelle Gewalterlebnisse (Lebenszeitprävalenz siehe Tab. 15; p .001), nach dem 14. Lebensjahr (p .000) und während des vergangenen Jahres (p .003) angegeben hatten, berichteten signifikant häufiger über Schmerzen beim Geschlechtsverkehr.

Im Vergleich der Frauen, die während des vergangenen Jahres keine sexuelle Gewalt angegeben hatten zu den Frauen, die eine Vergewaltigung erlitten hatten, zeigte sich folgende Verteilung: nie Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs 57,4 % vs. 25,0 %, selten Schmerzen 36,0 % vs. 12,5 %, häufig Schmerzen 4,9 % vs. 37,5 % und sehr häufig Schmerzen 1,8 % vs. 25,0 % (p .003).

5.7.3.3 Vaginismus

Die 59 Frauen, die während der vergangenen 12 Monate sexuelle Gewalt erlitten hatten, gaben signifikant häufiger ungewollte Muskelverspannungen der Scheide an als Frauen, die während des vergangenen Jahres keine sexuelle Gewalt erfahren hatten. Dies zeigte sich am deutlichsten bei den Frauen, die im vergangenen Jahr eine Vergewaltigung erlitten hatten (schwere sexuelle Gewalt vs. keine sexuelle Gewalt im letzten Jahr): nie Vaginismus 50 % vs. 85,9 %, selten 12,5 % vs. 11,7 %, häufig 25,0 % vs. 1,5 % und sehr häufig 12,5 % vs. 0,9 %; (p .002).

5.7.4 Vermeiden sexueller Aktivität

Frauen, die häufig misshandelt wurden, berichteten signifikant häufiger, dass sie sexuelle Aktivität vermeiden. (siehe Tabelle 14)

Am deutlichsten zeigte sich diese Verteilung für die vor dem 14. Lebensjahr erlebte körperliche Gewalt. Frauen, die nie körperliche Gewalt vor dem 14. Lebensjahr erfahren hatten, gaben im Gegensatz zu den Frauen, die häufig misshandelt wurden, folgende Werte bezüglich des Vermeidens sexueller Aktivität an: nie vermeiden sexueller Aktivität 53,3 % vs. 33,3 %, selten vermeiden sexueller Aktivität 35,1 % vs. 38,6 %, häufig 8,0 % vs. 19,3 % und sehr häufig 3,1 % vs. 8,8 % (p .001). Frauen, die während des vergangenen Jahres gehäuft misshandelt wurden, gaben ebenfalls an, häufiger sexuelle Aktivität zu vermeiden, allerdings war dieser Unterschied geringer ausgeprägt (p .05).

Tabelle 15 zeigt die zweidimensionale Auswertung für die jemals erfahrenen sexuelle Gewalt und das Vermeiden von sexueller Aktivität. Am deutlichsten zeigten sich Häufigkeitsunterschiede für die sexuellen Gewalterfahrungen nach dem 14. Lebensjahr ($p .001$). Frauen, die nach dem 14. Lebensjahr schwere sexuelle Gewalt erlitten hatten, gaben häufiger an sexuelle Aktivität zu vermeiden als Frauen, die nach dem 14. Lebensjahr keine sexuelle Gewalt erfahren hatten. Auch für die sexuelle Gewalt vor dem 14. Lebensjahr ($p .004$) und die während des vergangenen Jahres erfahrene sexuelle Gewalt ($p .011$) zeigte sich eine ähnliche Verteilung.

Von den 88 Frauen, die schwerste multiple Gewalt erlitten hatten (schwere körperliche und schwere sexuelle Gewalt) gaben 36,4 % an, nie sexuelle Aktivität zu vermeiden gegenüber 49,1 % der Frauen, die keine schwerste multiple Gewalt erfahren hatten. Seltenes Vermeiden berichteten 37,5 % vs. 37,8 %, häufiges Vermeiden 17,0 % vs. 9,6 % und sehr häufiges Vermeiden 9,1 % vs. 3,4 %; ($p .003$).

5.7.5 Diskrepanz zwischen tatsächlicher und gewünschter sexueller Aktivität mit dem Partner

Die 27 Frauen des sexuellen Samples, die angegeben hatten, sie wünschten sich mit ihrem Partner weniger sexuelle Aktivität als sie zur Zeit tatsächlich erlebten, wurden zusammengefasst, um mögliche Häufigkeitsunterschiede hinsichtlich Gewalterfahrungen zu untersuchen. Es ergaben sich signifikante statistische Ergebnisse in Hinblick auf die jemals erfahrene körperliche Gewalt ($p .003$), die erfahrene körperliche Gewalt nach dem 14. Lebensjahr ($p .001$), körperliche Gewalt während einer Schwangerschaft ($p .03$), körperliche Gewalt während des vergangenen Jahres ($p .001$) und sexuelle Gewalt während des vergangenen Jahres ($p .001$).

5.8 Modelle der logistischen Regression

Ausgehend von den Ergebnissen der zweidimensionalen Auswertung wurden exemplarisch zwei Modelle der logistischen Regression entwickelt. Hierbei wurden für das reproduktive Sample der Schwangerschaftsausgang „Schwangerschaftsabbruch“ ausgewählt und für das sexuelle Sample die Beschwerde „Dyspareunie“. Einerseits zeigten diese bei der bivariaten Auswertung den engsten Zusammenhang mit den Gewalterfahrungen der Frauen, andererseits stellt die relativ hohe Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in der BRD ein relevantes gesundheitspolitisches Thema dar und die Dyspareunie ist als Beschwerde in ihrer Ätiologie bisher nur unzureichend verstanden. Die Korrelationen der getesteten unabhängigen Variablen (Multikollinearität) untereinander erwiesen sich als schwach bis mittelgradig ausgeprägt.

Hinsichtlich des Modells zum Schwangerschaftsabbruch lag die höchste Interkorrelation bei $r=0,47$ für die Variablen „mehr als zwei Schwangerschaften“ und „mehr als zwei Kinder“. Alle anderen Korrelationen zwischen den unabhängigen Variablen waren nicht größer als $r=0,15$.

Für das multivariate Modell zur Dyspareunie fand sich die höchste Korrelation zwischen den unabhängigen Variablen „ungenügende Erregung während des Geschlechtsverkehrs“ und „beeinträchtigte Sexualität aufgrund trockener Scheide“ ($r=0,4$). Die Bildung von Korrelationskoeffizienten zwischen allen Paaren von Regressoren ist ein häufig angewandtes Verfahren zur Beurteilung der Multikollinearität. Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass in der Literatur keine allgemein anerkannte Festlegung gilt, wie Multikollinearität strukturell zu erfassen ist bzw. keine einheitliche Maßzahl vorliegt, um Multikollinearität zu quantifizieren (Fickel 2001).

5.8.1 Multivariates Modell für die abhängige Variable Schwangerschaftsabbruch

Tabelle 16: Logistische Regression Schwangerschaftsabbruch, signifikante unabhängige Variablen

	DF	Signifikanz p-Wert	OR	95 % Konfidenz- intervall
Parameter				
>2 Kinder	1	<0,000	2,1	1,56–2,99
Jemals erlebte sexuelle Gewalt	1	0,013	1,9	1,14–3,3
>2 Schwangerschaften	1	<0,000	5,5	3,1–9,9
Teenagerschwangerschaft	1	0,001	2,7	1,5–5,0
Nagelkerkes Pseudo-R: 0,295				

Eine Anzahl von mehr als zwei Schwangerschaften, höhere Kinderzahl, die jemals erlebte sexuelle Gewalt sowie eine Schwangerschaft im Teenageralter hatten einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable Schwangerschaftsabbruch. (siehe Tab. 16). Keine signifikanten Zusammenhänge zeigten sich in Bezug auf das Alter, den Familienstand, Ausbildung, die Zufriedenheit mit der (jetzigen) Partnerschaft, unerwünschte Schwangerschaften, die jemals erlebte körperliche Gewalt und körperliche oder sexuelle Gewalt während einer Schwangerschaft

5.8.2 Multivariates Modell für die abhängige Variable Dyspareunie

Tabelle 17: Logistische Regression Dyspareunie, signifikante unabhängige Variablen

	DF	Signifikanz p-Wert	OR	95 % Konfidenz- intervall
Parameter				
Kinderzahl <2	1	0.001	1,43	1,15–1,78
Schwere sexuelle Gewalt	1	0.016	1,89	1,12–3,17
Ungenügende Erregung während GV	1	0.006	2,25	1,26–4,0
Beeinträchtigung Sexualität aufgrund trockener Scheide	1	0.000	13,6	3,9–47,7
Beeinträchtigung Sexualität aufgrund Depressionen	1	0.018	1,67	1,1–2,56
Beeinträchtigung Partnerschaft durch Untreue des Partners	1	0.05	1,99	0,99–3,99
Unzureichende Freiräume in der Partnerschaft	1	0.04	2,23	1,1–4,9
Nagelkerkes Pseudo-R-Quadrat: 0,217				

Tabelle 17 zeigt die eruierten signifikanten Korrelationen der logistischen Regression für die abhängige Variable Dyspareunie. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr aufgrund einer trockenen Scheide, ungenügende Erregung während des Sexualaktes, Beeinträchtigung des sexuellen Erlebens durch Depressionen, Belastung der Partnerschaft durch Untreue des Partners, unzureichende Freiräume in der Partnerschaft, Kinderzahl <2 und schwere sexuelle Gewalt. Keine signifikanten Zusammenhänge ergaben sich für die folgenden getesteten unabhängigen Variablen: Partnergewalt während der vergangenen 12 Monate, jemals erlebte körperliche Gewalt, Unzufriedenheit mit der Partnerschaft allgemein, Unzufriedenheit mit der Sexualität in der Partnerschaft, Berufsabschluss, Alter, Nikotinabusus und gynäkologische Operationen.

6 Diskussion

6.1 *Einschätzung der erhobenen Häufigkeiten von reproduktiven und sexuellen Parametern*

Die vorliegende Untersuchung konnte signifikante Korrelationen zwischen reproduktiven/sexuellen Parametern und Gewalterfahrungen aufzeigen und bisherige Studien aus dem angloamerikanischen Raum bestätigen.

Für die Einschätzung der Ergebnisse erscheint es wichtig, zunächst die erhobenen Häufigkeiten der erfragten reproduktiven und sexuellen Parameter mit denen aus der Literatur zu vergleichen.

Die Häufigkeit der Komplikation *Gestose* liegt in der Studie mit 6,4 % nahezu im Bereich, der in der Literatur mit 4–5 % angegeben wird (Leeners 2000).

Blutungen in der Frühschwangerschaft erleben ca. 20–25 % der Schwangeren, wobei die Hälfte mit einem *Abort* endet (Cunningham 1993).

Wir fanden lediglich eine Häufigkeit von 12,7 % aller Schwangerschaften, in denen Blutungen als Komplikation auftraten. Die Fehlgeburtsrate von insgesamt 11,8 % entspricht jedoch in etwa den Literaturangaben.

In unserer Untersuchungsgruppe ist der Anteil der Frauen mit *starkem Schwangerschaftserbrechen* (13,4 %) vergleichsweise hoch. In der Literatur wird die Prävalenz der Hyperemesis gravidarum mit 0,1–2,0 % angegeben, die des „normalen Schwangerschaftserbrechens“ in der Frühschwangerschaft hingegen auf 70–90 % geschätzt (Leeners 2000). Schwierig ist allerdings die Bewertung des Terminus „starkes Erbrechen“, da sich hier – je nach subjektiver Einschätzung der Frau – eine „normale“ Emesis gravidarum oder eine Hyperemesis gravidarum verbergen kann. Von den 95 Frauen, die wenigstens einmal starkes Erbrechen angaben, mussten 12 (8,8 % bezogen auf die Gesamtzahl der Nennungen) deswegen stationär behandelt werden, was auf eine schwerwiegende Form des Schwangerschaftserbrechens hindeuten könnte. Im klinischen Alltag gibt es nach wie vor keine klar definierten Parameter, die die beiden Termini Emesis gravidarum und Hyperemesis gravidarum deutlich voneinander trennen würden. Die Übergänge sind fließend und die subjektive Bewertung der Schwere des Schwangerschaftserbrechens wird wahrscheinlich stärker von psychosozialen Faktoren beeinflusst als bisher angenommen (Chandra 2002). Aus vorgelegten Untersuchungen ist ebenfalls bekannt, dass auch die stationäre Einweisung bei starkem Schwangerschaftserbrechen sehr stark von psychosozialen Umständen beeinflusst wird. (Atanackovic 2001).

Die Häufigkeit der *vorzeitigen Wehentätigkeit* wird mit 5 bis 15 % angegeben, womit die in unserer Studie ermittelten 9,3 % genau in diesen Bereich fallen.

Deutlich weniger Frauen der Untersuchungsgruppe gaben die Komplikationen *Frühgeburt* an, wenn man Vergleichsdaten aus der Literatur heranzieht. So wird die Frühgeburtlichkeit in Deutschland mit ca. 7 % beziffert (Pschyrembel 2004), in unserer Untersuchung lag sie bei 3,2 %. Bei ca. 1–3 % aller Entbindungen ist das Kind hypotroph. Leeners weist darauf hin, dass eine eindeutige Bestimmung der Inzidenz der intrauterinen fetalen Wachstumsretardierung schwierig sei, weil eine Differenzierung zwischen fetaler Wachstumsretardierung und Frühgeburten mit Terminunklarheit nicht immer möglich ist. (Leeners 2000). Die in unserer Untersuchungsgruppe eruierte Häufigkeit von 2,9 % für die *intrauterine fetale Mangelentwicklung* entspricht diesen Literaturangaben.

Die ermittelten 2,6 % für die Gesamtzahl der termingerechten Geburten mit einem *Geburtsgewicht unter 2 500 g* der vorliegenden Studie liegen im Literaturvergleich eher zu niedrig: 5–7 % werden für den deutschsprachigen Raum angegeben, wobei die Prävalenz für den Raum Berlin mit 7,5 % angegeben wird (Bergmann 2001).

Die Anzahl der *Schwangerschaftsabbrüche* wird für das Land Berlin mit 344,5 bezogen auf 1 000 Lebendgeburten beziffert. Berlin zeigt die prozentual höchste Rate an Schwangerschaftsabbrüchen aller Bundesländer (Statistisches Bundesamt 2004). In unserer Studie fanden wir eine ähnliche Konstellation von 250 Schwangerschaftsabbrüchen bezogen auf eine Gesamtzahl von 894 Lebendgeburten.

Die erhobenen Häufigkeiten für das Vorkommen von *sexuellen Erregungsstörungen* variieren erheblich (von 3 % bis 57 %), je nach Charakteristik der Untersuchungsgruppe (Sexualtherapie, Nichtpatientinnen usw.) und werden für Patientinnen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen generell im höheren Bereich angegeben (nach Beier 2001).

Häufige bzw. sehr häufige Erregungsstörungen während des Geschlechtsverkehrs berichteten in unserer Studie insgesamt 17,4 % der Frauen.

Schätzungen zufolge sollen ca. 30 % aller Frauen an einer *Orgasmushemmung* leiden (nach Beier 2001). In unserer Untersuchungsgruppe gaben insgesamt 31,3 % der Frauen an, nie oder selten zum Orgasmus beim Geschlechtsverkehr zu gelangen und bestätigen damit Studienergebnisse aus dem angloamerikanischen Raum.

Für das Vorkommen der *Dyspareunie* liegen bisher keine zuverlässigen Häufigkeitsangaben vor. Daten von unselektierten Gruppen erbrachten Prävalenzraten von 8 bis 23 %, jedoch wurde nicht eruiert, wie oft organische Gründe gegeben waren (nach Beier 2001). In unserer Untersuchungsgruppe gaben insgesamt 6,7 % der Frauen häufig bzw. sehr häufig Schmerzen beim Koitus an und 36,3 % der Frauen selten.

6.2 Einschätzung der erhobenen Prävalenz körperlicher und sexueller Gewalt

Das erste Anliegen dieser Untersuchung war es, differenziert das Vorkommen verschiedener Schweregrade körperlicher und sexueller Gewalt von Patientinnen im deutschen ambulanten Gesundheitswesen zu erfassen. Ein Vergleich mit erhobenen Gewaltraten anderer Studien ist in so fern schwierig, als das zum Teil unterschiedliche Definitionen von Gewalt bzw. Schweregrade der Gewalt benutzt wurden sowie Setting und Samplegröße erheblich variierten. Die Lebenszeitprävalenz für körperliche Gewalt liegt mit 82,7 % sehr hoch, schließt jedoch auch die leichtere körperliche Gewalt (39 %) mit ein, wie z. B. eine einmalige Ohrfeige, die zum Teil von den Betroffenen als folgenlos angesehen wurde.

Auch die verbale Androhung von Gewalt wurde in unserer Untersuchung als leichte körperliche Gewalt aufgefasst, hingegen in anderen Studien als emotionale bzw. verbale Gewalt klassifiziert. In einer Studie zur Gewaltprävalenz in den fünf nordischen Ländern variierten die Angaben zur Lebenszeitprävalenz körperlicher Gewalt von 38 bis 66 % (Wijma 2003). Betrachtet man die vorliegenden Ergebnisse für die mittelschwere und schwere körperliche Gewalt, ergeben sich insgesamt 43,7 %.

In der ersten deutschen Repräsentativerhebung (Müller 2004) wurde die Lebenszeitprävalenz für körperliche Gewalt (unabhängig vom Täter-Opfer-Kontext) mit 37 % angegeben. Während einer Schwangerschaft hatten 6,6 % der von uns befragten Frauen körperliche Gewalt erlebt, dies fällt genau in die Spanne von 4 bis 8 %, die die meisten Forschungen zutage gefördert haben. (Cokkinides 1998, Gazmararian 2000, Saltzman 2003, Bowen 2005)

Während der zurückliegenden zwölf Monate gaben 5,8 % an, körperliche Gewalt erfahren zu haben. Das Forschungsteam um Wijma konnte für die fünf nordischen Länder eine Spanne von 2,3 bis 5,5 % bezüglich der Prävalenz von körperlicher Gewalt im zurückliegenden Jahr verzeichnen. (Wijma 2003)

Ebenfalls hoch ist die von uns festgestellte Lebenszeitprävalenz der sexuellen Gewalt mit insgesamt 52 %. Davon gaben 14,4 % der befragten Frauen an, vergewaltigt worden zu sein. Dieses Ergebnis entspricht in etwa den Resultaten zweier vorgelegter Studien aus dem ambulanten Gesundheitsbereich. Mazza et al (1996) fanden in einer Untersuchung an australischen Patientinnen, dass 13 % der befragten Frauen über versuchte bzw. vollzogene

Vergewaltigung berichteten. Peschers (2003) fand eine Prävalenz von 20,1 % für sexuelle Übergriffe bei gynäkologischen Patientinnen in Deutschland.

Wir fanden eine relativ hohe Anzahl von Frauen, die während des vergangenen Jahres sexuelle Gewalt erlebt hatten (8,6 %), während über sexuelle Gewalt während einer Schwangerschaft 3,3 % aller Frauen berichteten.

Im reproduktiven Sample berichteten insgesamt 27 % aller Frauen über schwerste und schwere multiple Viktimisierung. Dies entspricht den Ergebnissen von Wetzels (1997), der aufzeigen konnte, dass z. B. bei Opfern sexuellen Missbrauchs die Rate an körperlicher Misshandlung ca. dreimal so hoch lag wie bei den nicht sexuell missbrauchten Frauen.

6.3 Zweidimensionale Auswertung der reproduktiven Parameter und Gewalterfahrungen

6.3.1 Starkes Schwangerschaftserbrechen und Gewalterfahrungen

Die Schwangerschaftskomplikation „starkes Erbrechen“ wurde von Frauen mit schweren körperlichen Gewalterfahrungen signifikant häufiger berichtet. Dieser Unterschied war noch ausgeprägter bei den Frauen, die vor dem 14. Lebensjahr schwere körperliche Gewalt erlebt hatten. Mit sexueller Gewalt per se gab es keinen Zusammenhang, allerdings waren Frauen, die schwere multiple Gewalt (körperlich und sexuell) erlitten hatten, ebenfalls signifikant häufiger von starkem Erbrechen betroffen.

Eine Studie von Senior et al (2005) fand Hinweise, dass Frauen, die sexueller, physischer bzw. emotionaler Gewalt (vor allem in der Kindheit) ausgesetzt waren, deutlich häufiger Essstörungen und auch Erbrechen während der Schwangerschaft sowie größere Besorgnis in Bezug auf ihre Figur und ihr Gewicht während der Schwangerschaft berichteten. Die Frauen unserer Studie, die über starkes Schwangerschaftserbrechen berichtet hatten, waren allerdings nicht häufiger von Essstörungen betroffen als die Vergleichsgruppe.

Eine Übersichtsarbeit von Leeners (2000), die sich mit den psychosomatischen Aspekten des starken Schwangerschaftserbrechens befasste, führte unter anderem Stress und Ambivalenz/Unerwünschtheit der Schwangerschaft als Risikofaktoren an, Gewalterfahrungen wurden nicht explizit als Risikofaktor erwähnt.

Schleinitz (1997) fand in einer Untersuchung, dass Frauen deren Partnerschaften durch ein gestörtes Streitverhalten belastet waren, nahezu dreimal häufiger über starkes Schwangerschaftserbrechen klagten als Frauen in harmonischen Partnerschaften.

Atanackovic (2001) konnte zeigen, dass Beeinträchtigungen in der Partnerschaft aufgrund des Schwangerschaftserbrechens ein signifikanter Faktor für die stationäre Behandlung waren.

In der vorliegenden Untersuchung gaben die Patientinnen, die starkes Erbrechen als Schwangerschaftskomplikation angegeben hatten, signifikant häufiger an, sehr unzufrieden mit der Stabilität und der Sexualität in ihrer momentanen Partnerschaft zu sein. Bezogen auf die Zufriedenheit mit der Partnerschaftssituation insgesamt zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede.

Möglicherweise spielen in der Kindheit erlebte Interaktionsmuster und Bindungsstile eine wesentliche Rolle und erlebte Gewalt spiegelt sich hier in instabil empfundenen Partnerschaften wider.

6.3.2 Gestose und Gewalterfahrungen

Für die Schwangerschaftskomplikation Gestose, von der 51 Frauen wenigstens einmal betroffen waren, zeigten sich signifikante Unterschiede in Bezug auf die jemals erlebte körperliche Gewalt. Die Schwangerschaftskomplikation Gestose war von schwerer körperlicher Gewalt betroffenen Frauen häufiger genannt worden als von denen, die nie körperliche Gewalt erfahren hatten ($p < .04$).

Psychosomatische Betrachtungen der Gestose haben sich bisher vor allem mit pathologischen Beziehungen zu den Eltern bzw. dem Partner beschäftigt (Berger-Oser 1985) sowie einem möglichen Zusammenhang zwischen stressreich erlebter Berufstätigkeit und der Entstehung einer hypertensiven Schwangerschaftserkrankung (Klonoff-Cohen 1996, Landsbergis 1996).

In wie weit Gestose und ambivalente Einstellungen zu den Eltern bzw. dem Partner mit erfahrener Gewalt in diesen Beziehungen zu tun haben könnten, ist bislang nicht untersucht worden.

In der vorliegenden Untersuchung waren Frauen, die Gestose als Schwangerschaftskomplikation angegeben hatten, signifikant häufiger sehr unzufrieden mit ihrer jetzigen Partnerschaftssituation allgemein. Diese Unzufriedenheit bezog sich am stärksten auf die folgenden Items: Stabilität der Partnerschaft, Freiräume in der Partnerschaft, Umgangsformen und Verständnis durch den Partner.

Die von körperlicher Gewalt betroffenen Frauen unserer Untersuchung berichteten generell signifikant häufiger über starke Unzufriedenheit mit ihrer jetzigen Partnerschaftssituation als Frauen ohne körperliche Gewalterfahrung ($p < .001$).

Die Unzufriedenheit der befragten Frauen sowohl mit der Stabilität als auch mit den Freiräumen in der Partnerschaft könnte hier möglicherweise eine Ambivalenz gegenüber dem Partner ausdrücken, aber auch die widersprüchlichen Botschaften der Frauen selbst zeigen: Die Partner von Gestose-Patientinnen sind als wenig männlich, wenig individuell charakterisiert worden, eine Fortsetzung der als schwach erlebten Vaterfigur dieser Patientinnen (Leeners 2000).

Der Einfluss von Gewalterfahrungen auf das Bindungsverhalten und Interaktion in Partnerschaften könnte hier möglicherweise als ein Bindeglied zwischen bisher erbrachten psychosomatischen Studienergebnissen zur Gestose und Forschungen aus dem Bereich Gewalt und reproduktive Gesundheit fungieren.

6.3.3 Intrauterine fetale Mangelentwicklung, low-birth-weight (LBW), Frühgeburt und Gewalterfahrungen

Frauen, die nach dem 14. Lebensjahr körperliche Gewalt erfahren hatten, gaben häufiger eine intrauterine fetale Mangelentwicklung als Schwangerschaftskomplikation an.

Bei den Frauen, die von einem low-birth-weight-Neugeborenen berichtet hatten, fanden wir einen signifikanten Häufigkeitsunterschied hinsichtlich jemals erfahrener körperlicher Gewalt.

Von psychosomatischer Seite aus sind verschiedene Einflussfaktoren hinsichtlich fetaler Mangelentwicklung bzw. LBW benannt worden, doch besteht keine einheitliche Theorie, was die Ätiologie anbelangt. Stress und starke psychosoziale Belastung, die oftmals mit Nikotin-/Alkoholabusus einhergehen, sind als unabhängige Risikofaktoren für eine fetale Wachstumsretardierung benannt worden (Leeners 2000).

In der Gewaltforschung werden gewalttätige Beziehungen als ein extrem großer Stressor angesehen, der bei längerem Bestehen als starke psychosoziale Belastung gilt (Neggers 2004).

Daraus resultierender erhöhter Nikotin- oder Alkoholabusus, Medikamentenmissbrauch usw. würde dann im Grunde immer nur als ein Marker fungieren, der auf ein tiefer liegendes Problem hinweist.

Die unter Punkt 2.7 dargelegten angloamerikanischen Forschungen, die einen positiven Zusammenhang zwischen Gewalt gegen Frauen und LBW fanden, lassen sich mit der kleinen Fallzahl von LBW in unserer Untersuchungsgruppe schwer vergleichen.

Wir fanden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen körperlicher bzw. sexueller Gewalt und Frühgeburten. Beim Vergleich der Frauen, die nie körperliche Gewalt und denen, die schwere körperliche Gewalt erlitten hatten, zeigte sich jedoch ein häufigeres Auftreten von Frühgeburten bei den gewaltbetroffenen Frauen, das nur knapp oberhalb des Signifikanzniveaus lag ($p .06$).

Coker et al (2004) weisen in ihrem Artikel bereits kritisch darauf hin, dass in Studien mit einer Samplegröße unter 600 Probandinnen, mit eher niedriger Gewaltprävalenz für die Zeit der Schwangerschaft und einer Zuordnung der Gewalttaten zu einer beliebigen (und nicht für jede einzelne) Schwangerschaft selten Korrelationen in Bezug auf Gewalt und ungünstige Schwangerschaftsausgänge aufgezeigt werden konnten.

Diese kritischen Anmerkungen treffen auch auf unsere Studie zu und sind unter Punkt 6.5 als Einschränkungen beschrieben worden. Erschwerend kommt hinzu, dass in unserer Erhebung die Frühgeburtsrate mit 3,2 % deutlich unter den 7 % (Pschyrembel 2004) liegt, die als typische Häufigkeitsangabe für Deutschland genannt werden.

6.3.4 Alter zum Zeitpunkt der ersten Schwangerschaft, Anzahl und Erwünschtheit der Schwangerschaften und Gewalterfahrungen

Die Frauen unserer Untersuchungsgruppe, die ihre erste Schwangerschaft im Alter von 13 bis 19 Jahren angegeben hatten, waren signifikant häufiger von sexueller Gewalt vor dem 14. Lebensjahr betroffen als die Frauen, die keine Teenagerschwangerschaft angaben.

Dieses Ergebnis bestätigt eine Studie von Fiscella (1998), in der sexueller Missbrauch am stärksten mit einer Teenagerschwangerschaft korrelierte. Wir fanden jedoch keine erhöhte Rate für körperliche Gewalt vor dem 14. Lebensjahr bei den untersuchten Frauen, wie Adams und East in einer Untersuchung aufzeigen konnten (Adams/East 1999).

Frauen, die von schwerer körperlicher und sexueller Gewalt betroffen waren, gaben signifikant häufiger an, öfter als zweimal schwanger gewesen zu sein.

In Hinblick auf die Erwünschtheit der Schwangerschaft konnten wir feststellen, dass von sexueller Gewalt betroffene Frauen signifikant häufiger ihre erste Schwangerschaft als

„sehr unerwünscht“ klassifizierten und das in der Gruppe der Teenagerschwangerschaften die Quote von sehr unerwünschten Schwangerschaften ebenfalls signifikant höher lag.

Dies bestätigt die Ergebnisse von Dietz et al (1999), die in einer Untersuchung ebenfalls ein erhöhtes Risiko für eine unerwünschte erste Schwangerschaft bei Frauen mit Gewalterfahrungen in der Kindheit fanden. Die stärksten Korrelationen wurden hier für emotionale und körperliche Gewalt gefunden.

Die Rate von 24,5 % an sehr unerwünschten Schwangerschaften in unserem Untersuchungssample liegt relativ hoch.

Schleinitz (1997) fand in einer Untersuchungsgruppe mit ähnlicher Größe lediglich einen Prozentsatz von 7,6 %.

Generell muss kritisch angemerkt werden, dass der Themenkreis Schwangerschaft und Geburt in unserer Gesellschaft stark idealisiert wird und dementsprechend stark vermutlich die Tendenz der sozialen Erwünschtheit bei Befragungen ist.

Wie Leeners jedoch anmerkt, ist grundsätzlich jede Schwangerschaft mit ambivalenten Gefühlen gegenüber dem Kind verknüpft (Leeners 2000).

Interessant ist hierbei, dass Schleinitz in oben beschriebener Studie als Antwortmöglichkeit in Bezug auf die Erwünschtheit der Schwangerschaft auch die Aussage „weder erwünscht noch unerwünscht“ zur Auswahl gegeben hatte. Fast 20 % der befragten Frauen wählten diese Antwort, die sicherlich als ein Indikator für ambivalente Gefühle in Bezug auf die Schwangerschaft gelten kann. Obwohl die scheinbar paradoxe Formulierung „sowohl erwünscht als auch unerwünscht“ den Sachverhalt vielleicht noch treffender beschreiben würde und der ursprünglichen Bedeutung des Wortes ambivalent „beiden Seiten gleich stark zugetan sein“ gerecht wird. In unserer Befragung wurde diese Ambivalenz gegenüber der Schwangerschaft durch kein Item erfasst.

Wir unterschieden auch nicht zwischen Erwünschtheit und Geplantheit der Schwangerschaft, eine Unterscheidung, die von einigen Autoren als essentiell für die weitere analytische Betrachtung angesehen wird (D'Angelo 2004).

Die signifikant höhere Anzahl von Schwangerschaften bei Frauen mit schweren Gewalterlebnissen, die wir in unserer Untersuchungsgruppe feststellen konnten, ist auch in mehreren angloamerikanischen Studien beschrieben worden (Rickert 2002, Campbell 2000, Tjaden 1998, Bachmann 1995).

Unklar bleibt aber nach wie vor, ob eine höhere Anzahl von Schwangerschaften bzw. höhere Kinderzahl einen Risikofaktor für die verschiedenen Gewaltformen darstellen oder ob sie bereits Folge eben dieser sind.

Bisher ist wenig bekannt, wie sich Partnerschaftsqualität und Kontrazeptionsgebrauch der betreffenden Frauen beeinflussen. Rickert (2002) fand in einer Untersuchung, dass Frauen, die angegeben hatten, während des letzten Geschlechtsverkehrs weder die Anti-Baby-Pille noch Kondome benutzt zu haben, ein höheres Risiko hatten, sich in einer gewalttätigen Partnerschaft zu befinden. Hingegen berichteten die Frauen, die beides, sowohl die Pille als auch Kondome (sog. Zweibarrieren-Methode), zur Verhütung einsetzten, am seltensten von physischer oder verbaler Gewalt.

In unserer Studie fragten wir, ob die Frauen die Anti-Baby-Pille nehmen bzw. jemals genommen hatten. Die Angaben zur Einnahme der Anti-Baby-Pille wurden unter der Rubrik Medikamenteneinnahme erfasst, das Kontrazeptionsverhalten der Frauen wurde hierbei jedoch nicht detaillierter erfragt.

Die Handhabung der Kontrazeption in einer Beziehung kann also möglicherweise auch als ein Indikator für die Qualität der partnerschaftlichen Kommunikation gesehen werden.

Wingood (1997) fand in einer Untersuchung, dass junge afro-amerikanische Frauen, die einen gewalttätigen Partner angaben, es vermieden, Kondome zur Verhütung einzusetzen, weil dies eine offene Diskussion über Sexualverhalten und daraus folgenden Verantwortlichkeiten bedeutet hätte.

Angst vor dem Partner ist als ein „Marker“ für gewalttätige Beziehungen beschrieben worden (Richardson 2002) und sollte als ein ernstzunehmender Faktor hinsichtlich des Kontrazeptionsverhaltens in Betracht gezogen werden.

6.3.5 Schwangerschaftsabbrüche und Gewalterfahrungen

Unsere Ergebnisse hinsichtlich der erhöhten Rate von Schwangerschaftsabbrüchen bei Frauen mit schweren körperlichen und/oder sexuellen Gewalterfahrungen bestätigen die Ergebnisse aus dem angloamerikanischen Raum (Evins 1996, Glander 1998, Wiebe 2001, Leung 2002).

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass wir keine Untersuchungsgruppe von Frauen betrachtet haben, die zum Erhebungszeitpunkt alle schwanger waren, d. h. die erhobenen reproduktiven Parameter umfassen in der Mehrzahl weiter zurückliegende und zu einem geringeren Prozentsatz auch aktuelle Schwangerschaften.

Das Modell der logistischen Regression für die abhängige Variable Schwangerschaftsabbruch wies die jemals erlebte sexuelle Gewalt als einen signifikanten Faktor aus, die jemals erfahrene körperliche Gewalt stellte nach der Hinzunahme anderer Variablen jedoch keinen signifikanten Einfluss dar.

Betrachtet man die in Tabelle 16 aufgeführten anderen eruierten signifikanten Variablen (mehr als zwei Schwangerschaften, mehr als zwei Kinder und Teenagerschwangerschaft), so stellt man fest, dass die höhere Anzahl der Schwangerschaften und ein junges Alter bei der ersten Gravidität ebenfalls bei Frauen mit Gewalterfahrungen häufiger anzutreffen sind.

Zusammen mit der getesteten unabhängigen Variable „jemals erlebte sexuelle Gewalt“ erklären sie 29,5 % der Varianz in Bezug auf die abhängige Variable Schwangerschaftsabbruch.

Aus den in der Literaturübersicht dargestellten angloamerikanischen Studien weiß man, dass Gewalt ein „Puzzlestück“ innerhalb eines sehr komplexen Netzwerkes ist.

Es ist aus diesem Grund sehr schwierig, kausale Verbindungen abzuleiten und aufzuzeigen.

Diese Problematik zeigt sich auch bei der multivariaten analytischen Auswertung.

So weisen zwei führende Gewaltforscherinnen, Diniz und d'Oliveira, darauf hin, dass z. B. Nikotin- und Alkoholabusus oder spätes Aufsuchen der Schwangerenvorsorge in Verbindung mit Frühgeburten gebracht worden sind. Gewaltbetroffene Frauen wiederum zeigen diese gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen signifikant häufiger, so dass aufgezeigte Korrelationen zwischen Gewalt und Frühgeburten unter Umständen verschwinden, wenn die statistische Analyse andere Risikofaktoren wie Rauchen und Alkoholkonsum mit einbezieht (Diniz et al 1998).

In Deutschland werden jedes Jahr ca. 150 000 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt.

Neises bemerkt, dass wir in unserer heutigen Zeit häufig von dem Gefühl getragen sind, alles sei möglich. Konzeption oder Kontrazeption, künstliche Befruchtung – so scheint (fast) alles nach unserer Macht, unserem Willen regelbar (Neises 2000).

Die hohe Zahl der Schwangerschaftsabbrüche ist so gesehen eher überraschend und wirft Fragen auf, weshalb sich in einem hoch entwickelten Land Frauen in solch einer Konfliktsituation wieder finden – und das unter Umständen mehrere Male in ihrem Leben.

Neises führt psychische Schwierigkeiten in Bezug auf Schwangerschaft und Mutterschaft vor allem auf einen Mangel an Reife zurück, der dann wiederum in eine Identitätskrise mündet.

Aus dieser subjektiven Überforderung erwächst das Gefühl, dass das Kind nicht ertragen und nicht ausgetragen werden kann (Neises 2000).

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass in einer Nachuntersuchung von Frauen mit durchgeführtem Schwangerschaftsabbruch ca. 20 % der Untersuchungsgruppe ihr unzureichendes Kontrazeptionsverhalten nicht verändert hatten, 11 % der Frauen erneut schwanger geworden waren, die Mehrzahl der Frauen jedoch angab, ihr Kontrazeptionsverhalten eindeutig verbessert zu haben, mit der Begründung „dass ein Schwangerschaftsabbruch nicht mehr vorkommen dürfe“ (Goebel 1986).

Dies könnte als Zeichen gewertet werden, dass ein Schwangerschaftsabbruch bei der Mehrheit der Frauen offensichtlich einen Reifungsprozess in Gang setzt.

Wie aber erklärt man das Andauern von unzureichendem Kontrazeptionsverhalten bei einem Teil der Frauen?

In den letzten Jahren sind besonders die Frauen, die mehrere Schwangerschaftsabbrüche hintereinander vornehmen lassen, in den Fokus der Gewaltforschung gerückt.

Das kanadische Forschungsteam um Fisher (2005) konnte aufzeigen, dass zwischen körperlichen und/oder sexuellen Gewalterfahrungen bei Frauen eine höchst signifikante Korrelation zu wiederholten Schwangerschaftsabbrüchen besteht. Gegenüber der Gruppe, die zum ersten Mal einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließ, war die Prävalenz körperlicher und sexueller Gewalt bei Frauen mit einer zweiten bzw. dritten Abortio um das 2,5-Fache erhöht. Die daraus resultierende Empfehlung lautet, dass ein Screening hinsichtlich gegenwärtiger bzw. vergangener Gewalt bei Frauen mit (wiederholten) Schwangerschaftsabbrüchen durchgeführt werden sollte. Angebote für Beratung, Zusammenarbeit mit verschiedenen psychosozialen Anlaufstellen und konkrete Hilfe hinsichtlich derzeitiger gewalttätiger Beziehungen bzw. psychotherapeutische Betreuung können so eventuelle weitere Schwangerschaftsabbrüche verhindern.

Frick-Bruder beschreibt den Schwangerschaftsabbruch als einen unglücklichen Lösungsversuch eines Ambivalenzkonfliktes, indem unbewältigte Verletzungen (traumatische Trennungen, Verluste, Verletzungen) ausagiert werden (Frick-Bruder 2003).

Die Vertreter der Bindungstheorie argumentieren, dass Frauen, die in ihrer Kindheit schwere sexuelle oder körperliche Gewalt erlitten haben, vor der Aufgabe stehen, im Erwachsenenalter diese Gewalt mit ihrer eigenen Sexualität und Körperlichkeit zu versöhnen. Frauen, deren verinnerlichte Botschaft hinsichtlich ihrer Sexualität hauptsächlich auf „feindseliger

Kontrolle“ basiert, werden im Erwachsenenalter sehr wahrscheinlich zu problematischem, riskantem Sexualverhalten neigen. (Schloredt 2003). Denn gelingt es den betroffenen Frauen nicht, die Introjektion „mein Körper wird nur benutzt/verletzt, wenn ich körperliche Nähe erfahre“ zu verändern, können wiederholte Schwangerschaftsabbrüche (als Folge riskanten Sexualverhaltens) quasi als delegierte Selbstverletzung gelten.

6.4 Zweidimensionale Auswertung der sexuellen Parameter und Gewalterfahrungen

6.4.1 Ungenügende sexuelle Erregung während des Geschlechtsverkehrs und Gewalterfahrungen

Frauen, die jemals schwerer körperlicher Gewalt ausgesetzt waren, gaben signifikant häufiger an, während des Geschlechtsverkehrs nicht genügend erregt zu sein gegenüber den Frauen, die nie körperliche Gewalt erfahren hatten. Diese Häufigkeitsunterschiede zeigten sich für die körperliche Gewalt in der Kindheit, im Erwachsenenalter, während einer Schwangerschaft und während des vergangenen Jahres.

Die jemals erlittene sexuelle Gewalt und ungenügende Erregung zeigten keine signifikante Korrelation. Für die vor dem 14. Lebensjahr erfahrene sexuelle Gewalt und ungenügende sexuelle Erregung ließ sich ein signifikanter Unterschied nachweisen, ebenso für die während des letzten Jahres erlebte sexuelle Gewalt.

Chapman (1989) verglich drei Gruppen von Frauen (keine Gewalterfahrung/ Vergewaltigung/ schwere körperliche Misshandlung) und fand, dass 9 % der Frauen ohne Gewalterlebnisse über ungenügende Erregung klagten, 60 % der Frauen, die eine Vergewaltigung erlitten hatten und 40 % der Frauen, die schwere körperliche Gewalt angegeben hatten.

Schloredt et al (2003) fanden bei Frauen mit sexuellem Missbrauch und Frauen, die schwere körperliche und sexuelle Gewalt erfahren hatten, ein stark erhöhtes Vorkommen von negativen Affekten während der sexuellen Erregungsphase.

Eine Vergewaltigung oder schwere körperliche Gewalt ruft einen hohen Grad an Angst hervor. Bedenkt man die für den sexuellen Genuss notwendige vegetative Pulsation zwischen Sympathikus und Parasympathikus, so erscheint die ungenügende Erregung von Frauen, die Gewalt erfahren haben verständlich.

Ein stark erhöhter Sympathikotonus als Folge von Angst kann die eher parasympathisch ausgerichtete sexuelle Erregungsphase behindern. Hierbei ist jedoch noch unklar, ob diese

Beeinträchtigung eine Folge von vor kurzem erlebter schwerer Gewalt ist oder ob auch zeitlich weiter zurückliegende Gewalttaten die sexuelle Erregung dauerhaft stören können. Chapman (1989) befragte in oben genannter Studie Frauen, deren Gewalterlebnisse maximal vier Jahre zurücklagen. Chapmans Konklusion lautet dennoch, dass alle Frauen mit anhaltender sexueller Erregungsstörung nach körperlichen und sexuellen Gewalterfahrungen befragt werden sollten, da dieser Zustand möglicherweise über sehr lange Zeit andauert.

Interessant sind in diesem Zusammenhang neuere neurobiologische Forschungen, die zeigen konnten, dass schwere Gewalterfahrungen in der Kindheit, Hirnstrukturen in ihrer Form und Funktion nachhaltig verändern können.

So wurde u. a. eine Dysregulation des Sympathikus beschrieben, chronisch erhöhte Cortisol- und Norepinephrinspiegel, die sich im Gefolge solcher Traumata herausbildeten (Anda 2005).

Außer Frage steht natürlich die immense Bedeutung des Partners und der sexuellen Partnerkompatibilität, auf die in diesem Rahmen nicht detaillierter eingegangen werden kann. Auch diverse Erkrankungen wie die diabetische und alkoholische Neuropathie, Multiple Sklerose, verschiedene Pharmaka u. v. m. können eine schwerwiegende Beeinträchtigung der sexuellen Erregung bewirken und müssen bei der Sexualanamnese berücksichtigt werden.

Unklar bleibt nach wie vor, weshalb gewaltbetroffene Frauen zwar einerseits häufiger über ungenügende Erregung beim Geschlechtsverkehr berichten, andererseits bis zu dreimal mehr sexuelle Partner haben als nicht gewaltbetroffene Frauen (Tsai 1979).

Eine mögliche Erklärung wäre, dass diese Frauen nach neuen Erfahrungen suchen, um ihre unlustvollen Wahrnehmungen zu modifizieren. Werden die negativen Affekte und die ungenügende Erregung jedoch wieder erlebt, beginnt die erneute Suche nach einem anderen Partner. Dies könnte auch mit einem negativen Selbstbild der Frauen zusammenhängen.

6.4.2 Orgasmus beim Geschlechtsverkehr und Gewalterfahrungen

Bei der bivariaten Analyse von Orgasmushäufigkeit und jemals erfahrener Gewalt der befragten Frauen zeigten sich keine signifikanten Häufigkeitsunterschiede, jedoch verdient das bei genauerem Hinsehen eher paradoxe Ergebnis durchaus einige Überlegungen.

Frauen, die von schwerer körperlicher Gewalt betroffen waren, gaben zu 14,3 % an, nie beim Geschlechtsverkehr zum Orgasmus zu gelangen und 38,6 % dieser Frauengruppe gaben an, sehr häufig zum Orgasmus zu gelangen. Sieht man sich dagegen die Relationen für die Gruppe der Frauen an, die nie von körperlicher Gewalt betroffen war, ergeben sich 3,6 % für „nie Orgasmus“ und 30,6 % für „sehr häufig Orgasmus“. Die von schwerer körperlicher Gewalt betroffenen Frauen berichteten also für beide Ausprägungen die höchsten Werte. Bei den Frauen unserer Untersuchungsgruppe, die über erlebte Vergewaltigungen berichteten, gaben 30,2 % an häufig und 37,2 % sehr häufig zum Orgasmus zu gelangen.

Dies ist insofern erstaunlich, als das bisherige Untersuchungen vor allem aufzeigen konnten, dass die Orgasmushäufigkeit dieser Frauen drastisch verringert ist. Beier (2001) führt aus, dass stark kontrollierte Frauen seltener zum Orgasmus gelangen und dass für sexuell traumatisierte Frauen der Kontrollverlust beim Orgasmus besonders bedrohlich ist. Chapman fand in einer Untersuchung, dass Vergewaltigungsopfer und Opfer körperlichen Missbrauchs signifikant häufiger nicht zum Orgasmus gelangten als die Frauen der Vergleichsgruppe (Chapman 1989).

Hingegen fand Schloredt (2003) in einer Studie keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Orgasmushäufigkeit von Frauen mit sexuellem Missbrauch, Frauen, die sowohl körperliche als auch sexuelle Gewalt erfahren hatten und Frauen ohne körperliche oder sexuelle Gewalt in der Vorgeschichte.

Generell muss bei Erhebungen zur Sexualität die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit der Antworten in Betracht gezogen werden. Das auf vielen medialen Kanälen propagierte Bild der allzeit sexuell bereiten Frau, die immer und mühelos zum Orgasmus gelangt, hat mittlerweile zu einem regelrechten Orgasmuszwang geführt. Abgesehen von Diskussionen über „richtige“ und „falsche“ Orgasmen, die vielen Frauen das Gefühl vermitteln, sie seien keine „echten“ Frauen, wenn sie nicht durch Penetration zum Höhepunkt gelangen.

Allerdings stellt sich hier – wie bereits unter Punkt 6.5 diskutiert – die Frage, wie der Einfluss von der jemals erfahrenen Gewalt gegenüber aktueller Gewalt zu gewichten ist. Denn bei der prozentual eher kleinen Gruppe in unserem Sample, die während der vergangenen zwölf Monate körperliche oder sexuelle Gewalt erlitten hatte, zeigte sich deutlich, dass diese Frauen signifikant seltener Orgasmen berichteten.

6.4.3 Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und Gewalterfahrungen

In der vorliegenden Studie wurde erfragt, ob die Frauen Schmerzen beim Geschlechtsverkehr erlebten aufgrund einer trockenen Scheide oder ob sie diese Schmerzen erlebten ohne die Problematik einer zu trockenen Scheide.

Für beide Parameter fanden wir signifikante Häufigkeitsunterschiede hinsichtlich erfahrener körperlicher und sexueller Gewalt in der Untersuchungsgruppe.

Schmerzen aufgrund einer trockenen Scheide werden eher dem Formenkreis der Erregungsstörungen zugeordnet. Der Ausfall der Lubrikation kann jedoch viele Ursachen haben: Infektionen, postmenopausaler Östrogenmangel, psychische Faktoren usw.

Davon abzugrenzen ist die nichtorganische Dyspareunie, die als Kategorie nur zu verwenden ist, wenn keine andere primäre Sexualstörung (z. B. unzureichende Lubrikation, Vaginismus) vorliegt.

Hinsichtlich der Ätiologie der Dyspareunie ergaben sich bisher keine konsistenten Ergebnisse.

Es hat sich jedoch deutlich gezeigt, dass ein biopsychosozialer Ansatz am effektivsten ist, d. h. eine Polarisierung in somatisch vs. psychogen erweist sich in aller Regel als wenig vorteilhaft für die Behandlung der Patientinnen (Beier 2001).

Wie auch bei anderen Sexualstörungen sind Gewalterlebnisse, insbesondere sexuelle Gewalt, immer wieder in Zusammenhang mit dem Auftreten einer Dyspareunie gebracht worden. (Chapman 1989, Feldman 1992, Beier 2001). In der multivariaten Analyse (Tab. 17) zeigte sich für unsere Untersuchungsgruppe, dass eine jemals erlebte Vergewaltigung einen signifikanten Einflussfaktor darstellte. Die signifikanten Korrelationen der bivariaten Auswertung für die körperliche Gewalt ließen sich im multivariaten Modell nicht mehr nachweisen.

An weiteren signifikanten unabhängigen Variablen fanden wir zum einen Faktoren, die einer mangelnden Erregung bzw. Lubrikation zuzuordnen sind, zum anderen Faktoren, die die Zufriedenheit mit bestimmten Aspekten der Partnerschaft betreffen.

Interessanterweise fanden wir keinen signifikanten Zusammenhang mit einer generellen Unzufriedenheit mit der Partnerschaft und auch nicht mit einer Unzufriedenheit mit der Sexualität in der Beziehung. Von den erfragten Partnerschaftsparametern stellten Unzufriedenheit mit den Freiräumen in der Beziehung und Beeinträchtigung durch Untreue

des Partners die einzig signifikanten Faktoren dar. Die eruierten unabhängigen Variablen mit signifikantem Einfluss erklären 21,7 % der Varianz, was den eingangs erwähnten Befund bestätigt, dass die ätiologischen Faktoren der Dyspareunie vielfältig sind und bei weitem nicht vollständig erfasst.

6.4.4 Vermeiden sexueller Aktivität und Gewalterfahrungen

Frauen, die häufig körperlich misshandelt wurden oder schwere sexuelle Gewalt erlitten hatten, gaben signifikant häufiger an, sexuelle Aktivität zu vermeiden als die Vergleichsgruppe ohne Gewalterfahrungen.

Die stärksten Ausprägungen fanden sich für die in der Kindheit erlebte schwere körperliche Gewalt und sexuelle Übergriffe nach dem 14. Lebensjahr.

Die Angaben in der Literatur über das Zulassen und aktive Erleben von Sexualität nach einem schweren sexuellen Übergriff sind inkonsistent. Feldman (1992) fand bei einer Befragung von Vergewaltigungsopfern, dass 85 % der betroffenen Frauen es vermieden, sexuelle Aktivität mit dem Partner zuzulassen, davon 40 % länger als sechs Monate.

Thom (1992) hingegen fand in einer Untersuchung von 35 Vergewaltigungsopfern, dass 13 der Frauen retrospektiv angaben, die Vergewaltigung habe sich nicht negativ auf die partnerschaftliche Sexualität ausgewirkt.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass besonders für die sexuelle Gewalt in der Kindheit beschrieben worden ist, dass diese Frauen eher dazu neigen, sehr früh sexuelle Beziehungen mit häufig wechselnden Partnern einzugehen. Beier (2001) sieht dieses Phänomen als Ausdruck eine Suche nach Zuwendung und Geborgenheit, die der heranwachsenden Frau nur in einer sexualisierten Form bekannt ist.

Ob im Vergleich sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter eher zu einem Vermeidungsverhalten der betroffenen Frauen führt, bleibt offen. Für die vorliegende Untersuchung standen keine Daten bezüglich des sexuellen Risikoverhaltens zu Verfügung.

Allerdings scheint es *die* Folge sexueller Gewalt ohnehin nicht zu geben: die Bandbreite der Folgen reicht von schweren anhaltenden posttraumatischen Belastungsstörungen bis hin zu unauffälligen Langzeitverläufen. Modulierende Faktoren wie Persönlichkeitsmerkmale, familiäre/partnerschaftliche Konstellation und Unterstützung, der Kontext, in dem sich die Gewalt ereignet hat usw. spielen hier sicherlich eine immense Rolle.

Abschließend muss darauf hingewiesen werden, dass die unsichere Prävalenzlage in Bezug auf Sexualstörungen in der nicht gewaltbetroffenen Population einen Vergleich mit gewaltbetroffenen Frauen sehr schwierig macht. Es können sicherlich klinische Erfahrungswerte in ihrer Tendenz bestätigt werden, dennoch kann bisher nicht mit Sicherheit auf ein höheres Vorkommen von bestimmten Sexualstörungen bei Frauen mit Gewalterfahrungen geschlossen werden.

6.5 Grundsätzliche Überlegungen zum Studiendesign Aussagekraft und Einschränkungen

Die vorliegende Untersuchung konnte signifikante statistische Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und reproduktiven und sexuellen Parametern aufzeigen.

Diese Korrelationen bedeuten jedoch nicht zwangsläufig einen Kausalzusammenhang.

In Bezug auf reproduktive Geschehen war es nicht möglich, Gewalterlebnisse einer speziellen Schwangerschaft zuzuordnen, da lediglich gefragt wurde, ob die Frauen während einer (beliebigen) Schwangerschaft Gewalt erfahren hatten – aber es musste nicht spezifiziert werden während welcher Schwangerschaft. Dies war nur möglich bei den Frauen, die aktuell schwanger waren und gleichzeitig Gewalt während der vergangenen 12 Monate angegeben hatten. Die vorliegende Studie fokussiert aus diesem Grunde auf die kumulative Gewalterfahrung bezogen auf die gesamte Lebenszeit und kann nur begrenzt Aussagen zu den Auswirkungen akuter Gewalt während der Schwangerschaft machen.

Es kann nicht klar aufgezeigt werden, ob z. B. Gewalt, die nach dem 14. Lebensjahr erfahren wurde einer Schwangerschaftskomplikation vorausgegangen ist oder sich die Gewalttat erst nach der Schwangerschaft ereignet hat. Für die sexuellen Parameter sind diese Zuordnungen in so fern genauer, als das die erfragten Sexualfunktionen den Momentanzustand wiedergeben. Auch genannte Täter und Folgen der erlebten Gewalt können den angegebenen Gewalttaten nicht zugeordnet werden, da hier Mehrfachnennungen möglich waren und die Täter nicht der entsprechenden Gewalttat zugeordnet werden mussten.

Wie jede retrospektive Untersuchung muss auch die vorliegende Studie den sog. recall bias berücksichtigen. Die Angaben der Frauen zu Gewalterfahrungen und Schwangerschafts-verläufen liegen zum Teil Jahrzehnte zurück. Die Probleme, die besonders mit Erinnerungen an schwere Gewalt einhergehen, sind bekannt und beinhalten verdrängte oder nicht offenbarte Gewalterfahrungen bzw. das Berichten und Konstruieren von erlebter Gewalt, um momentane

Störungen zu erklären. Die Debatte um die Glaubwürdigkeit der gewaltbetroffenen Personen beschäftigt die Wissenschaft schon seit geraumer Zeit (Herman 2003).

Dabei scheint vor allem erlittene sexuelle Gewalt in der Kindheit eher seltener als bislang angenommen offenbart zu werden. Williams et al (1994) fanden in einer prospektiven Studie, dass 38 % der untersuchten Frauen sich im Erwachsenenalter nicht an einen dokumentierten sexuellen Missbrauch erinnern konnten.

In Hinblick auf die erfragten reproduktiven Parameter sind mehrere ungenaue Termini kritisch zu betrachten. Die Schwangerschaftskomplikation starkes Erbrechen wurde nicht klar definiert (Häufigkeit der Brechattacken etc.) und da kein Terminus wie „leichtes Schwangerschaftserbrechen“ aufgeführt war, blieb es den Frauen überlassen, ob ihr Erbrechen „normal“ oder „stark“ war.

Ebenfalls relativ ungenau ist der Terminus „terminingerechte Geburt nach der 37. SSW eines Kindes mit über 2 500 g“, denn hinter dieser Angabe konnte sich eine Sectio caesarea verbergen, eine Forzeps-Entbindung oder eine ohne technische Interventionen ablaufende Vaginalgeburt.

Die Rücklaufquote für das Gesamtsample (43,5 %) ist eher niedrig, aber angesichts des sehr umfangreichen Fragebogens als durchaus befriedigend zu werten.

Der inhaltlich und zeitlich sehr aufwendige Fragebogen hat sicherlich auch zu einer vermehrten Selektion von bildungsstarken Frauen beigetragen, die in unserer Untersuchung überrepräsentiert sind. Bildungsschwache Frauen mit niedrigem sozialökonomischen Status sind in unserer Studie unterrepräsentiert. Für künftige Erhebungen sollte deshalb ein verkürztes, modifiziertes Befragungsinstrument verwendet werden, um diese Selektionsmechanismen zu minimieren. Dass die erhobene Gewaltprävalenz dennoch hoch ist, kann jedoch auch so interpretiert werden, dass Gewalt nicht als Phänomen sozioökonomisch schwächer gestellter Frauen betrachtet werden kann, sondern – wie die WHO und viele andere Forschungseinrichtungen anmerken – ein Phänomen ist, dass sich durch alle gesellschaftlichen Schichten zieht.

Die Frauen hatten am Ende des Fragebogens die Möglichkeit, Hinweise oder kritische Bemerkungen zu äußern. Eine der häufigsten Bemerkungen war, dass es bedauerlich sei, dass emotionale Gewalt nicht von uns erfragt wurde. Viele der befragten Frauen schrieben sehr offen über einschneidende Lebensereignisse, in denen emotionale Gewalt sie genauso verletzt habe wie körperliche oder sexuelle Gewalt. Dass der Fragebogen zu lang sei, wurde ebenfalls des Öfteren bemängelt.

Eine Frau beklagte die „heterosexistische“ Konstruktion des Fragebogens, insbesondere die Fragen zur Sexualität. In der Tat sind einige der Formulierungen durchaus als Affront gegenüber Frauen in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften zu werten. So wird die sexuelle Stimulation der Frau mit Mund, Hand oder anderen Hilfsmitteln bis zum Orgasmus nicht als Geschlechtsverkehr angesehen.

Nimmt man die Definition von intimate partner violence des CDC (2003) ernst, die sowohl hetero- als auch homosexuelle Beziehungen beinhaltet, so müssen auch Fragen zur Sexualität dementsprechend konzipiert sein.

6.6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die in der vorliegenden Untersuchung aufgezeigten signifikanten statistischen Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen von Frauen und derer sexueller und reproduktiver Gesundheit bestätigen bisher erbrachte Ergebnisse aus dem angloamerikanischen Raum.

Körperliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen ist auch in Deutschland ein Problem, das nicht nur als geringfügige Randerscheinung betrachtet werden kann.

Die Auswirkungen dieser Gewalt sind vielfältig und zeigen sich unter anderem auch im gesundheitlichen Bereich.

Noch sind die Mechanismen, die zu den verschiedenen Störungen führen, nicht im Detail ersichtlich. Die Konvergenz von psychosozialen und neurobiologischen Forschungen deutet jedoch sehr stark darauf hin, dass repetitive oder abnormal starke Stressreize (v. a. in der Kindheit) die Aktivität von wichtigen neuroregulatorischen Systemen derartig stören und verändern können, dass sie andauernde Beeinträchtigungen für die gesamte Lebensspanne darstellen können.

Betrachtet man die zahlreichen Beeinträchtigungen, die als Folge von Gewalterfahrungen (besonders in der Kindheit) genannt werden – Angststörungen, Depression, Drogenprobleme, sexuelles Risikoverhalten, Schlafprobleme, erhöhte Aggressivität usw.– so fällt auf, dass sie nahezu alle dem limbischen System zugeordnet sind, was ihre neurobiologische Repräsentation betrifft. Anda (2005) argumentiert, dass diese vielfältigen, scheinbar nicht zusammenhängenden Störungen möglicherweise einen gemeinsamen neurobiologischen Ursprung haben. Dabei konnte Anda zeigen, dass zwischen der Anzahl der Stressoren und der Schwere der Störungen eine Dosis-Wirkungs-Beziehung besteht.

Möglicherweise zeigt sich das zyklische Geschehen von Gewalt und deren Weitergabe an die nächste Generation nirgends so klar wie bei der Thematik Reproduktion.

Schon für sich alleine sind die Auswirkungen der Gewalt auf die reproduktive Gesundheit der Frauen bedrückend. Blickt man jedoch weiter auf die nächste Generation und berücksichtigt Studien, die die Auswirkungen komplikationsträchtiger Schwangerschaften, Geburten und Postpartumperiode auf die Persönlichkeitsentwicklung erforschen, erkennt man schnell, dass die Transmission der Gewalt bereits hier beginnt.

Odent zeigt in einem hervorragenden Übersichtsartikel, wie sich ungünstige Verläufe der sog. „primal period“ (Zeitraum von der Befruchtung bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes) auf psychosoziales Verhalten auswirken können.

So sind z. B. Drogenabusus, Suizid oder juveniles kriminelles Verhalten mit einer komplikationsreichen primal period in Verbindung gebracht worden (Odent 2001).

Die ersten Kindheitsjahre werden gemeinhin als unser Fundament bezeichnet und dennoch können Gewalterfahrungen jeder Art, die sich in dieser Periode ereignen, nicht erinnert bzw. mit Worten wiedergegeben werden. So stellt sich die Frage nach der Speicherung dieser Erlebnisse, wobei die oben erwähnten Forschungen von Anda (2005) hier durchaus plausible neurobiologische Modelle anbieten können.

Beckermann (2004) weist darauf hin, dass in der Gynäkologie und Geburtshilfe bisher zu wenig über die besonderen Bedürfnisse von Frauen mit früheren Traumatisierungen bekannt ist. Schwangerschaft und besonders Geburt sind Prozesse, die viele Frauen mit Erlebnissen von Kontrollverlust konfrontieren. Frühere Erfahrungen von Gewalt, die mit Kontrollverlust einhergingen, können hier zu Konflikten und Komplikationen führen.

Beckermann und andere frauenbewusste Ärztinnen plädieren deshalb dafür, jede Patientin bei der (Erst-)Anamneseerhebung nach früheren Gewalterlebnissen zu fragen. Dies schließt auch traumatische Vorerfahrungen mit gynäkologischen bzw. geburtshilflichen Untersuchungen mit ein. Prinzipiell sollte jeder Patientin ebenfalls mitgeteilt werden, dass sie auch zu einem späteren Zeitpunkt der Behandlung jederzeit über Gewalterlebnisse sprechen kann.

Die gynäkologische und geburtshilfliche Betreuung gewaltbetroffener Frauen, die unter Umständen viel Zeit, Geduld und Abweichen von gewohnter Untersuchungsroutine erfordert, kollidiert auch mit der strukturellen Gewalt im Gesundheitssystem: überforderte Ärzte, die wenig Zeit für längere Gespräche haben, deren kommunikative Bemühungen kaum angemessen honoriert werden und die oftmals ohnehin wenig Empathie für „schwierige Patientinnen“ aufbringen können. Thure von Uexküll (2001) schildert mit leicht

polemischer Note diesen Missstand, wenn er darauf hinweist, dass die traditionelle ärztliche Ausbildung die Studierenden die meisten ihrer empathischen Fähigkeiten verlernen lässt. Mit dem Ergebnis, dass wir ein Gesundheitssystem vorfinden, in dem „ nicht Ärzte alexithymen Patienten gegenüberstehen, sondern in dem Patienten ihre Sorgen und inneren Nöte emotionalen Analphabeten schildern müssen.“

Konkrete Empfehlungen für die gynäkologische bzw. geburtshilfliche Betreuung von traumatisierten Frauen sind für den deutschsprachigen Raum von Beckermann (2004) formuliert worden.

An dieser Stelle soll lediglich auf die zwei grundlegenden Prinzipien dieser konkreten Empfehlungen eingegangen werden.

Grundsätzlich sollte allen Frauen unter der Geburt möglichst große Eigenaktivität und Kompetenz sowie möglichst viel emotionale Sicherheit zugestanden werden.

Für gewaltbetroffene Frauen trifft dies wahrscheinlich in besonderem Maße zu, da bei ihnen der momentane Kontrollverlust während der Geburt durch frühere Gewalterfahrungen als bedrohlich erlebt werden kann.

Odent (2001) weist auf die Ähnlichkeit aller Oxytocin-abhängigen Prozesse (Sexualität, Geburt, Stillen) hin: sie funktionieren am besten in einem geschützten Rahmen, in dem unnötige neocorticale Stimulierung weitgehend vermieden werden sollte.

Welche Faktoren führen zu neocorticaler Aktivierung? Grelles Neonlicht, rationale Sprache bzw. Anweisungen, Formulare auszufüllen, das Gefühl beobachtet zu werden, kontinuierliche Überwachung usw.

Dass Gefühl emotionaler Sicherheit vermitteln in den meisten Fällen Hebammen, aber auch Partner bzw. andere vertraute Personen. Auch eine Doula, eine persönliche Geburtsbegleiterin, könnte insbesondere für traumatisierte Frauen eine große Unterstützung sein (Stein 2004).

Der Einfluss von Gewalt auf die Gesundheit von Frauen spielte bisher in der medizinischen Ausbildung nur eine marginale Rolle. Die gesellschaftspolitische Dimension dieses Problems ist bisher in Deutschland von medizinischer Seite nicht ausreichend zu Kenntnis genommen worden. Beckermann (2004) weist darauf hin, dass selbst in konservativen Studiengängen wie z. B. bei Juristinnen oder Polizistinnen die Gewaltproblematik Gegenstand der Ausbildung ist.

In der Humanmedizin ist beispielsweise die fachliche Kompetenz in der Begutachtung vergewaltigter Frauen derzeit kein fester Bestandteil der gynäkologischen Ausbildung.

In der psychosomatischen oder gynäkologischen Ausbildung der Medizinstudierenden kommt dieses Thema nur bei engagierten Dozenten zur Sprache, ein fester Bestandteil des Curriculums ist es nicht.

Eine Verankerung des Themas Gewalt und Gesundheit in der medizinischen Ausbildung und in der Facharztausbildung erscheint hier als Grundbedingung, um ein hilfreiches Eingreifen von ärztlicher Seite überhaupt zu ermöglichen.

Die vorliegende Studie konnte signifikante Korrelationen zwischen Gewalterfahrungen von Frauen und ihrer reproduktiven Gesundheit aufzeigen. Bislang lagen in Deutschland für den ambulanten Gesundheitsbereich diesbezüglich keine Untersuchungen vor.

Weitere Studien können auf den hier vorgelegten Ergebnissen aufbauen und sollten auch den Geburtsverlauf als solches genauer untersuchen, das Kontrazeptionsverhalten der Frau, sexuelles Risikoverhalten usw. Erstrebenswert wäre das Erfassen von emotionaler Gewalt, die in dieser Erhebung nicht berücksichtigt wurde.

Interessant wäre sicherlich auch eine Untersuchung, die sich mit den Auswirkungen intensiver psychosozialer Betreuung (z. B. durch eine Doula) während Schwangerschaft und Geburt von traumatisierten Frauen befasst. Das frühzeitige Gewähren von Sicherheit und Unterstützung, um den Gewaltkreislauf zu unterbrechen, würde damit in den Fokus der Forschung gerückt.

Die frappierende Abwesenheit von Forschungen in Deutschland auf diesem Gebiet und mangelnde Kenntnisse der im Gesundheitsbereich Tätigen über Prävalenz und Manifestation von Gewalt tragen zur Aufrechterhaltung des Gewaltkreislaufes bei.

Aus vorgelegten Studien ist bekannt, dass von Gewalt betroffene Frauen oft Ärztinnen und Ärzte als erste professionelle Ansprechpartner wählen, noch vor psychologischen Hilfsangeboten oder speziellen Anlaufstellen für misshandelte Frauen.

Dem Gesundheitswesen kommt damit eine besondere Chance und Verantwortung zu, einen wichtigen Beitrag zum Unterbrechen des Gewaltkreislaufes zu leisten.

7 Zusammenfassung

Die vorliegende Querschnittsstudie untersuchte die Prävalenz körperlicher und sexueller Gewalt gegen Frauen und möglicher Korrelationen zu sexuellen und reproduktiven Parametern.

Für diese Untersuchung standen die Datensätze von 496 Frauen hinsichtlich der Schwangerschaftsverläufe („reproduktives Sample“) und die Datensätze von 715 Frauen bezüglich sexueller Parameter („sexuelles Sample“) zur Verfügung. Diese Daten wurden aus einem Gesamtsample von 730 ambulanten Patientinnen extrahiert.

Die Datenerhebung erfolgte mit einem selbst entwickelten, umfangreichen Fragebogen in 13 verschiedenen Berliner Arztpraxen (allgemeinärztliche und gynäkologische Praxen).

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Juni 2002 bis April 2003. Die Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Befragung waren zum einen die deutsche Staatsbürgerschaft der Frauen und zum anderen ein Alter zwischen 18 und 65 Jahren.

Die vorgelegte Untersuchung ist die erste Studie im deutschen ambulanten Gesundheitswesen, die sich mit Gewalterfahrungen von Frauen und reproduktiver Gesundheit befasst.

Folgende Ergebnisse konnten im Rahmen dieser Untersuchung eruiert werden: Körperliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen ist in Deutschland keine marginale Erscheinung, sondern zeigt ein hohes Vorkommen bei denen in dieser Studie befragten ambulanten Patientinnen.

Es konnten statistisch signifikante Korrelationen zwischen *körperlicher* Gewalt und folgenden Parametern gefunden werden: höhere Anzahl von Schwangerschaften, höhere Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen, starkes Schwangerschaftserbrechen, Gestose, Geburtsgewicht des Kindes unter 2500 g, ungenügende Erregung während des Geschlechtsverkehrs, Dyspareunie und Vermeiden sexueller Aktivität.

Hinsichtlich der *sexuellen* Gewalt und den erfragten Parametern, fanden sich signifikante Korrelationen für die folgenden Parameter: höhere Anzahl der Schwangerschaften, erste unerwünschte Schwangerschaft, höhere Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen, höhere Anzahl von Teenagerschwangerschaften (sexuelle Gewalt vor dem 14. Lebensjahr), Dyspareunie und Vermeiden sexueller Aktivität.

Keine statistischen Zusammenhänge konnten für Gewalterfahrungen und folgende erfragte Parameter gesichert werden: höhere Anzahl unerwünschter Schwangerschaften, Fehlgeburten, vorzeitige Wehentätigkeit, Frühgeburten, stationärer Aufenthalt wegen Schwangerschaftskomplikationen und Orgasmushäufigkeit beim Geschlechtsverkehr.

Bei der multivariaten Betrachtung der abhängigen Variablen Schwangerschaftsabbruch und Dyspareunie blieben die signifikanten Korrelationen hinsichtlich der sexuellen Gewalt bestehen, die Signifikanz der körperlichen Gewalt verschwand jedoch nach Hinzunahme anderer Faktoren.

Körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen stellen im multifaktoriellen Geschehen von Sexualität, Schwangerschaft und Geburt einen ernstzunehmenden Einflussfaktor dar.

Das Thema Gewalt und Gesundheit ist in seiner biopsychosozialen Brisanz bisher vom deutschen Gesundheitswesen nicht erkannt worden. Dies ist umso prekärer, da vorgelegte Studien darauf hindeuten, dass Ärzte und Ärztinnen oft die ersten Ansprechpartner für gewaltbetroffene Frauen sind. Den im Gesundheitswesen Tätigen kommt damit eine besondere Chance und Verantwortung zu, einen wichtigen Beitrag zum Unterbrechen des Gewaltkreislaufes zu leisten.

8 Literaturverzeichnis

Adams J, East P. (1999): Past physical abuse is significantly correlated with pregnancy as an adolescent. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 12(3); S. 133–138

Altarac M, Strobino D. (2002): Abuse during pregnancy and stress because of abuse during pregnancy and birthweight. *JAMA*. 57; S. 208–214

Amaro H. et al (1990): Violence during pregnancy and substance abuse. *American Journal of Public Health*. 80; S. 575–579

Anda R. et al (2005): The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience*. Online publication 29.11.2005

Atanackovic, G., Wolpin J. et al (2001): Determinants of the need for hospital care among women with nausea and vomiting of pregnancy. *Clin Invest Med*. 24(2); S. 90–93

Bachmann R. et al (1995): Violence against women: estimates from the redesigned survey. Washington DC, Dept. of Justice, NCJ, Nr. 154348.

Barzelatto J. (1998): Understanding sexual and reproductive violence: an overview. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 63; Suppl., S. 13–18

Baur N., Fromm S. (2004): Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene. 1. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften

Becker-Lausen E., Rickel A.(1995): Integration of teen pregnancy and child abuse research: identifying mediator variables for pregnancy outcome. *Journal of Primary Prevention*. 16(1); S. 39–53

Beckermann M. (2004): Schwangerschaft und Geburt nach frühen Traumatisierungen. Die gynäkologische Untersuchung und Begleitung von sexuell traumatisierten Frauen. In: *Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Integration von evidence-based medicine in eine frauenzentrierte Gynäkologie*. Hrsg. Beckermann u. Perl. 1. Aufl. Schwabe-Verlag Basel

Beier et al (2001): *Sexualmedizin*. Urban & Fischer Verlag München – Jena, 1. Aufl.

Belsky J. (1993): Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*. 114; S. 413–434

Berger-Oser R., Richter D. *Zur Psychosomatik der EPH-Gestose. Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe*. Berlin, Heidelberg; Springer 1985, S. 183–191

Bergmann RL et al (2001): Warum nimmt die Prävalenz von niedrigem Geburtsgewicht in Berlin zu? *Geburtsh Frauenheilk*. 61; S. 686–691

Berenson A. et al (1994): Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 170; S. 1766–1769

Bowen E. et al (2005): Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 112; S. 1083–1089

Bowlby J. (1969): *Attachment and loss*. Tavistock Institute of human relations. London.

Boyer D., Fine D. (1992): Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. *Family Planning Perspectives*. 24(1); S. 4–19

Brandau H., Ronge K. (1997): Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich. Broschüre 1, Hrsg.: BIG e.V. Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (1997): Abschlußbericht der Expertengruppe des Europarates zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen. Materialien zur Frauenpolitik Nr. 65/1997 Bonn.

Campbell J., Pugh L. et al (1995): The influence of abuse on pregnancy intention. *Womens Health Issues*. 5; S. 214–223

Campbell J., Kub J. et al (1996): Depression in battered women. *J Am Womens Med Assoc*. 20; S. 106–110

Campbell J., Torres S. et al (1999): Physical and non-physical partner abuse and other risk factors for low birthweight among full term and preterm babies: a multiethnic case-control study. *American Journal of Epidemiology*. 150; S. 714–726

Campbell J., Moracco K. et al (2000): Future directions for violence against women and reproductive health: science, prevention and action. *Maternal Child Health Journal*. 4; S. 149–154

Center for Disease Control and Prevention /National Center for Injury Prevention (2003): Costs of intimate partner violence against women in the United States. Atlanta, Georgia.

Chandra K., Magee L. et al (2002): Discordance between physical symptoms versus perception of severity by women with nausea and vomiting in pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2; S. 1–4

Chapman J. (1989): A longitudinal study of sexuality and gynaecologic health in abused women. *JAOA*. 89(5); S. 619–624

Coid J. et al (2001): Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet*. 358; S. 450–454

Coker A. et al (2002): Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*. 23(4); S. 260–268

Coker A., Sanderson M. et al (2004): Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 18; S. 260–269

Cokkinides V., Coker A. (1998): Experiencing physical violence during pregnancy. *Family Community Health*. 20; S. 19–37

Cokkinides V., Coker A. et al (1999): Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstetrics and Gynecology*. 93; S.661–666

Connolly A. et al (1997): Trauma and pregnancy. *American Journal of Perinatology*. 14; S. 331–336

Covington D. et al (2001): Preterm delivery and the severity of violence during pregnancy. *Journal of Reproductive Medicine*. 46; S.1031–1039

Cunningham (1993): *Obstetrics*. Prentice Hall Int. London.

Curry M., Perrin N. et al (1998): Effects of abuse on maternal complications and birthweight in adult and adolescent women. *Obstetrics and Gynecology*. 92; S. 530–534

D'Angelo D., Gilbert B. et al (2004): Differences between mistimed and unwanted pregnancies among women who have live births. *Perspectives on sexual and reproductive health*. 36(5); S. 192–197

- D' Oliveira A., Diniz S. et al (2002): Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*. 359; S. 1681–1685
- Dietz P., Spitz A. et al (1999): Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *JAMA*. 282; S. 1359–1364
- Diniz S. et al (1998): Gender violence and reproductive health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 63, Suppl.1; S. 33–42
- Dobash R.E., Dobash R. (1979): *Violence against wives*. New York Free Press.
- Dubow E. et al (2003): Theoretical and methodological considerations in cross-generational research on parenting and child aggressive behaviour. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 31; S. 185–192
- Dye T., Tollivert N. et al (1995): Violence, pregnancy and birth outcome in Appalachia. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*. 9; S. 35–47
- Egeland B. et al (1988): Breaking the cycle of abuse. *Child development*. 59; S. 1080–1088
- Ellsberg M., Heise L. (2002): Bearing witness: ethics in domestic violence research. *The Lancet*. Vol.359; S. 1599–1604
- Evens G., Chescheir N. (1996): Prevalence of domestic violence among women seeking abortion services. *Womens Health Issues*. 6; S. 204–210
- Feldman H. (1992): *Vergewaltigung und ihre psychischen Folgen*. Forum Psychiatrie. Stuttgart Enke Verlag.
- Fernandez F. et al (1999): Domestic violence: effect on pregnancy outcome. *Journal of the American Osteopathy Association*. 99; S. 254–256
- Fickel N. (2001): *Sequenzialregression*. Verlag für Wissenschaft und Forschung Berlin.
- Fiscella K. et al (1998): Does child abuse predict adolescent pregnancy? *Pediatrics*. 101(4); S. 620–624
- Fisher WA. et al (2005): Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ*. 172 (5); S. 637–641
- Forrest J.D. (1993): Timing of reproductive life stages. *Obstetrics and Gynecology*. 82(1); S. 105–110
- Frick-Bruder V. (2003): *Psychosomatische Aspekte in der Gynäkologie*. In: *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. Von Uexküll. 6. erweiterte Aufl. Urban & Fischer, München Jena.
- Galtung, Johan (1998): *Frieden mit friedlichen Mitteln*. 1. Aufl., Verlag Leske & Budrich, Opladen
- Gazmararian J., Adams J. et al (1995): The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns. *J Obstet Gynecol*. 85; S. 1031–1038
- Gazmararian J., Lazorick S. et al (1996): Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*. 275; S. 1915–1920
- Gazmararian J., Petersen R. et al (2000): Violence and reproductive health : current knowledge and future research directions. *Maternal and Child Health Journal*. 4(2); S. 79–84
- Glander S., Moore M. et al (1998): The prevalence of domestic violence among women seeking abortion. *J Obstet Gynecol*. 91; S. 1002–1006

- Goebel P. (1986): Katanamnestische Erhebungen an Patientinnen nach Schwangerschaftsabbruch. In: Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Hrsg. Ferves-Schorre, Poettgen und Stauber. Berlin, Springer-Verlag.
- Golding J. (1999): Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*. 14; S. 99–132
- Grimstad H., Schei B. et al (1997): Physical abuse and low birthweight: a case-control study. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 104; S. 1281–1287
- Heim C. et al (2000): Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse. *JAMA*. 284; S. 592–597
- Heise L. et al (1999): Ending violence against women. Population Reports Series L. Nr. 11, Baltimore, John Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Dezember 1999
- Heise L. et al (2002): A global overview of gender-based violence. *Int J Gyn and Obstet*. 78 Suppl 1; S. 5–14
- Herman, Judith (2003): Die Narben der Gewalt. 1. Aufl., Junfermann-Verlag Paderborn.
- Jacoby M. et al (1999): Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*. 16(4); S. 318–321
- Jago J. et al (2000): The effects of physical abuse on pregnancy outcomes in a low-risk obstetric population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 182; S. 1067–1069
- Janssen J., Laatz W. (1999): Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. 3. erw. Aufl., Springer-Verlag
- Janssen P., Holt V. et al (2003): Intimate partner violence and adverse pregnancy outcome: a population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 188; S. 1341–1347
- Jewkes R. (1999): The impact of violence against women on sexual and reproductive health. *International Planned Parenthood Federation, Resources* S. 1–7
- Jewkes R., Department of Health Pretoria South Africa (1999): Saving Mothers: report on confidential enquiries into maternal deaths in South Africa. Department of Health South Africa.
- Kirby D. (2001): Emerging answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington DC; National Campaign to prevent teen pregnancy.
- Kinzl (1997): Die Bedeutung der Familienstruktur für die Langzeitfolgen von sexuellem Missbrauch. In: Amann & Wipplinger, Hg., S. 140–148
- Klonoff – Cohen H. et al.(1996): Job stress and preeclampsia. *Epidemiology*. 7(3); 245–249
- Koenig M. et al (2003): Women's status and domestic violence in rural Bangladesh. *Demography*. 40(2); S. 269–288
- Landsbergis P. et al.(1996): Psychosocial work stress and pregnancy-induced hypertension. *Epidemiology*. 7; 346–351

Leeners B., Sauer I. (2000): Übelkeit und Erbrechen in der Frühschwangerschaft/Hyperemesis gravidarum: aktueller Stand zu psychosomatischen Faktoren. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*. 204; S. 128–134

Leeners B. (2000): Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen. In: *Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde*. Ein Kursbuch nach den Richtlinien der DGPGG und DGGG. Hrsg. Neises und Ditz, Kap. 29, S. 195–198; 1. Aufl., Georg Thieme Verlag Stuttgart.

Leeners B. (2000): Psychosomatische Aspekte der intrauterinen Wachstumsretardierung. In: *Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde*. Ein Kursbuch nach den Richtlinien der DGPGG und DGGG. Hrsg. Neises und Ditz, Kap. 30, S. 199–201; 1. Aufl., Georg Thieme Verlag Stuttgart.

Leung T. et al (2002): A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other gynecology patients. *Int J Gynaecol Obstet*. 77; S. 47–54

Mark H. et al (2007): Gesundheitsstörungen erwachsener Frauen im Zusammenhang mit körperlicher und sexueller Gewalt – Ergebnisse einer Berliner Patientinnenstudie. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 67; S. 43–49

Martin S. et al (2001): Physical abuse before, during and after pregnancy. *JAMA*. 285(12); S. 1581–1584

Mazza et al (1996): Physical, sexual and emotional violence against women. A general-practice based prevalence study. *Med J Aust*. 164; S. 14–17

McClellan A. et al (2000): Attachment theory and violence toward women by male intimate partners. *J Nurs Scholar*. 32(4); S. 353–360

McElroy S., Moore K. (1997): Trends over time in teenage pregnancy and childbearing: the critical changes. In Maynard: “Kids having kids – economic costs and social consequences of teen pregnancy”. Washington DC, Urban Press Institute; S. 1–22

McFarlane J. et al (1996): Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birthweight. *Nursing Research*. 45; S. 37–42

Mezey G. et al (2005): Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 112, S. 197–204

Milan S. et al (2004): The impact of physical maltreatment history on the adolescent mother-infant relationship: mediating and moderating effects during the transition to early parenthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 32 (3); S. 249–261

Mullen P. et al (1988): Impact of sexual and physical abuse on women`s mental health. *The Lancet*. 1; S. 841–845

Müller U., Schröttle M. et al (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Hrsg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Neggess Y. et (2004): Effects of domestic violence on preterm birth and low weight. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 83: S. 455–460

Neises M. (2000): Schwangerschaftskonflikt, Schwangerschaftsabbruch. In: *Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde*. Ein Kursbuch nach den

Richtlinien der DGPPG und DGGG. Hrsg. Neises und Ditz, Kap. 26, S. 173–177; 1. Aufl., Georg Thieme Verlag Stuttgart.

Nelson D., Grisso J. et al (2003): Violence does not influence early pregnancy loss. *Fertility and Sterility*. 80 (5); S. 1205–1211

Odent M. (2001): New reasons and new ways to study birth physiology. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 75; S. 39–45

Pallitto C., O'Campo P. (2005): Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: testing the feminist perspective. *Social Science and Medicine*. 60; S. 2205–2216

Parker B., McFarlane J. et al (1994): Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birthweight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology*. 84, S. 323–328

Peschers U., DuMont J. et al (2003): Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany. *Obstet Gynecol*. 101; S. 103–108

Perry B., Pollard R. (1998): Homeostasis, stress, trauma and adaption: a neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 7; S. 33–51

Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch (2004); 260 Aufl., Walter de Gruyter Berlin New York.

Quinlivan J. et al (2004): Impact of demographic factors, early family relationships and depressive symptomatology in teenage pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 38; S. 197–2003

Quinlivan J., Evans S. (2005): Impact of domestic violence and drug abuse during pregnancy on maternal attachment and infant temperament in teenage mothers in the setting of best clinical practice. *Archives of Women's Mental Health*. 8; S. 191–199

Rachana C. et al (2002): Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine*. 106, S.26–29

Rauchfuß, M. et al (1996): Soziopsychosomatisch orientierte Begleitung in der Schwangerschaft.

Richardson J., Coid J. et al (2002): Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ*. 324; S. 1–6

Rickert V., Wiemann C. et al (2002): The relationship among demographics, reproductive characteristics and intimate partner violence. *Am J Obstet Gynecol*. 187; S.1002–1007

Romans S., Martin J. et al (1997): Risk factors for adolescent pregnancy: how important is child sexual abuse? *New Zealand Medical Journal*. 110(1037); S. 30–33

Saltzman L., Johnson C. et al (2003): Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 states. *Maternal and Child Health Journal*. 7(1); S. 31–43

Sarwar D. et al (1996): Childhood abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction: a study of couples seeking sex therapy. *Child abuse and neglect*. 20; S. 963–972

Saunders B. et al (1992): Child sexual assault as a risk factor for mental health disorders among women: a community sample. *Journal of Interpersonal Violence*. 7; S.189–204

Schei B. et al (1991): Does spousal physical abuse affect the outcome of pregnancy? *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 19; S. 26–31

Schleinitz, C. (1997): Der Einfluss der Partnerbeziehung auf das multifaktorielle Geschehen von Schwangerschaft und Geburt. Unveröffentlichte Dissertation. HU, Charité Berlin.

Schloretdt K., Heiman J. (2003): Perceptions of sexuality as related to sexual functioning and sexual risk in women with different types of childhood abuse histories. *Journal of traumatic stress*. 16(3); S. 275–284

Senior R. et al (2005): Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms, both lifetime and during pregnancy. *British Journal of Psychiatry*. 187; S.268–273

Shumway J. et al (1999): Preterm labor, placental abruption and premature rupture of membranes in relation to maternal violence or verbal abuse. *Journal of Maternal and Fetal Medicine*. 8; S. 76–80

Smith C. (1996): The link between childhood maltreatment and teenage pregnancy. *Social work research*. 20(3); S. 131–141

Smith M. (1990): Patriarchal ideology and wife beating: a test of a feminist hypothesis. *Violence and Victims*. 5(4); S. 257–273

Statistisches Bundesamt (2004): Schwangerschaftsabbrüche 1999–2003 nach dem Alter der Frauen.

Statistisches Bundesamt (2004): in “Wenn Kinder Kinder kriegen. Die Zahl der Teenagerschwangerschaften nimmt zu.“ *Berliner Zeitung*. 4./5.3.2006. Nr.54.

Stein N. (2004): Die Rolle sozialer Unterstützung für den Geburtsverlauf. In: *Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Integration von evidence-based medicine in eine frauenzentrierte Gynäkologie*. Hrsg. Beckermann u. Perl. 1. Aufl. Schwabe-Verlag Basel

Teicher M. et al (2002): Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am*. 25; S. 397–426

Tjaden P., Thoennes N. (1998): Prevalence, incidence and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington DC, Department of Justice, Report NCJ 172837.

Tsai M. et al (1979): Childhood molestation: variables related to differential impacts on psychosexual functioning in adult women. *Journal of abnormal psychology*.88; S. 407–417

Thom A. (1992): Langfristige psychosoziale Folgen bei Vergewaltigungsopfern. Medizinische Dissertation Universität Kiel. Zit. nach Beier (2001) *Sexualmedizin*.

UN General Assembly (1993); Declaration of the elimination of violence against women; proceedings of the 85th plenary meeting, Geneva.

UN United Nations (1995): UN Guidelines on reproductive health for the UN resident coordinator system. Draft , 2.8.1995.

Ventura S et al (2001): Births to teenagers in the US 1994–2000. *Natl Vital Stat Rep*. 49(10); S. 1–23

von Uexküll (2001): in : Thure von Uexküll. *Von der Psychosomatik zur Integrierten Medizin*. Rainer Otte. 1. Aufl., Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

- Wark MJ et al (2003): Emotional neglect and family structure: impact on student functioning. *Child Abuse Neglect*. 27(9); S. 1033–1043
- Walker E. et al (1999): Adult health status of women HMO members with histories of childhood abuse and neglect. *American Journal of Medicine*. 107; S. 332–339
- Watts C., Zimmermann C. (2002): Violence against women: global scope and magnitude. *The Lancet*. 359; S. 1232–1237
- Webster J. et al (1996): Pregnancy outcomes and health care use: effects of abuse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 174; S. 760–767
- West M. (1999): Abuse and violence in intimate adult relationships: new perspectives from attachment theory. *Attach Hum Dev*. 1(2); S. 137–156
- Wetzels P., Pfeiffer C. (1995): Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Raum. Forschungsbericht des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen. Hrsg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Materialien zur Frauenpolitik 48/1995
- Wetzels P.(1997): Gewalterfahrung in der Kindheit – sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen. Nomos, Baden-Baden
- WHO (1999): Putting women's safety first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: global programme on evidence for health policy, Vol.13.
- WHO (2002): Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Widom C., Kuhns J. (1996): Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution and teenage pregnancy: a prospective study. *American Journal of Public Health*. 86(11); S. 1607–1612
- Wiebe E., Janssen P. (2001): Universal screening for domestic violence in abortion. *Womens Health Issues*. 11; S. 436–441
- Wijma B., Schei B. et al (2003): Emotional, physical and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *The Lancet*. 361; S. 2107–2113
- Williams LM (1994): Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol*, 62(6); S. 1167–1176
- Williams M. et al (1991): Risk factors for abruption placentae. *American Journal of Epidemiology*. 134; S. 965–972
- Wingood, G., DiClemente R. (1997): The effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practices of African-American women. *American Journal of Public Health*. 87; S. 1016–1018
- Woo J., Fine P. et al (2005): Abortion disclosure and the association with domestic violence. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 105(6); S. 1329–1334
- Yllo K. (1983): Sexual equality and violence against wives in American states. *Journal of Comparative Family Studies*. 14(1); S. 676–686
- Yllo K., Straus M. (1984): Patriarchy and violence against wives: the impact of structural and normative factors. *Journal of International Comparative Social Welfare*. 1; S. 1–13
- Yost N. et al (2005): A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 106(1); S. 61–65

9 Abkürzungsverzeichnis

CDC	Center for disease control
GV	Geschlechtsverkehr
IPV	intimate partner violence
LBW	low birth weight
KFN	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen
SchwS	Schwangerschaft
SGA	small for gestational age babies
UNO	United Nations Organisation
WHO	World Health Organisation

10 Danksagung

Den teilnehmenden Frauen sowie kooperierenden Arztpraxen gilt mein erster Dank, denn ohne ihr Engagement wäre diese Untersuchung nicht möglich gewesen.

Bei Frau PD Dr. med. **Martina Rauchfuß** möchte ich mich für die Überlassung des Themas sowie die gute Betreuung bedanken.

Frau Dr. med. **Heike Mark** danke ich für die Unterstützung bei Fragen zur Datenaufbereitung, Bereitstellung von Materialien und hilfreiche Tipps.

Frau Dr. rer. nat. **Gerda Siebert** und Frau Dipl. Psych. **Anne Grimm** gebührt mein Dank für ihre wertvolle Hilfestellung bei allen Unklarheiten im „spss-Universum“.

Frau Dr. phil. **Christina Papachristou** danke ich für ihre Hilfe in einem kritischen Moment und wertvolles Feedback in Bezug auf die Arbeit.

Die **Heinrich-Böll-Stiftung** hat mir im Rahmen meines Studienstipendiums ein extraplanmäßiges Förderungssemester eigens für die Promotion gewährt und damit die Bürde der Dreifachbelastung (Studium, Promotion, Kind) erheblich vermindert. Dafür möchte ich mich besonders herzlich bei **Angelika Steinborn** und **Gabriele Tellenbach** bedanken.

Meinen Eltern **Ute Bitzker** und **Guido-Nithard Pietzke**, meiner Schwester **Susanne Bitzker** und **Sandra Kantowsky** danke ich aus tiefstem Herzen: diese vier Menschen haben sehr viel Zeit spielend mit meinem Sohn verbracht, damit ich in Ruhe schreiben konnte. Sie haben mich aufgemuntert, wenn ich daran dachte aufzugeben, sie haben für mich gekocht und mich von Zeit zu Zeit daran erinnert, dass das Leben nicht nur aus wissenschaftlichen Artikeln besteht.

Meinen Sohn **Anatol Bjarne Bitzker** wird diese Schrift momentan kaum interessieren, denn sie enthält weder Bilder noch Geschichten vom Brachiosaurus oder von Piraten. Mit seiner fröhlichen, temperamentvollen Art hat er oftmals einen willkommenen Gegenpol zur Thematik dieser Dissertationsschrift dargestellt.

11 Erklärung

Ich, Katharina Bitzker, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema „Körperliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen und reproduktive Gesundheit“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die unzulässige Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.

Waren/Müritz, 30. November 2007

12 Curriculum vitae

Mein Lebenslauf wird aus Datenschutzgründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht mit veröffentlicht.

Waren/Müritz, 30. November 2007