

Aus der Klinik für  
Frauenheilkunde und Geburtshilfe Campus Virchow Klinikum der  
Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Wechseljahre und Hormontherapie:  
eine vergleichende Befragung bei türkeistämmigen Migrantinnen und deutschen  
Frauen in Berlin sowie Frauen in Istanbul

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät Charité –  
Universitätsmedizin Berlin

von

Şengül Boral  
geb. in Çalığağıl

Gutachter/in:      1.    Priv.-Doz. Dr. med. Matthias David  
                                 2.    Prof. Dr. phil. Ulrike Maschewsky-Schneider  
                                 3.    Prof. Dr. med. Heribert Kentenich

Datum der Promotion:    03. September 2010

## I Inhaltsverzeichnis

<b>I Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>3</b>
<b>II Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>6</b>
<b>III Tabellen- und Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>9</b>
1.1 Migration und Gesundheit in Deutschland.....	11
1.1.1 Arbeitsmigration aus der Türkei nach Deutschland.....	12
1.1.2 Zur gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten in Deutschland .....	15
1.2 Frauengesundheit in Deutschland .....	18
1.3 Frauengesundheit in der Türkei.....	20
1.4 Wechseljahre und Hormontherapie; ein Vergleich zwischen Türkei und Deutschland.....	22
1.4.1 Begriffsklärungen: Wechseljahre, Klimakterium und Menopause .....	22
1.4.2 Überblick und Stand der Forschung zur menopausalen Hormontherapie.....	23
1.4.3 Erleben der Wechseljahre.....	25
1.4.3.1 Wechseljahre, Migration und soziokulturelle Aspekte .....	25
1.4.3.2 Frauen in Deutschland – Stand der Forschung zum Erleben der Wechseljahre ...	27
1.4.3.3 Frauen in der Türkei – Stand der Forschung zum Erleben der Wechseljahre.....	28
1.4.4 Informiertheit über und Anwendung der Hormontherapie .....	30
1.4.4.1 Trends in Europa vor Veröffentlichung der WHI-Studie.....	30
1.4.4.2 Informiertheit über und Anwendung der Hormontherapie in Deutschland .....	30
1.4.4.3 Informiertheit über und Anwendung der Hormontherapie in der Türkei.....	32
1.5 Ziel der Studie und Forschungsfragen .....	33
<b>2. Methodik .....</b>	<b>35</b>
2.1 Planung der Studie .....	35
2.1.1 Studiendesign .....	35
2.1.2 Studienstandorte und Untersuchungszeitraum .....	35
2.1.2 Studienpopulationen.....	36
2.1.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien .....	36
2.1.3 Datenschutz .....	37
2.1.4 Erhebungsinstrumente.....	38
2.2 Durchführung der Studie .....	41
2.2.1 Erreichbarkeit der Zielgruppen .....	41
2.2.2.1 Zugang zu Studienpopulationen in Berlin.....	41
2.2.2.2 Zugang zur Studienpopulation in Istanbul .....	43
2.3 Auswertung der Fragebögen .....	44
2.3.1 Dateneingabe und Datenqualitätskontrolle .....	44
2.3.2 Kodierung und Kategorisierung von Variablen .....	45
2.3.3 Statistische Auswertung .....	47
<b>3. Ergebnisse .....</b>	<b>50</b>
3.1 Soziodemographische Merkmale der Studienpopulation.....	50
3.1.1 Alter.....	50
3.1.2 Bildungsstatus und Alphabetisierung.....	51
3.1.3 Erwerbsstatus und Berufsausbildung .....	55
3.1.4 Parität und Familienstatus .....	55
3.1.5 Soziale Kontakte außerhalb der Familie .....	56
3.1.6 Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen.....	56

3.1.7	Body Mass Index.....	58
3.2	Migrationsspezifische Merkmale bei türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin .....	59
3.2.1	Migrationshintergrund und Motivation.....	59
3.2.2	Aufenthaltsdauer in Deutschland nach Staatsangehörigkeit.....	59
3.2.3	Deutschkenntnisse nach subjektiver Einschätzung.....	61
3.3	Erleben der Wechseljahre.....	64
3.3.1	Gründe für den Eintritt der Menopause und Menopausenstatus.....	64
3.3.2	Erwartungshaltung gegenüber Wechseljahresbeschwerden.....	67
3.3.3	Arztbesuch wegen Wechseljahren .....	68
3.3.4	Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden.....	69
3.3.4.1	Wechseljahresbeschwerden nach Menopausenstatus.....	69
3.3.4.2	Wechseljahresbeschwerden im Vergleich zwischen türkeistämmigen und deutschen Frauen in Berlin.....	70
3.3.4.3	Wechseljahresbeschwerden im Vergleich zwischen türkeistämmigen Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul.....	72
3.3.4.4	Wechseljahresbeschwerden nach Bildungsstatus und Alphabetisierung .....	74
3.3.4.5	Wechseljahresbeschwerden nach Erwerbstätigkeit.....	76
3.3.4.6	Wechseljahresbeschwerden nach Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen.....	78
3.3.4.7	Wechseljahresbeschwerden nach Deutschkenntnissen bei türkeistämmigen Frauen in Berlin.....	80
3.4	Menopausale Hormontherapie .....	81
3.4.1	Informiertheit über die menopausale Hormontherapie .....	81
3.4.1.1	Informiertheit über die Hormontherapie nach Menopausenstatus .....	82
3.4.1.2	Informiertheit über Hormontherapie nach Bildungsstatus und Alphabetisierung .....	83
3.4.1.3	Informiertheit über die Hormontherapie nach Hormontherapie-Anwendung.....	84
3.4.1.4	Informiertheit über die Hormontherapie nach Deutschkenntnissen bei türkeistämmigen Frauen in Berlin.....	85
3.4.1.5	Bekanntheitsgrad der WHI-Studie .....	86
3.4.1.6	Meinung zum Einfluss der Hormontherapie auf eigene Gesundheit .....	88
3.4.2	Hormontherapie-Anwendung.....	90
3.4.2.1	Aktuelle Hormontherapie–Anwendung nach Menopausenstatus .....	92
3.4.2.2	Aktuelle Hormontherapie-Anwendung nach Bildungsstatus und Alphabetisierung .....	93
3.4.2.3	Aktuelle Hormontherapie-Anwendung nach Deutschkenntnissen bei türkeistämmigen Frauen in Berlin.....	94
3.4.2.4	Einfluss auf Entscheidung zur Hormontherapie-Anwendung.....	95
3.4.2.5	Einfluss auf Entscheidung zum Abbruch einer Hormontherapie-Anwendung.....	95
<b>4.</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>97</b>
4.1	Methoden und Studiendurchführung – Limitationen und Stärken der Studie .....	97
4.2	Soziodemographische und migrationsspezifische Merkmale der Studienpopulation.....	100
4.2.1	Alter, Bildungsstatus und berufliche Situation .....	100
4.2.2	Familienstatus, Parität und soziale Kontakte außerhalb der Familie .....	103
4.2.3	Migrationsspezifische Merkmale bei türkeistämmigen Frauen in Berlin.....	105
4.2.3.1	Motivation für Migration, Aufenthaltsdauer, Staatsangehörigkeit .....	105
4.2.3.2	Deutsche Sprachkenntnisse .....	106
4.2.4	Psychosoziale und gesundheitliche Aspekte.....	107
4.2.4.1	Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen.....	107

4.2.4.2 Subjektive Gesundheit.....	110
4.2.4.3 Body Mass Index.....	111
4.3 Erleben der Wechseljahre, Informiertheit über die Hormontherapie und Hormontherapie-Anwendungsverhalten .....	112
<b>5. Zusammenfassung.....</b>	<b>132</b>
5.1 Wesentliche Studienergebnisse .....	132
5.2 Reflektion der Ergebnisse und Ausblick.....	134
<b>6. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>136</b>
<b>7. Danksagung.....</b>	<b>147</b>
<b>8. Anhang .....</b>	<b>148</b>
8.1 Kontaktstellen und Organisationen zur Gewinnung der Befragungsteilnehmerinnen in Berlin und in Istanbul .....	148
8.2 Fragebögen.....	151
8.3 Curriculum Vitae.....	186
8.4 Publikationsliste .....	187
<b>9. Selbständigkeitserklärung .....</b>	<b>188</b>

## II Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie
BMI	Body mass index (engl. Körpermassenzahl)
HT	Hormon Therapie
MRS II	Menopause Rating Scale II
MWS	Million-Women-Study
o.J.	ohne Jahr
RKI	RKI
SPSS®	Statistical Package for Social Sciences
Tab.	Tabelle
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
u.a.	unter anderem
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNCSD	United Nations Department for Policy Coordination and Sustainable Development
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
USA	United States of America
v.a.	vor allem
vs.	versus
WHI	Women's Health Initiative
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

### III Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

#### Tabellen

Tabelle 1: Rücklauf der Fragebögen in beiden Erhebungsphasen .....	44
Tabelle 2: Bildungsstatus nach Alter in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul) .....	52
Tabelle 3: Alphabetisierung nach Lese- und Schreibkundigkeit in türkischer Sprache in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul) .....	53
Tabelle 4: Alphabetisierung nach Alter in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul) .....	54
Tabelle 5: Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen, nach Herkunft in % .....	57
Tabelle 6: Aufenthaltsdauer in Deutschland in % (türkeistämmig Berlin).....	60
Tabelle 7: Staatsangehörigkeit nach Aufenthaltsdauer in % (türkeistämmig Berlin n=243).....	61
Tabelle 8: Deutschkenntnisse nach Bildungsstatus in % (türkeistämmig Berlin).....	62
Tabelle 9: Deutschkenntnisse nach Aufenthaltsdauer in % (türkeistämmig Berlin).....	63
Tabelle 10: Wechseljahresbeschwerden, nach Menopausenstatus und Herkunft in %.....	70
Tabelle 11: „Starke“ Wechseljahresbeschwerden, nach Menopausenstatus und Rangfolge in % (türkeistämmig Berlin und deutsch Berlin).....	72
Tabelle 12: „Starke“ Wechseljahresbeschwerden, nach Menopausenstatus und Rangfolge in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul).....	73
Tabelle 13: Wechseljahresbeschwerden, nach Bildungsstatus, Menopausenstatus und Herkunft in % .....	75
Tabelle 14: Wechseljahresbeschwerden, nach Alphabetisierung, Menopausenstatus in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul) .....	76
Tabelle 15: Wechseljahresbeschwerden, nach Erwerbsstatus, Menopausenstatus und Herkunft in % .....	77
Tabelle 16: Wechseljahresbeschwerden, nach Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen, Menopausenstatus und Herkunft in % .....	79
Tabelle 17: Wechseljahresbeschwerden, nach Deutschkenntnissen in % (türkeistämmig Berlin).....	80
Tabelle 18: Informiertheit über die HT, nach Menopausenstatus und Herkunft in % .....	82
Tabelle 19: Informiertheit über die HT, nach Bildungsstatus und Herkunft in %.....	83
Tabelle 20: Informiertheit über die HT, nach Alphabetisierung in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul).....	84
Tabelle 21: Informiertheit über die HT, nach HT-Anwendung und Herkunft in % .....	85
Tabelle 22: Informiertheit über die HT, nach Deutschkenntnissen in % (türkeistämmig Berlin).....	86
Tabelle 23: Meinung zum Einfluss der HT auf eigene Gesundheit, nach Herkunft in %.....	88
Tabelle 24: Einfluss auf Meinung zur HT, nach Herkunft in % .....	90
Tabelle 25: Aktuelle HT-Anwendung, nach Menopausenstatus und Herkunft in %.....	92
Tabelle 26: Aktuelle HT-Anwendung, nach Bildungsstatus und Herkunft in %.....	93
Tabelle 27: Aktuelle HT-Anwendung, nach Alphabetisierung in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul).....	94
Tabelle 28: Aktuelle HT-Anwendung, nach Deutschkenntnissen in % (türkeistämmig Berlin) .	94
Tabelle 29: Einfluss auf Entscheidung zur HT-Anwendung, nach Herkunft in % .....	95
Tabelle 30: Einfluss auf Entscheidung zum Abbruch einer HT-Anwendung, nach Herkunft in % .....	96

## Abbildungen

Abbildung 1:	Altersverteilung, nach Herkunft in % .....	50
Abbildung 2:	Schulabschluss, nach Herkunft in % .....	51
Abbildung 3:	Erwerbsstatus, nach Herkunft in % .....	55
Abbildung 4:	Soziale Kontakte außerhalb der Familie, nach Herkunft in % .....	56
Abbildung 5:	Body Mass Index, nach Herkunft in % .....	58
Abbildung 6:	Migrationshintergrund und Motivation in % (türkeistämmig Berlin, n=255) ..	59
Abbildung 7:	Staatsangehörigkeit in % (türkeistämmig Berlin n=258).....	60
Abbildung 8:	Subjektive Einschätzung eigener Deutschkenntnisse in % (türkeistämmig Berlin).....	61
Abbildung 9:	Regelstatus und Gründe fürs Ausbleiben der Regelblutung, nach Herkunft in % .....	65
Abbildung 10:	Menopausenstatus, nach Herkunft in %.....	66
Abbildung 11:	„Muss jede Frau Wechseljahresbeschwerden haben?“, nach Herkunft in %....	67
Abbildung 12:	Arztbesuch wegen Wechseljahren, nach Herkunft in % .....	68
Abbildung 13:	„Vasomotorische und sexuelle Beschwerden“, nach Menopausenstatus in % (türkeistämmig Berlin und deutsch Berlin).....	71
Abbildung 14:	„Körperliche Beschwerden“, nach Menopausenstatus in % (türkeistämmig Berlin und deutsch Berlin) .....	71
Abbildung 15:	„Psychosomatische Beschwerden“, nach Menopausenstatus in % (türkeistämmig Berlin und deutsch Berlin).....	71
Abbildung 16:	„Vasomotorische und sexuelle Beschwerden“, nach Menopausenstatus in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul) .....	72
Abbildung 17:	„Körperliche Beschwerden“, nach Menopausenstatus in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul).....	73
Abbildung 18:	„Psychosomatische Beschwerden“, nach Menopausenstatus in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul) .....	73
Abbildung 19:	Subjektive Informiertheit über die HT, nach Herkunft in %.....	81
Abbildung 20:	Bekanntheitsgrad der WHI-Studie, nach Herkunft in %.....	87
Abbildung 21:	Quelle der Information über die WHI-Studie, nach Herkunft in %.....	87
Abbildung 22:	HT-Anwendung bisher, nach Herkunft in % .....	91
Abbildung 23:	HT-Anwendung aktuell, nach Herkunft in % .....	91

# 1. Einleitung

Seit der Anwerbung der ersten Arbeitskräfte aus der Türkei in den 1960ern sind inzwischen fast 50 Jahre vergangen. Die erste Generation der ehemaligen Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter ist bereits ins Rentenalter vorgerückt. Die im Zuge der sog. Familienzusammenführung nachgefolgten Angehörigen und hier geborenen Familienmitglieder stellen inzwischen ein bedeutendes Segment der Bevölkerung in Deutschland dar. Das deutsche Gesundheitssystem sieht sich vor der Herausforderung, einer zunehmend heterogenen Bevölkerung eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung bereitzustellen. Diesem sichtbaren demographischen Trend stehen derzeit noch sehr lückenhafte Daten über die gesundheitliche und psychosoziale Lage von Migrantinnen und Migranten gegenüber, welche jedoch für die Planung adäquater Strategien erforderlich wären. In wissenschaftlichen Expertisen wird die mangelnde Berücksichtigung von Migrantenpopulationen in der Gesundheitsforschung in Deutschland kritisiert. Häufig tragen verzerrte Daten aus einseitigen Untersuchungen ebenfalls zu einer inadäquaten Informationslage und zudem zur Förderung von Stereotypen bei (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2000; Razum et al., 2008).

Bevölkerungsprognosen zufolge werden sich zukünftig die relativen Bevölkerungsanteile zugunsten der Bevölkerung mit Migrationshintergrund verschieben. Hauptgründe dafür sind neben der weiteren, wenn auch derzeit geringen Zuwanderung, v.a. die relative Übersterblichkeit der einheimischen deutschen Bevölkerung (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2008). Zugleich wird, aufgrund einer höheren Lebenserwartung, die Mehrheit der älteren und alten Bevölkerung in Deutschland weiterhin aus Frauen bestehen. Doch die allgemein höhere Lebenserwartung von Frauen birgt auch ein steigendes Risiko für mögliche Gesundheitsprobleme mit zunehmendem Alter (World Health Organisation [WHO], 2000). Die Morbidität dieser Bevölkerungsgruppe wird somit auch wesentlich durch Frauen in der Peri- und Postmenopause bestimmt, darunter auch türkeistämmige Migrantinnen.

Dass der Eintritt der Menopause ein unumgängliches Ereignis im Laufe des Lebens einer Frau darstellt, ist ein Faktum. Gleichzeitig variiert weltweit das Erleben der Wechseljahre und der mit dieser Lebensphase assoziierten Beschwerden. Hinweise aus der internationalen Literatur deuten darauf hin, dass u.a. der kulturelle Kontext der Frauen, aber auch migrationspezifische Erfahrungen hierbei eine wichtige Rolle spielen können (Gold et al., 2000; Santoro & Green, 2009). Im Umgang mit sog. Wechseljahresbeschwerden galt der medizinische Einsatz der

menopausalen Hormontherapie (HT), v.a. in medizinischen Kreisen, lange Zeit als probates Mittel. Die Veröffentlichungen der Ergebnisse der amerikanischen Women's Health Initiative-Studie (WHI), erstmals im Jahre 2002, und der britischen Million Women-Studie (MWS) im Jahre 2003 haben jedoch mögliche schwerwiegende Gesundheitsrisiken einer HT aufgezeigt und zur kritischen Auseinandersetzung mit möglichen Nutzen und Risiken dieser Therapieoption bei Fachleuten sowie bei betroffenen Frauen geführt (Writing group for the Women's Health Initiative investigators, 2002; Million Women Study Collaborators, 2003). Vor diesem Hintergrund stellt sich auch die Frage, inwieweit diese Ergebnisse bisher Migrantinnen in Deutschland erreicht haben und wie sich das auf ihr HT-Anwendungsverhalten auswirkt. In Deutschland sind in bisherigen Untersuchungen zum Erleben der Wechseljahre und dem Umgang mit der HT türkeistämmige Migrantinnen nicht gesondert berücksichtigt worden. Der Aspekt der Migration wurde in derartigen Untersuchungen bisher vernachlässigt.

Die vorliegende Arbeit stellt eine Teilstudie einer größeren vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Querschnittsstudie dar und basiert auf einer quantitativen Datenerhebung durch Fragebogen (David et al., 2007). Das Ziel der Arbeit ist es, die Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden, die Informiertheit über die HT und die HT-Anwendung bei türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin im Vergleich zu deutschen Frauen in Berlin zu untersuchen. Weiterhin sollen durch den Vergleich zu Frauen im Herkunftsland, in Istanbul, die Ergebnisse insbesondere im Hinblick auf mögliche migrationspezifische Einflussfaktoren kritisch durchleuchtet werden. Durch die Untersuchung liegen erstmals umfassende Erkenntnisse über das Erleben der Wechseljahre und den Umgang mit der menopausalen HT bei türkeistämmigen Migrantinnen (Berlin) vor.

## **1.1 Migration und Gesundheit in Deutschland**

### ***Migration und Migranten/-innen***

Bis heute existiert keine einheitliche, über nationale Grenzen hinweg gültige Definition von „Migration“. Die UNESCO beschreibt Migration als das Überschreiten der Grenze einer Verwaltungs- oder einer politischen Einheit für eine bestimmte Mindestaufenthaltsdauer. Zusammenfassend werden als zentrale Kriterien zur Erfassung von Migration die Motivation für eine Migration (wirtschaftlich, politisch, persönlich/familiär), der rechtliche Aufenthaltsstatus der migrierten Person (unkontrolliert, kontrolliert, frei) genannt. Weiterhin wird zwischen nationaler (innerhalb einer Staatsgrenze) und internationaler Migration (Überschreiten mind. einer Staatsgrenze) unterschieden. Als „Migranten“ werden Personen bezeichnet, welche sich ständig oder vorübergehend außerhalb der Grenzen ihres Herkunftslandes aufhalten (UNESCO, 2005).

In der deutschen Literatur wird der Terminus Migranten bisweilen auch synonym für „Ausländer“ oder „Immigranten“ gebraucht, was, vor dem Hintergrund der komplexen aufenthaltsrechtlichen Heterogenität der Bevölkerungsgruppe der Einwanderer oder Personen aus Einwandererfamilien, nicht unproblematisch ist. So ist ein Ausländer oder eine Ausländerin per definitionem zunächst jemand mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft und ein Immigrant oder eine Immigrantin eine Person, welche aktiv in ein bestimmtes Land eingewandert ist. Jedoch sind in Deutschland manche der eingewanderten Personen bereits eingebürgert und somit dem Status nach keine Ausländer/-innen mehr, wohingegen ein Teil der Ausländer/-innen nicht immigriert ist, sondern bereits in Deutschland geboren wurde. Der Begriff „Personen mit Migrationshintergrund“ wurde erstmals durch das Statistische Bundesamt im Mikrozensus 2005 definiert. Demnach zählen zu Menschen mit einem sog. Migrationshintergrund alle nach 1949 nach Deutschland Zugewanderten oder hier geborenen Ausländer/-innen und die Nachkommen dieser Personen (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2007).

Zum Zwecke der Übersichtlichkeit wird in der vorliegenden Arbeit der Terminus Migrantin oder Migrant eingesetzt und soll, unabhängig vom aufenthaltsrechtlichen Status und Geburtsland, zusammenfassend Personen erfassen, die selbst oder deren Eltern nach Deutschland eingewandert sind.

## ***Gesundheit***

Die WHO definiert in der Verfassung von 1946 „Gesundheit“ als einen Zustand “[...] des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen...“. Der „bestmögliche Gesundheitszustand“ wird weiterhin als ein Grundrecht eines jeden Menschen erklärt, unabhängig von „[...] Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (WHO, 1948).

### **1.1.1 Arbeitsmigration aus der Türkei nach Deutschland**

Betrachtet man rückblickend die Geschichte der Einwanderung nach Deutschland nach dem zweiten Weltkrieg, so kann man vier große Einwanderungsformen identifizieren (Reißlandt, 2005a). Im Folgenden soll hier nur auf die Mitte der 1950er Jahre einsetzende Zuwanderung von ausländischen Arbeitskräften aus Mittelmeerländern nach (West-) Deutschland und ihren Familienangehörigen eingegangen werden, aus welcher die mittlerweile größte Migranten-Population in Deutschland resultiert. Durch Anwerbeabkommen mit den Mittelmeerländern Italien (1955), Spanien und Griechenland (1960), Türkei (1961), Marokko (1963), Portugal (1964), Tunesien (1965) und dem ehemaligen Jugoslawien (1968) sollte der damals herrschende akute Mangel an v.a. ungelerten Arbeitskräften im industriellen Sektor im Nachkriegs-Deutschland mit den ausländischen, sog. “Gastarbeitern”, behoben werden (Reißlandt, 2005b). Die Idee dieser Strategie bestand darin, durch ein Rotationssystem ausländische Arbeitnehmer/-innen ins Land zu holen, welche nach Beendigung der zeitlich befristeten Arbeitsaufenthalte in ihre Heimatländer zurückkehren und an deren Stelle neu angeworbene Arbeiter/-innen treten sollten. Durch die “Ölkrise” 1973 und die folgende Wirtschaftsrezession wurde der weitere Arbeitskräftebedarf in Deutschland gedrosselt, was zu einem Anwerbestopp im selben Jahr führte. Zu dieser Zeit stellte sich der Anteil der Arbeitnehmer aus der Türkei mit etwa 910.500 Personen bereits damals als größte Subpopulation der Arbeitsmigranten/-innen dar (Şen, 2002). Darunter befand sich auch eine nicht geringe Anzahl an Frauen; so lag 1972 der Anteil an Arbeiterinnen aus der Türkei bei 23% (Westphal, 2004).

Durch den Anwerbestopp begann 1973, als fortan einzig übrige legale Einwanderungsform, die sog. „Familienzusammenführung“ (Şen, 2002; Reißlandt, 2005b). Durch den Zuzug von Familienmitgliedern und gleichzeitig durch die damalige ungünstige wirtschaftliche Situation in der Türkei stellte eine Rückkehr zunächst keine attraktive Perspektive dar. Die Vorstellung sowohl der „Gastarbeiter/-innen“, als auch des Gastlandes von einem vorübergehenden

Arbeitsaufenthalt wurde somit im Verlauf von der Realität verworfen. Inzwischen konstatiert das 2005 verabschiedete neue Einwanderungsgesetz, dass Deutschland zumindest de facto ein Einwanderungsland sei (Canovai & Zechert, 2005; Reißlandt, 2005b).

### ***Demographische Bevölkerungsentwicklung***

Die im Zuge der Zuwanderung aus der Türkei entstandene Population in Deutschland ist eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe und unterscheidet sich u.a. hinsichtlich Bildungsstatus, sozioökonomischem Hintergrund, Generationen, Motivation für die Migration und Religion (Şen, 2002). Da Migranten/-innen aus der Türkei sich weiterhin bezüglich ihrer ethnischen Zugehörigkeit unterscheiden können, wird in der vorliegenden Arbeit für diese Bevölkerungsgruppe der Begriff „türkeistämmige Migranten/-innen“ angewendet.

Die offizielle Statistik über die demographische Größe der türkeistämmigen Bevölkerungsgruppe bezieht sich entweder auf Schätzungen oder ist verzerrt, da zumeist nur türkische Staatsbürger registriert und bereits eingebürgerte Personen häufig nicht berücksichtigt werden (Boos-Nünning, 2004; Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS], 2006). Laut Daten des Statistischen Bundesamtes Deutschland lebten Ende 2007 ca. 7.3 Mio. Bürger mit einer ausländischen, davon ca. 1.7 Mio. Personen mit der türkischen Nationalität in Deutschland. Unter diesen befanden sich ca. 129.000 Frauen im Alter von 45-60 Jahren. In Berlin lebten Ende 2007 ca. 477.000 Personen mit ausländischer Nationalität. Die türkischen Staatsbürger stellten mit etwa 118.000 Personen die zahlenmäßig stärkste Gruppe dar, wobei der Anteil an Frauen in der Altersgruppe zwischen 45-60 Jahren 9226 Personen betrug (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2008; Statistisches Bundesamt Deutschland, 2009a). Laut Daten des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg hatte 2008 etwa ein Viertel der Bevölkerung in Berlin einen sog. Migrationshintergrund (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2008). Demographischen Zukunftsprojektionen nach wird insbesondere das türkeistämmige Segment der Migrantenpopulation in Deutschland weiterhin wachsen, während die sog. erste und zweite Zuwanderergeneration bereits in die ältere und alte Generation vorrückt und hier zukünftig innerhalb der Gesamtbevölkerung verstärkt vertreten sein wird (BMAS, 2006; Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2009).

### ***Bildungsstatus, Alphabetisierung und deutsche Sprachkenntnisse***

Der Bildungsstatus eines Menschen stellt eine entscheidende Einflussgröße für seine Gesundheit dar. Lebens- und Gesundheitsbedingungen sowie das Gesundheitsverhalten werden maßgeblich durch diesen Faktor beeinflusst, wobei ein niedriger Bildungsstatus u.a. ein erhöhtes Risiko für inadäquate Bewältigungsstrategien bei Stress und psychischer Belastung birgt (WHO, 2006a; WHO, 2009a).

Betrachtet man den Bildungsstatus der Generation der ersten Arbeitsmigranten/-innen aus der Türkei, so bleibt zunächst festzuhalten, dass die Anwerbung von Gastarbeitern/-innen zur damaligen Zeit vorrangig den Bedarf an sog. ungelernten Arbeitskräften abdecken sollte und damit bereits eine Selektion hinsichtlich des Bildungsstatus anzunehmen ist (Berger et al., 2002; BMAS, 2006). Gemäß der derzeit verfügbaren Datenlage können bei den 45-64 jährigen Migranten/-innen aus der Türkei etwa 42% keinen Schulabschluss und ca. 82% keine Berufsausbildung vorweisen (BMAS, 2006). Diese Daten wurden jedoch nicht nach Geschlecht stratifiziert, spezifische Informationen über die Bildungssituation von türkeistämmigen Migrantinnen sind rar. Erste Anhaltspunkte findet man in einer Berliner Public Health Studie mit türkeistämmigen Frauen unterschiedlicher Altersgruppen. Dabei beurteilten nach eigenen Angaben etwa 72% der befragten über 50 jährigen Frauen ihre Lese- und Schreibkenntnisse als defizitär, ca. 24% gaben an, gute Lese- und Schreibkenntnisse in türkischer und nur 3,4% in deutscher Sprache zu haben. Zugleich schätzten etwa 69% der Frauen der gleichen Altersgruppe ihre Deutschkenntnisse als schlecht ein. Schlechte Lese- und Schreibkenntnisse und Deutschkenntnisse zeigten sich v.a. in den höheren Altersgruppen (Borde, 2002).

### ***Bildungsstatus und Alphabetisierung in der Türkei – ein Exkurs***

Europäischen Schätzungen zu Folge beträgt die Analphabetinnenrate der weiblichen Bevölkerung in der Türkei ein Fünftel und liegt trotz Verbesserung des Bildungszugangs für Mädchen und Frauen in den letzten Jahren weit höher als die der männlichen Bevölkerung. Am höchsten ist der Anteil in ländlichen und armen Gegenden des Landes mit etwa 50% (UNFPA, o.J.; Spidla, 2006). Daten des Türkischen Statistischen Institutes zeigen eine mit zunehmendem Alter steigende Analphabetinnenrate, was den damaligen schlechteren Zugang zur Schulbildung bei Frauen in den älteren Generationen in der Türkei reflektiert (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2009). Zugleich mag dies auch den hohen Anteil an nicht lese- und schreibkundigen

Frauen in der älteren Generation der in Deutschland lebenden Migrantinnen aus der Türkei mitbegründen.

### **1.1.2 Zur gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten in Deutschland**

Migration kann zahlreiche entscheidende Veränderungen im Leben der migrierten Person, aber auch von weiteren unmittelbar von der Migration betroffenen Personen nach sich ziehen (UNESCO, 2005). Die Migration selbst bewirkt kein erhöhtes Risiko für Morbidität und Mortalität, jedoch werden zahlreiche, sog. „migrationsrelevante“ Faktoren als entscheidende Einflussgrößen auf die Gesundheit eines Menschen beschrieben (Razum et al., 2008; WHO, 2008). Der Umgang mit der neuen (und evtl. fremden) Kultur, Trennungs- und Diskriminierungserfahrungen, Sprachprobleme, Zugangsbarrieren zum hiesigen Gesundheitssystem, rechtlicher Aufenthaltsstatus und Arbeitssituation u.a. sind in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Als weiterer bedeutender Faktor wird die Ethnizität beschrieben, welche die Gesundheit entscheidend mitbeeinflussen kann (Mackintosh et al., 1998). Jedoch sollten auf soziale Umstände zurückzuführende und ethnizitätsspezifische Gesundheitsunterschiede in Vergleichsstudien stets kritisch auseinandergehalten werden (Mackintosh et al., 1998; David & Borde, 2003).

Die Darstellung der gesundheitlichen Situation von türkeistämmigen Migranten/-innen gestaltet sich als sehr schwierig. Derzeit sind hierzu wenig epidemiologische Daten verfügbar, vorhandene Daten sind zumeist nicht nach Geschlechtern getrennt. Methodische Schwierigkeiten durch Fehlen einer allgemeingültigen Definition von „Migrant“ oder „Migrantin“ wirken sich negativ auf die Validität der Daten aus (Razum, 2003; Boos-Nünning, 2004; BMAS, 2006).

Galt eine durch strenge medizinische Prüfungen festgestellte „gute“ Gesundheit als Annahmekriterium bei der Anwerbung der ausländischen Arbeitskräfte, so wird heute bei den türkeistämmigen ehemaligen Arbeitsmigranten/-innen im Gegensatz zur vergleichbaren deutschen Bevölkerung ein höherer Anteil an Berufskrankheiten beschrieben (Brucks & Wahl, 2003). Dies ist v.a. auf die jahrelange, zumeist sehr schwere körperliche Arbeit und eine hohe Exposition von Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz zurückzuführen (Şen, 2002; BMAS, 2006). Betrachtet man bei Migrantinnen neben der Berufstätigkeit auch die Rolle als Mutter, so können durch diese zusätzliche, meist starke Beanspruchung höherer negativer Stress und Gesundheitsrisiken resultieren (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2003). Dennoch ist die häufige Folgerung einer erhöhten psychologischen

und psychosomatischen Morbidität bei Migrantinnen derzeit noch kritisch zu betrachten und bedarf weiterer genauerer Untersuchungen und repräsentativer epidemiologischer Daten.

### ***Zugang zur Gesundheitsversorgung und Inanspruchnahme***

In Deutschland haben Migranten/-innen, sofern sie einen legalen Aufenthaltsstatus innehaben, durch das gesetzliche Krankenversicherungssystem den gleichen rechtlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung wie die deutsche Bevölkerung (Schlenzka, 2003). Doch zeigen sich in der Realität erhebliche Zugangsbarrieren, die sich in den hiesigen Versorgungsstrukturen, aber auch im Inanspruchnahmeverhalten dieser durch Migranten/-innen widerspiegeln. Im Bereich der Gesundheitsberichterstattung wird insbesondere eine Unterversorgung mit bevölkerungsbezogenen Maßnahmen zur Krankheitsprävention, Gesundheitsaufklärung und -förderung beschrieben (Enquetekommission Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW 2004; BMAS, 2006). Einige Ergebnisse aus der Versorgungsforschung, wie z.B. die geringere Beteiligung von türkeistämmigen Frauen an Untersuchungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge im Vergleich zu deutschen Frauen (Terzioğlu et al., 2000), weisen auf eine mangelnde Inanspruchnahme von bestehenden Versorgungsangeboten hin. Gleichzeitig scheinen Migranten/-innen den erschwerten Zugang zur ambulanten Versorgung durch eine überproportionale Nutzung von Notfallambulanzen zu kompensieren (Borde et al., 2003).

Eine inadäquate Gesundheitsversorgung kann sich aber auch in einer Überversorgung durch Medikalisierung ausdrücken. Brucks und Wahl (2003) beschreiben eine unangemessene und häufig zu hoch dosierte Verordnung von Medikamenten besonders bei Migrantinnen. Dabei kann die Medikalisierung von Beschwerden, welche vorrangig auf psychosoziale Hintergründe zurückzuführen sind, lange „Krankheitskarrieren“ und Somatisierung von Konflikten nach sich ziehen. Fehlende psychosoziale Versorgungsstrukturen speziell für Migranten/-innen unterstützen diese Problematik (Brucks & Wahl, 2003).

Beim de facto-Zugang zur Gesundheitsversorgung spielt auch der Kenntnisstand über Gesundheit und körperliche Funktionen offenbar eine erhebliche Rolle. Fehlendes oder mangelhaftes gesundheitliches Basiswissen kann zum einen zu Kommunikationsbarrieren zwischen Ärzten/-innen und Patienten/-innen führen und eine adäquate medizinische Versorgung behindern. Zum anderen kann dies zu einer geringen Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten, wie z.B. präventiven Maßnahmen, beitragen (David et al., 2000; Borde,

2002). In einer in Berlin durchgeführten Studie wurden türkeistämmige und deutsche Patientinnen einer Frauenklinik zu ihrem Kenntnisstand hinsichtlich weiblicher Körperfunktionen und Anatomie, Gesundheitsprävention und Kontrazeption befragt. Nur 3% der türkeistämmigen Frauen und vergleichsweise 13% der deutschen Vergleichsgruppe waren adäquat informiert. Eine höhere Informiertheit zeigte sich bei Migrantinnen mit höherer Bildung, guten Deutschkenntnissen, einem deutschen Schulabschluss und jüngerem Alter (David et al., 2000).

## 1.2 Frauengesundheit in Deutschland

### *Gesundheitliche Lage und Versorgungssituation*

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die allgemeinen Lebensbedingungen in Deutschland zunehmend verbessert und sich positiv auf die Entwicklung der gesundheitlichen Situation der deutschen Bevölkerung ausgewirkt (Robert Koch-Institut [RKI], 2006). Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Deutschland ist, mit Ausnahme von Menschen ohne einen legalen Aufenthaltsstatus, durch das Pflichtversorgungssystem gesichert, die Mehrheit der Bevölkerung hierbei durch die gesetzliche Krankenversicherung (BMAS, 2009). Die allgemeine Sterblichkeit ist rückläufig, die Lebenserwartung betrug 2008 etwa 82 Jahre für Frauen und 77 Jahre für Männer (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2009b).

Doch werden durch diese positive Entwicklung längst nicht alle Bevölkerungssegmente gleichermaßen erfasst. Hinsichtlich der Gesundheitssituation der Bevölkerung zeigen sich deutliche Unterschiede u.a. nach sozialer und ökonomischer Lage und Bildungsniveau. Auch werden Unterschiede zwischen Frauen und Männern festgestellt, die u.a. in geschlechterspezifischen Trends in Morbidität und Mortalität zum Ausdruck kommen können (RKI, 2006). So sind Haupttodesursachen für Frauen in der Altersgruppe 45-64 Jahren bösartige Neubildungen, Kreislaufkrankheiten, gefolgt von äußeren Ursachen und Krankheiten des Verdauungssystems. Auch geben im mittleren Lebensalter (hier 30-64 Jahre) bei der Frage nach der subjektiven Bewertung des Gesundheitszustandes Frauen häufiger psychische und psychosomatische Beschwerden an als Männer. Weiterhin werden bei Frauen hinsichtlich der gesundheitlichen Ursachen bei Arbeitsunfähigkeit häufiger psychische Erkrankungen angegeben, bei Männern überwiegen dagegen Verletzungen. Diskussionsgegenstand ist jedoch, ob bei Frauen tatsächlich eine „schlechtere“ psychosomatische Gesundheitssituation vorliegt, oder ob diese Ergebnisse auf eine methodische Verzerrung durch nicht geschlechtersensible Messinstrumente zurückzuführen sind (Kolip et al., 2005). Insgesamt zeigen sich bei Frauen in Deutschland mehr Lebensjahre mit Gesundheitsbeeinträchtigung als bei Männern. Dennoch leben deutsche Frauen im Vergleich zu Frauen in anderen EU-Ländern mehr Jahre in Beschwerdefreiheit (Kolip et al., 2005).

Auch hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens zeigen sich geschlechterspezifische Unterschiede (RKI, 2006). Beispielsweise nehmen Frauen häufiger als Männer Früherkennungsuntersuchungen wahr und suchen häufiger Ärzte auf. Dies ist jedoch auch im

Zusammenhang mit der reproduktiven Gesundheit von Frauen und der damit verbundenen empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen zu sehen. Insgesamt nimmt aber die Teilnahme an Früherkennungsmaßnahmen bei Frauen mit zunehmendem Alter wieder ab, die Nutzung von Gesundheitsinformationen dagegen zu. Daneben ist insbesondere bei Frauen aus den unteren sozialen Schichten aufgrund von Informationsdefiziten und Zugangsbarrieren eine geringe Inanspruchnahme von Präventions- und Früherkennungsangeboten zu verzeichnen (RKI, 2006). In diesem Zusammenhang zeigen bereits frühere Hinweise aus der Literatur, dass die mangelnde Kenntnis und Berücksichtigung möglicher gesundheitsrelevanter geschlechterspezifischer Unterschiede mit zu einer gesundheitlichen Fehl-, Unter-, oder gar Überversorgung bei Frauen sowie Männern beitragen kann (Maschewsky-Schneider et al., 2001).

Das deutsche Gesundheitswesen steht im Wandel zwischen wirtschaftlichen Aspekten, medizinischem Fortschritt und demographischen Trends. Dabei stellt die Alterung der Gesellschaft ein besonderes Problem dar. Zwar steigt die Lebenserwartung der Bevölkerung, dies bedeutet gleichzeitig aber auch, dass zukünftig immer mehr ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen eine adäquate medizinische Versorgung benötigen werden (RKI, 2006). Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung werden weiterhin v.a. Frauen davon betroffen sein.

Insgesamt hat sich in den letzten Jahren die Diskussion um die Gesundheitssituation der Frauen in Deutschland, bei einem inzwischen sehr hohen medizinischen Standard, bereits in Richtung der Forderung nach einer bedarfsgerechten geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung und Forschung weiterbewegt. Die genauere Untersuchung von möglichen geschlechterspezifischen biologischen, sozialen und kulturell-gesellschaftlichen Unterschieden als Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Lage stellt hierbei einen wesentlichen Fokus dar (Maschewsky-Schneider et al., 2001; Kolip et al., 2005). Dagegen ist in der Türkei das zentrale Problem der gesundheitlichen Lage der Frauen, neben der allgemeinen Lebenslage und vielschichtigen Benachteiligung der Frauen, zunächst v.a. noch in Benachteiligungen im ganz allgemeinen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und der Qualität dieser auszumachen.

### **1.3 Frauengesundheit in der Türkei**

Die Türkei hat eine demographisch gesehen sehr junge Bevölkerung. So lag das Durchschnittsalter Ende 2008 bei 28 Jahren, hiervon war die Hälfte der Bevölkerung jünger als 28 Jahre alt (TÜIK, 2009). Die Einwohnerzahl der Türkei lag Ende 2008 bei ca. 71 Millionen, wobei fast 18% der Gesamtbevölkerung in Istanbul leben (TÜIK, 2009). Die Türkei hat eine sehr heterogene Bevölkerungsstruktur, u.a. hinsichtlich Ethnizität, Sprache, Religion und Kultur, genaue Angaben hierzu sind jedoch aus den offiziellen Statistiken nicht verfügbar. Die heterogene Bevölkerungsstruktur des Landes spiegelt sich v.a. in der Millionenmetropole Istanbul wider. Aufgrund der politischen und ökonomischen Instabilität in der Türkei in den letzten Jahrzehnten entwickelte sich die Stadt nun mehr denn je zum „Auffangbecken“ interner Migrationsbewegungen aus allen Teilen des Landes (Kleff, 2007).

#### ***Gesundheitliche Lage und Versorgungssituation***

Eine umfassende und zuverlässige Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Frauen in der Türkei ist aufgrund des Mangels an validen und repräsentativen Daten nicht möglich (Hacettepe University Institute of Population Studies, 2003; WHO, 2009b). Verfügbare Daten über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung der Türkei sind zumeist nicht geschlechterdifferenziert. Epidemiologische Daten über die gesundheitliche Situation der weiblichen Bevölkerung sind fast ausschließlich auf die reproduktive Gesundheit beschränkt (Dikbayır & Karaduman, 2000). In diesem Zusammenhang soll die mütterliche Sterblichkeitsrate erwähnt werden, welche als ein Indikator für die Qualität der geburtshilflichen Gesundheitsversorgung gilt und zugleich einen Eindruck über die gesamte medizinische Versorgungssituation eines Landes vermitteln kann (UNCSD, o.J.). Laut Schätzungen der WHO betrug 2005 die mütterliche Sterblichkeitsrate in der Türkei etwa 44 mütterliche Todesfälle bei 100.000 Lebendgeburten, im Vergleich zu 4 mütterlichen Todesfällen bei 100.000 Lebendgeburten in Deutschland (WHO, 2007). 2006 betrug die Lebenserwartung 74 Jahre für Frauen und 69 Jahre für Männer (TÜIK, 2007).

Das türkische Gesundheitssystem ist eine zentral regulierte Einheit, dessen Führung dem Gesundheitsministerium unterliegt. Offiziellen Angaben zufolge sind mindestens 80% der Bevölkerung durch das staatliche Versorgungssystem an die öffentliche Gesundheitsversorgung angebunden. Entgegen dieser Angaben werden erhebliche Hindernisse hinsichtlich der Verfügbarkeit und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in der Literatur hinlänglich

beschrieben (UNFPA, o.J.; WHO, 2009b). Die wesentliche Kritik liegt hierbei auf der ineffektiven medizinischen Primärversorgung. Das öffentliche Gesundheitssystem ist bisher nicht in der Lage, den Bedarf der Bevölkerung an gesundheitlicher Versorgung adäquat zu decken. Folglich werden, zumindest im urbanen Setting, bei entsprechender finanzieller Kapazität von Selbstzahlern hochspezialisierte, private Dienstleistungsträger in Anspruch genommen (Savaş et al., 2002; WHO, 2009b).

Die gesundheitliche Versorgung von Frauen in der Türkei war bis weit in die 1990er Jahre auf die reproduktive Gesundheit fokussiert und wurde erst durch private Einrichtungen in ihrem Versorgungsspektrum erweitert (Dikbayır & Karaduman, 2000). In Expertisen werden entscheidende Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung für Frauen in der Türkei bemängelt. Neben fehlender eigener Krankenversicherung und Abhängigkeit von versicherten Familienmitgliedern werden als Hauptgründe die häufig schlechte soziökonomische Situation und ggf. geringe Entscheidungsgewalt der Frauen über eigene Einkünfte und Ausgaben aufgeführt (Dikbayır & Karaduman, 2000). Auch hier werden mangelhaftes Gesundheitswissen und fehlende Informiertheit als eine weitere Zugangsbarriere zur angemessenen Inanspruchnahme von vorhandenen Versorgungsstrukturen beschrieben (UNFPA, o.J.; Hacettepe University Institute of Population Studies, 2003).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die gesundheitliche Situation von Frauen in der Türkei trotz entscheidender Verbesserungen in den letzten Jahren als erheblich schlechter als der europäische Durchschnitt einzustufen ist (Aslan et al., 2003). Empfehlungen zur langfristigen Behebung dieser defizitären Situation betreffen v.a. Verbesserungen der Situation der Frauen im Bildungs- und im soziökonomischen Bereich (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2009).

## **1.4 Wechseljahre und Hormontherapie; ein Vergleich zwischen Türkei und Deutschland**

### **1.4.1 Begriffsklärungen: Wechseljahre, Klimakterium und Menopause**

Die Begriffe „Wechseljahre“, „Klimakterium“ (Griechisch: „κλιμακτηριο“/ Leitersprosse, Abschnitt, Höhepunkt) oder „Menopause“ (Griechisch: „εμμηνόπαυση“: „Pause des Monatlichen“) werden umgangssprachlich häufig synonym benutzt, sind jedoch inhaltlich voneinander abzugrenzen (Wilbush, 1981). Der medizinische Terminus Menopause wurde wahrscheinlich erstmalig 1821 vom französischen Arzt Gardanne als Begriff eingeführt (Lock, 1998). Nach heutiger Definition bezeichnet die Menopause das Ende der monatlichen Blutungen, was an den Alterungsprozess der Ovarien gebunden ist (Wilson, 2003). Die Menopause kann auf natürlichem Wege auftreten, oder durch die chirurgische Entfernung beider Ovarien induziert werden. Klinisch ist per definitionem die natürliche Menopause eingetreten, nachdem die letzte Menstruation mindestens 12 Monate zurückliegt. Hierbei führen die Abnahme der Follikelanzahl und Veränderungen des Hormonspiegels schließlich zum Ende der regelmäßigen monatlichen Menstruation und somit der Fortpflanzungsfähigkeit der Frau (Braendle, 2005). Dieser Prozess wird unterteilt in drei Phasen:

1. Prämenopause, bezeichnet die Übergangsphase vom Beginn der unregelmäßig werdenden Blutungen, meist im Alter zwischen 45-50 Jahren.
2. Perimenopause, bezeichnet die Phase vor und nach der letzten Blutung.
3. Postmenopause wird retrospektiv bestimmt und beginnt, nachdem die letzte monatliche Blutung länger als ein Jahr zurückliegt (Wilson, 2003).

Die Wechseljahre, bzw. das Klimakterium, umfassen die gesamte Zeitspanne der Prämenopause, der Perimenopause bis zum Ende der monatlichen Blutungen (Menopause) und die Postmenopause (Fischl, 2001). Die genaue Pathophysiologie der Menopause ist bisher nicht völlig geklärt. Es bleibt festzuhalten, dass ursächlich durch eine ovarielle Hypofunktion bedingte abnehmende Produktion der weiblichen Sexualhormone schließlich zum Ende der Fortpflanzungsfähigkeit der Frau führt.

Die Phase der Wechseljahre wird weltweit von Frauen subjektiv z.T. sehr unterschiedlich erlebt und wahrgenommen. Das klinische Bild dieser Übergangszeit kann sich, jedoch nicht obligatorisch, mit sog. mit den Wechseljahren assoziierten Symptomen oder Beschwerden und

einem erhöhten Risiko für bestimmte chronische Erkrankungen darstellen (Wilson, 2003). Da es aufgrund der weltweiten Varianz in der Beschwerdewahrnehmung keinen allgemeingültigen Konsens über die Definition von „menopausalen Symptomen“ gibt (Melby et al., 2005), werden in der vorliegenden Arbeit die Begriffe „Symptome“ und „Beschwerden“ synonym eingesetzt.

Aus anthropologischer Perspektive werden zwei Theorien zum Phänomen der Menopause vertreten. Die erste Theorie besagt, dass in Anbetracht des mit der Reproduktion zusammenhängenden erhöhten gesundheitlichen Risikos mit zunehmendem Alter die Beendigung der Gebärfähigkeit in der mittleren Lebensphase einen Selektionsvorteil gegenüber anderen Spezies biete. Somit werde die - biologisch gesehen sinnvollere - Mitbetreuung von jüngerem Familiennachwuchs durch ältere Generationen ermöglicht. Die zweite Theorie geht davon aus, dass die Menopause ein „Artefakt“ darstelle und damit biologisch gar nicht vorgesehen sei. Vielmehr stelle sie eine, durch die Verbesserung der Lebensbedingungen steigende Lebenserwartung von Frauen ermöglichte, neue Entwicklung dar (Austad, 1994).

### **1.4.2 Überblick und Stand der Forschung zur menopausalen Hormontherapie**

Der medizinische Einsatz von synthetischen weiblichen Hormonen zur Linderung von Wechseljahresbeschwerden begann primär in den USA vor ca. 50 Jahren. Der Grundgedanke bestand darin, der abnehmenden Östrogenproduktion mit synthetischem Östrogen entgegenzuwirken, somit diesen Mangel zu „ersetzen“. Später zeigten wissenschaftliche Studien bei dieser Form der Monotherapie ein erhöhtes Risiko für das Endometriumkarzinom. In der Folge wurde bei Frauen mit intaktem Uterus zur Prophylaxe die Kombination von Östrogen mit einem Gestagen verabreicht. Die menopausale Hormontherapie etablierte sich in medizinischen Fachkreisen mit hoher Akzeptanz zunehmend als probates Mittel gegen Wechseljahresbeschwerden. Weiterhin wurde sie auch Frauen ohne Beschwerden in den Wechseljahren empfohlen, mit der Indikation, den Alterungsprozess zu verlangsamen und bestimmten Alterserkrankungen vorzubeugen (Wilson, 2003; Hemminki, 2004). Da es sich bei dieser Form der Hormontherapie nicht um die Substitution eines primär behandlungsbedürftigen Hormondefizits handelt, wird in der vorliegenden Arbeit, statt des in der Literatur häufig verwendeten Begriffs Hormonersatztherapie (HRT), der Begriff menopausale Hormontherapie (HT) verwendet.

Zahlreiche Studien in den nachfolgenden Jahren über den therapeutischen Effekt und die Folgen der Hormontherapie zeigten unterschiedliche und z.T. widersprüchliche Forschungsergebnisse. Aus diesen Arbeiten erwachsen bereits erste Hinweise auf mögliche Risiken einer menopausalen Hormonbehandlung, was in der internationalen Literatur und auch in Deutschland zu kritischen Diskussionen führte (Maschewsky-Schneider et al., 2001; Wilson, 2003). Erst die Veröffentlichung der Women's Health Initiative-Study (WHI) (2002, 2004) markierte einen entscheidenden Wendepunkt weltweit. Diese umfangreiche prospektive, doppelblinde, randomisiert-kontrollierte Studie wurde in den 1990er Jahren in den USA gestartet, um ein mögliches erhöhtes Thrombembolie- und Brustkrebsrisiko zu überprüfen. Ein Arm dieser Studie wurde nach etwas mehr als fünf Jahren bei Frauen, die eine Kombination aus Östrogen und Gestagen eingenommen hatten, aufgrund eines statistisch signifikant erhöhten Brustkrebsrisikos vorzeitig abgebrochen. Gleichzeitig musste die frühere Annahme einer kardioprotektiven Wirkung verworfen werden, die Inzidenz von Myokardinfarkten und Schlaganfällen war sogar erhöht. Ein zweiter Studienarm bei Frauen mit einer Östrogen-Monotherapie wurde nach sieben Jahren abgebrochen, da sich darunter ein signifikant erhöhtes Schlaganfallrisiko zeigte. Die Studie konnte aber auch eine protektive Wirkung der HT gegen das Kolonkarzinom und Osteoporose aufzeigen (Writing group for the Women's Health Initiative investigators, 2002; Women's Health Initiative Steering Committee, 2004). Die Ergebnisse der WHI-Studie wurden durch Ergebnisse der ähnlich angelegten umfangreichen britischen MWS 2003 unterstrichen (Million Women Study Collaborators, 2003). In zahlreichen Folgestudien und Veröffentlichungen wurden die beiden Studien, auch in Deutschland, u.a. wegen der Vergleichbarkeit der Arzneistoffe, Darreichungsform (oral vs. transdermal), Zeitpunkt des Therapiebeginns und Alterstruktur der Probandinnen kontrovers diskutiert (Leinmüller 2006; Wenderlein 2006, Avrum et al., 2009).

Galten in medizinischen Fachkreisen die hormonellen Veränderungen in den Wechseljahren bisher weitgehend als "Erkrankung" und die HT als das korrespondierende Gegenmittel dazu, so fand nach der Veröffentlichung der WHI-Studie ein Umdenken statt (Deitermann, 2004; Heitmann et al., 2005). Es folgte eine Neubewertung der HT und weltweite Änderungen der Therapieempfehlungen durch die zuständigen Fachgesellschaften, so auch in Deutschland und in der Türkei. Demnach sollte eine HT stets gemeinsam mit der Patientin einer klaren Indikation folgend, nach einer gründlichen Risiko-Nutzen-Abwägung, individuell angepasst und mit der niedrigsten erforderlichen Dosierung verabreicht werden (Ertüngealp, 2003; Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2009). Zudem hält die Deutsche Gesellschaft für

Gynäkologie und Geburtshilfe (2009) in ihrer aktuellen Leitlinie zur HT-Therapie ausdrücklich fest, dass diese aufgrund bisheriger wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht zur Verringerung kognitiver Beeinträchtigungen sowie des Demenzrisikos, zur Therapie der Harninkontinenz, zur Milderung von Alterungs- und Androgenisierungserscheinungen der Haut, zur Primär- oder Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit und ebenfalls nicht zur alleinigen Verbesserung der Lebensqualität indiziert sei (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2009).

### **1.4.3 Erleben der Wechseljahre**

#### **1.4.3.1 Wechseljahre, Migration und soziokulturelle Aspekte**

Weltweit wird über starke Unterschiede in der Beschwerdewahrnehmung in den Wechseljahren berichtet. Trotz z.T. starker Varianz zeichnen sich in internationalen Studien als gemeinsame Schnittmengen v.a. zwei Symptomkategorien ab: vasomotorische und psychische/psychosomatische Symptome (Avis et al., 2001). Zugleich fällt eine höhere Beschwerdeprävalenz bei postmenopausalen im Vergleich zu prämenopausalen Frauen auf (Melby et al., 2005).

Weiterhin stellt sich bei der Betrachtung der Ergebnisse internationaler Studien die Frage, ob die Varianz diesbezüglich auf tatsächlich differierende Symptommuster, oder eher auf kulturell geprägte, unterschiedliche Wiedergabeschemata von vergleichbar wahrgenommenen Symptomen zurückzuführen ist. Melby et al. (2005) vergleichen in einem Literatur-Review internationale Untersuchungen über einen möglichen Zusammenhang zwischen kulturellen Aspekten und dem subjektiven Erleben der Wechseljahre. Die Autoren kommen zu dem Schluß, dass im Laufe des Lebens ablaufende Wechselwirkungen zwischen biologischen Faktoren und kulturell bedingten Einflüssen, wie Umwelt und Gesundheitsverhalten, möglicherweise das Erleben der Wechseljahre individuell mit bedingen. Zahlreiche Faktoren werden aufgeführt, welche als potentielle Einflussgrößen auf das Erleben der Wechseljahre in Frage kommen, wie z.B. Gesundheitsstatus, Erfahrungen der eigenen Mutter in den Wechseljahren, Familienstand, Berufstätigkeit, sozioökonomische Situation, Ernährungsgewohnheiten, BMI und körperliche Betätigung (Melby et al., 2005).

Dass das Erleben der Wechseljahre zudem entscheidend durch Bildung beeinflusst werden kann, wird bereits in älteren Studien beschrieben. Dennerstein et al. (1993) beobachteten in ihren

Untersuchungen eine abnehmende Beschwerdeprävalenz bei Frauen mit zunehmendem Bildungsgrad (Dennerstein et al, 1993). Schließlich wird in zahlreichen Studien dem sozialen Status der Frau eine besondere Bedeutung im Zusammenhang mit den Wechseljahren beigemessen. So kann die soziale Stellung, die ihr in einer Gesellschaft im Alterungsprozess eingeräumt wird, ihre subjektive Bewertung der Wechseljahre maßgeblich beeinflussen (Lock, 1991 in Stolzenberg & Sachs, 2004).

Betrachtet man die Variabilität sowohl der Einstellungen zu und die Wahrnehmung der Wechseljahre in internationalen Studien, so werden als weitere wichtige Determinanten kulturelle Faktoren diskutiert. Nach einer Migration kann sich das neue kulturelle Umfeld einer Frau jedoch von dem bisherigen im Herkunftsort stark unterscheiden. Melby et al. (2005) kommen nach Durchsicht relevanter Studien zu der Aussage, dass nach Migration lokale kulturelle Einflüsse im Ankunftsland das Erleben der Wechseljahre durchaus mitprägen können (Melby et al., 2005). Zu diesem Themenkomplex gibt es in Deutschland bisher keine Erkenntnisse aus vergleichbaren Studien. Ergebnisse der in der vornehmlich multikulturellen Gesellschaftsstruktur in den USA durchgeführten SWAN-Studie (Study of Women's Health Across the Nation) zeigen, dass interkulturelle Unterschiede bei menopausalen Beschwerden, wie z.B. vasomotorische Symptome, nach Migration auch nach mehreren Generationen Aufenthalt im Einwanderungsland weiterbestehen (Gold et al., 2000). So zeigte sich auch bei in die USA migrierten Frauen aus Japan eine höhere Symptomrate als vergleichsweise bei in Japan lebenden Frauen, welche aber gleichzeitig niedriger war als die gebürtiger weißer Amerikanerinnen (Lock, 1993; Gold et al., 2004).

In diesem Zusammenhang wird ebenso die Rolle des medizinischen Gefüges bei der Wahrnehmung der Wechseljahre in wissenschaftlichen Publikationen diskutiert. Kritische Stimmen bemerken, dass, unabhängig von den bereits erwähnten Faktoren, Einstellungen und Erwartungen hinsichtlich der Wechseljahre wesentlich durch die Medikalisierung dieser Lebensphase beeinflusst werden können (Melby et al., 2005).

### 1.4.3.2 Frauen in Deutschland – Stand der Forschung zum Erleben der Wechseljahre

Die bisher aussagekräftigsten empirischen Untersuchungsergebnisse aus Deutschland zu Einstellungen und Wahrnehmung der Wechseljahre liefern zwei repräsentative Befragungen zum Erleben der Wechseljahre. Die erste wurde 1996 bundesweit mit 603 Frauen im Alter von 47-59 Jahren durchgeführt (Schultz-Zehden, 1998a). Hierbei konnte die Mehrheit der befragten Frauen die Wechseljahre vorrangig mit positiven Aspekten verbinden. Das Wegfallen der Regelblutung (81%) und des Risikos einer unerwünschten Schwangerschaft (90%) wurden als Erleichterung erlebt. Die am stärksten wahrgenommenen Wechseljahresbeschwerden waren Schlafstörungen, Gelenk- und Muskelbeschwerden, Hitzewallungen und Abnahme der Sexualität. Etwa ein Viertel bis ein Drittel der Frauen litt nach eigenen Angaben an mittelstarken bis stärkeren Beschwerden (Schultz-Zehden, 1998a). In der zweiten bundesweiten Befragung mit 1038 Frauen im Alter von 50-70 Jahren wurden als am stärksten wahrgenommene Beschwerden „Gelenk- und Muskelbeschwerden“, „Schlafstörungen“ und „körperliche und geistige Erschöpfung“ genannt, gefolgt von „Schwitzen“ und „Wallungen“ (Schultz-Zehden, 1998b).

In einer 1999 durchgeführten Befragung zu den Wechseljahren mit 42-65 jährigen Frauen (n=171) in Deutschland stellten die am häufigsten genannten Beschwerden körperliche und geistige Erschöpfung, Schlafstörungen, Reizbarkeit, depressive Verstimmung und Gelenk- und Muskelbeschwerden dar, gefolgt von Hitzewallungen. Frauen, die eine menopausale HT erhielten, unterschieden sich in ihrer Beschwerdeprävalenz nicht von Frauen ohne eine HT, wobei eine höhere Lebenszufriedenheit mit weniger Beschwerden einherging (Seehafer, 2000). Hinze et al. verzeichneten in einer Untersuchung zu den Wechseljahren eine mehrheitlich eher positive subjektive Sicht auf diese Lebensphase, ca. 90% der befragten Frauen in Ost- und Westdeutschland bewerteten die Wechseljahre als eine „normale Phase im Leben einer Frau“ (Hinze et al., 1999).

In bisherigen empirischen Forschungsarbeiten zu den Wechseljahren in Deutschland wurden Migrantinnen als separate Bevölkerungsgruppe kaum berücksichtigt. Erste Informationen ergeben sich aus einer im Krankenhaus-Setting in Berlin durchgeführten Studie zu Gesundheitswissen, Einstellung und Bewertung der Wechseljahre bei Migrantinnen aus der Türkei (n=177) und deutschstämmigen Frauen (n=302) verschiedener Altersgruppen (David et al., 2000). Die Mehrheit der befragten Frauen in beiden Vergleichsgruppen bewertete die

Wechseljahre als eine natürliche und vorübergehende Phase. Etwa ein Drittel der befragten Migrantinnen und vergleichsweise 8% der befragten deutschen Frauen sahen keinen Zusammenhang zwischen den Wechseljahren und einem erhöhten Gesundheitsrisiko. Ein Drittel des Migrantinnenkollektivs (vs. 9% der deutschen Frauen) bekräftigte, dass die Wechseljahre stets mit unerwünschten Beschwerden verbunden seien. Bei der Betrachtung dieser Ergebnisse ist jedoch festzuhalten, dass fast die Hälfte des Migrantinnenkollektivs zum Erhebungszeitpunkt jünger als 30 Jahre, und nur 11% älter als 50 Jahre alt war (David et al., 2000).

### **1.4.3.3 Frauen in der Türkei – Stand der Forschung zum Erleben der Wechseljahre**

Özkan et al. (2005) führten in einem Krankenhaus-Setting eine Studie über Lebensqualität bei Frauen in den Wechseljahren (n=171) durch. Die Forscher folgern aus ihren Studienergebnissen, dass kulturell bedingt in der Türkei einer Frau mit zunehmendem Alter mehr Respekt und Achtung durch das soziale Umfeld entgegengebracht wird, was dazu beitragen kann, psychische und physische Veränderungen im Alterungsprozess besser zu verarbeiten. Auch die eher fatalistische Betrachtungsweise der Wechseljahre als natürliches und unvermeidliches Ereignis könnte möglicherweise eine dabei Rolle spielen, mit dieser Lebensphase verbundene eventuelle Schwierigkeiten leichter anzunehmen (Özkan et al., 2005). In einer Untersuchung im urbanen Setting ordneten die befragten Frauen (n=358) auftretende Beschwerden weniger den Wechseljahren als vielmehr dem Älterwerden zu (Ergöl & Eroğlu, 2001). Ebenfalls deuten die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen in der Türkei darauf hin, dass perimenopausale Frauen in der Türkei eine eher negative Einstellung zu den Wechseljahren vertreten (Ergöl & Eroğlu, 2001; Tortumluoğlu, 2004; Özkan et al., 2005; Koç & Sağlam, 2008).

Bei der Betrachtung dieser Ergebnisse zur Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden aus den Studien in der Türkei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Datenerhebung fast ausschließlich mit Patientinnen im medizinischen Setting, z.B. im Krankenhaus oder in einem Versorgungszentrum, durchgeführt wurde.

Bayraktar und Uçanok (2002) erstellten ein Literatur-Review über wissenschaftliche Studien in der Türkei zur Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden. Auffällig ist hierbei, dass die Mehrzahl der vorhandenen Studien sich thematisch psychischen Aspekten, z.B. einem möglichem Zusammenhang zwischen den Wechseljahren und einer Depression, widmet (Bayraktar & Uçanok, 2002). Ein signifikant höheres Risiko für Depressionen wird tatsächlich jedoch nur für menopausale Frauen mit niedrigem Bildungsstatus und Frauen nach chirurgischer

Entfernung der Ovarien festgestellt (İçmeli & Yılmaz, 1992 in Bayraktar & Uçanok, 2002). Weiterhin bestätigen bisherige Untersuchungen eine starke Assoziation zwischen vasomotorischen Symptomen und den Wechseljahren. Bayraktar und Uçanok (2002) folgern schließlich, dass Unterschiede in der Schwere der subjektiv wahrgenommenen Symptome bei menopausalen Frauen in der Türkei hauptsächlich auf intrakulturelle sowie individuelle Faktoren, wie z.B. Alter, Bildung, Familienstand, soziale Unterstützung, einschneidende Lebensereignisse und sozioökonomische Unterschiede, zurückzuführen sind (Bayraktar & Uçanok, 2002).

In einer von Carda et al. (1998) durchgeführten Studie mit 41-70 jährigen Frauen (n=1.500) in Ankara/Türkei werden als die am häufigsten beklagten Beschwerden Muskel- und Gelenkbeschwerden genannt, was die Autoren mit der hohen Prävalenz von Osteoporose in der Türkei in Verbindung bringen (Carda et al., 1998). Zugleich werden in einem Literatur-Review aus 2004 als die am häufigsten in der Türkei berichteten Wechseljahresbeschwerden Muskel- und Gelenkbeschwerden, Hitzewallungen, Schlafstörungen, Erschöpfung und Reizbarkeit zusammengefasst (Tortumluoğlu, 2004). Carda et al. (1998) bewerten die Prävalenz von „Hitzewallungen“ in ihrer Untersuchung als vergleichbar mit Daten hierzu von Frauen aus westeuropäischen Ländern (Carda et al., 1998). Özkan et al. (2005) untersuchten Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden. So zeigte sich z.B. eine signifikant höhere Prävalenz von vasomotorischen Beschwerden bei postmenopausalen Frauen. Gleichzeitig wiesen Frauen mit einem formal höheren Bildungsstatus weit weniger körperliche (somatische) Beschwerden auf als vergleichsweise Frauen mit einem niedrigen Bildungsstatus, was v.a. mit einem besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung und Gesundheitsinformationen bei höherer Bildung erklärt wird (Özkan et al, 2005). Auch Bayraktar und Uçanok (2002) kamen nach Durchsicht einschlägiger Literatur in der Türkei zu dem Schluss, dass je höher der Bildungsstatus, desto niedriger die Beschwerdeprävalenz in den Wechseljahren war (Bayraktar & Uçanok, 2002).

## **1.4.4 Informiertheit über und Anwendung der Hormontherapie**

### **1.4.4.1 Trends in Europa vor Veröffentlichung der WHI-Studie**

Rozenberg et al. (2000) führten Mitte der 1990er Jahre in verschiedenen europäischen Ländern einschließlich Deutschland eine Untersuchung zur menopausalen HT durch. Die Ergebnisse zeigten eine stetige Zunahme der Anwendungsrate der HT in Europa seit ihrer Einführung, deckten aber zugleich große Unterschiede sowohl bei Informiertheit als auch Anwendung der HT zwischen den einzelnen Ländern auf. Weiterhin ging in Ländern mit einer höheren Anwendungsrate diese mit besserer Informiertheit der Frauen einher und umgekehrt. In Ländern mit besserem Zugang zu medizinischer Versorgung, wie beispielsweise in Deutschland, wurde auch eine höhere HT-Verschreibungstendenz beobachtet (Rozenberg et al., 2000). Einen Erklärungsansatz mag hier eine Untersuchung aus Deutschland, Frankreich und Großbritannien geben, in welcher Ärzte/-innen die wichtigste Einflussgröße bei der Entscheidung zur Aufnahme einer HT darstellten (Limouzin Lamothe, 1996 in Rozenberg et al., 2000). Eine zentrale Rolle von Ärzten/-innen und ihrer Einstellung zur HT bei Anwendung dieser durch Patientinnen wird auch von weiteren Autoren festgestellt (Macdougall et al., 1999 in Krishna, 2002; Krishna, 2002).

### **1.4.4.2 Informiertheit über und Anwendung der Hormontherapie in Deutschland**

Nach der Publikation der Ergebnisse der WHI-Studie wurden in Deutschland erstmalig umfassende retrospektive Studien zum HT-Anwendungsverhalten durchgeführt. Der Analyse von Daten aus bundesweiten Gesundheitssurveys zum HT-Anwendungsverhalten vor und nach den WHI-Publikationen in Deutschland widmet sich das Robert-Koch-Institut (Knopf et al., 2008). In die Analyse eingeflossen sind Daten von 40-79 jährigen Frauen aus dem Bundesgesundheitsurvey 1998 (n=2.248) und aus dem telephonischen Gesundheitssurvey 2004 (n=2.215). Demnach ist die Anwendungsprävalenz von ca. 17% im Jahre 1998 auf ca. 10% im Jahre 2004 gesunken. Anzumerken sei hier, dass der Rückgang der Anwendungsrate v.a. bei Frauen mit einem mittleren und hohen Sozialstatus stattgefunden hat. Die Ergebnisse werfen auch die Frage auf, ob es, abhängig von soziodemographischen Aspekten, zu Unterschieden in der Indikation oder der Motivation einer HT-Anwendung kommen kann. Weiterhin stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage, ob Informationen zu Risiken und Nutzen einer

menopausalen HT Frauen aus verschiedenen sozialen und kulturellen Bevölkerungsgruppen in Deutschland gleichermaßen erreichen (Knopf et al., 2008).

Ähnliche Ergebnisse sind einer im Jahre 2003 durchgeführten repräsentativen telephonischen Befragung (n=6.007) von 45-60 jährigen Frauen zu entnehmen. Demnach war der Anteil an HT-Anwenderinnen am höchsten unter Frauen mit einem formal niedrigen Bildungsstatus, welche zugleich am schlechtesten über die Risiken und Nutzen einer HT informiert waren. Etwa 80% der Befragten, die jemals eine HT angewendet hatten, gaben an, von deren Risiken bereits gehört zu haben. Davon wurden 40% durch ihre Ärzte/-innen informiert. Gleichzeitig hat mehr als die Hälfte der Frauen, die eine laufende HT nicht beendet hatte, diese auf Anraten ihres Arztes bzw. ihrer Ärztin fortgesetzt. Eine Beendigung der HT auf Anraten von ärztlicher Seite als Reaktion auf die Informationen über mögliche Risiken wurde wiederum nur bei 18% aller Abbrüche herbeigeführt (Heitmann et al., 2005).

Zusammenfassend zeigen einschlägige Untersuchungen einen Rückgang der HT-Anwendung in Deutschland nach der Veröffentlichung der WHI-Studie (Deitermann, 2004; Heitmann et al., 2005; Knopf et al., 2008;). Jedoch scheint der Rückgang der HT-Anwendung in Deutschland deutlich geringer zu sein als in anderen westlichen Ländern, wie vergleichsweise in den USA (Deitermann, 2004). Hierbei rückt das ärztliche Verordnungs- und Beratungsverhalten in einen wesentlichen Fokus. So wird kritisch angemerkt, dass die Veröffentlichung von Evidenz-basiertem Wissen allein nicht automatisch dessen Integration in klinisch-professionelles Verordnungsverhalten impliziere und hierfür wohl langfristige Bemühungen erforderlich seien (Deitermann, 2004).

Die dargelegten Ergebnisse in Deutschland legen nahe, dass soziodemographische Faktoren eine wichtige Rolle beim Anwendungsverhalten und bei der Informiertheit über die menopausale HT spielen. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, wie sich das bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen wie z.B. bei Migrantinnen widerspiegelt. In bisherigen Studien in Deutschland ist der Migrationshintergrund der befragten Frauen nicht gesondert berücksichtigt worden.

### **1.4.4.3 Informiertheit über und Anwendung der Hormontherapie in der Türkei**

Über die Informiertheit über die menopausale HT und deren Anwendung bei Frauen in der Türkei gibt es nur sehr wenige Hinweise aus der wissenschaftlichen Literatur, wobei diese sich ausschließlich auf Untersuchungen im medizinischen Setting beziehen, somit nicht auf die Allgemeinbevölkerung übertragbar sind. Folglich variieren, je nach Studiendesign und Studienort, die Zahlen über die HT-Anwendung in der Türkei erheblich. Im Folgenden sollen nur Beispiele angeführt werden.

In einer Studie in der Zentralregion der Türkei mit Frauen in den Wechseljahren (n=1.049) betrug die HT-Anwendungsrate ca. 29% (Biri et al., 2005). Verglichen mit europäischen Trends, so die Autoren, zeigte sich bei den befragten Frauen eine geringere Tendenz, medizinische Hilfe in den Wechseljahren, auch kostenlose staatliche, in Anspruch zu nehmen. Die Befragten gaben an, nur wenig über die Wechseljahre zu wissen. Als wichtigste Informationsquellen wurden Gespräche im privaten Umfeld, Fernsehen und Radio genannt (Biri et al., 2005). In einer weiteren Studie wird fehlendes oder mangelhaftes Wissen über die Wechseljahre bestätigt, bessere Informiertheit fand sich bei Frauen mit einem formal höheren Bildungsgrad. Gleichzeitig wird auch auf den herrschenden Mangel an verfügbaren Gesundheitsinformationen und adäquater Gesundheitsversorgung für perimenopausalen Frauen in der Türkei verwiesen (Ergöl & Eroğlu, 2001). Dişçigil et al. (2006) zeigten in einer Untersuchung in einer ländlichen Region der Türkei, dass von allen befragten Frauen nur 19% jemals eine HT angewendet hatten. Als Gründe für die Beendigung der Therapie wurden u.a. Angst vor möglichen Risiken einer HT, aber auch mangelnde Krankenversicherung und finanzielle Deckung der Kosten aufgeführt (Dişçigil et al., 2006). Eine Befragung von postmenopausalen Patientinnen in einer Universitätsklinik in Istanbul zu den Auswirkungen der WHI-Studie auf die HT-Anwendung (n=447) zeigte, dass in den Jahren 2002 bis 2005 sowohl der Beginn als auch die Fortführung einer HT deutlich zurückgegangen waren (Erenus et al., 2007). Als Hauptgründe für einen Therapieabbruch nannte fast die Hälfte der Befragten „Angst vor Krebs“. Die Autoren halten fest, dass die Entscheidung der befragten Frauen hinsichtlich Beginn und Abbruch einer HT wesentlich durch die Informationsquelle zu den WHI-Ergebnissen, hier v.a. Ärzte/-innen und Medien, beeinflusst wurde (Erenus et al., 2007).

## **1.5 Ziel der Studie und Forschungsfragen**

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, das Erleben der Wechseljahre, die Informiertheit über die menopausale HT und das HT-Anwendungsverhalten bei türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin zu untersuchen. Durch den Vergleich zu einheimischen deutschen Frauen in Berlin und zu Frauen im Herkunftsland, in Istanbul, sollen mögliche Unterschiede sowie Gemeinsamkeiten im Erleben der Wechseljahre, im Umgang mit der menopausalen HT und der Informiertheit über diese identifiziert und insbesondere im Hinblick auf mögliche Einflüsse durch migrationsspezifische Faktoren kritisch durchleuchtet werden. Weiterhin finden soziodemographische Faktoren bei der Analyse und Diskussion der Ergebnisse besondere Berücksichtigung.

Die vorliegende Untersuchung stellt eine Teilstudie einer vom BMBF geförderten Querschnittsstudie dar (David et al., 2007). Die Datengewinnung erfolgte auf der Grundlage einer quantitativen Befragung anhand eines selbstadministrativen, validierten Fragebogens in türkischer und in deutscher Sprache. Zur gezielten Betrachtung einzelner Aspekte wurden im Vorfeld der Datenauswertung 12 Forschungsfragen formuliert, anhand dieser die Ergebnisse im Folgenden strukturiert und diskutiert werden sollen.

1. Gibt es Unterschiede bei der Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden zwischen türkeistämmigen Frauen und deutschen Frauen in Berlin?
2. Gibt es Unterschiede bei der Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden zwischen türkeistämmigen Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul?
3. Können mögliche Unterschiede in der Beschwerdewahrnehmung durch soziale Faktoren wie Bildung, Lebenszufriedenheit und Erwerbstätigkeit mit erklärt werden?
4. Spielen Deutschkenntnisse eine Rolle bei der Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden bei türkeistämmigen Frauen in Berlin?

5. Gibt es Unterschiede in der Erwartungshaltung gegenüber möglichen Wechseljahresbeschwerden zwischen
  - a. türkeistämmigen Frauen und deutschen Frauen in Berlin sowie
  - b. türkeistämmigen Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul?
  
6. Fühlen sich die Frauen subjektiv ausreichend über den Nutzen und die Risiken einer Hormontherapie in den Wechseljahren informiert? Unterscheiden sich hierbei
  - a. türkeistämmige Frauen und deutsche Frauen in Berlin sowie
  - b. türkeistämmige Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul?
  
7. Wie wirkt sich der Bildungsgrad auf die Informiertheit über die Hormontherapie in den Wechseljahren aus?
  
8. Wie wirken sich bei türkeistämmigen Frauen in Berlin Deutschkenntnisse auf die Informiertheit über die Hormontherapie in den Wechseljahren aus?
  
9. Ist die WHI-Studie den Frauen bekannt? Unterscheiden sich hierbei
  - a. türkeistämmige Frauen und deutsche Frauen in Berlin sowie
  - b. türkeistämmige Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul?
  
10. Wie stellen sich die Anwendung und Einstellung zur Hormontherapie in den Wechseljahren im Vergleich zwischen türkeistämmigen Frauen und deutschen Frauen in Berlin dar?
  
11. Unterscheiden sich die Anwendung und Einstellungen zur Hormontherapie in den Wechseljahren zwischen türkeistämmigen Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul?
  
12. Welche Rolle spielen Ärzte/-innen hinsichtlich der Informiertheit über und Anwendung der Hormontherapie in den Wechseljahren? Unterscheiden sich hierbei
  - a. türkeistämmige Frauen und deutsche Frauen in Berlin sowie
  - b. türkeistämmige Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul?

## **2. Methodik**

### **2.1 Planung der Studie**

#### **2.1.1 Studiendesign**

Die vorliegende prospektive Querschnittstudie basiert auf einer quantitativen Befragung von türkeistämmigen Migrantinnen und deutschen Frauen in Berlin sowie Frauen in Istanbul in der Altersgruppe von 45-60 Jahren. Die Befragung erfolgte mittels standardisierter Fragebögen. Durch diese Vorgehensweise konnte eine größere Studienpopulation befragt werden, als dies mit einer qualitativen Datenerhebung allein möglich gewesen wäre. Analphabetinnen und Frauen mit defizitären Lese- und Schreibkenntnissen wurden direkt in „face-to-face Interviews“ mit Türkisch sprechenden Interviewpartnerinnen befragt.

Die aktuelle Arbeit stellt eine Teilstudie im Rahmen einer vom BMBF geförderten (Förderkennzeichen 01 KH 04 03) größeren international durchgeführten Querschnittstudie mit quantitativ (mittels Fragebögen) und qualitativ (mittels Einzelinterviews) ausgerichteten Befragungen zu den Themenblöcken Wechseljahre und HT dar. In diesem Zusammenhang wurden als viertes Teilkollektiv in Berlin lebende asiatische Migrantinnen (Korea, China, Japan) befragt (vgl. David et al., 2007).

#### **2.1.2 Studienstandorte und Untersuchungszeitraum**

Die Befragung sämtlicher Teilnehmerinnen dieser Untersuchung wurde in den beiden Großstädten Berlin, in Deutschland und Istanbul, in der Türkei durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte in zwei Phasen. Die erste Erhebungsphase stellte eine postalische Befragung dar und fand in Berlin zwischen 07/2005 – 12/2005 statt. Aufgrund einer relativ geringen Resonanz wurde in einer zweiten Erhebungsphase zwischen 01/2006 – 11/2006 die Gewinnung v.a. der türkeistämmigen Studienteilnehmerinnen in Berlin durch das sog. „Schneeball-Verfahren“ gewährleistet (siehe 2.2.2.1.). Alle Studienteilnehmerinnen in Istanbul wurden in der Zeit von 04/2006 – 05/2006 ebenfalls mit dieser Methode gewonnen.

Die Datenerfassung erfolgte mit unterschiedlichem Zeitaufwand. Die Gründe hierfür liegen v.a. in der bei Weitem größeren Population der Frauen in der Zielgruppe in Istanbul. Zudem erfolgte

die Gewinnung der Teilnehmerinnen während meines Praktikums im Rahmen des Master Studiums „Health and Society; International Gender Studies Berlin“ (03.04. – 12.05.2006), welches zeitlich ausschließlich diesem Vorhaben gewidmet wurde.

### **2.1.2 Studienpopulationen**

Die Bevölkerungsgruppe der Einwanderer aus der Türkei migrierte aus allen Regionen der Türkei nach Deutschland. Da sich die Türkei regional z.T. erheblich u.a. hinsichtlich ethnischer Zugehörigkeit, Religion, kulturelle Prägung, sozio-ökonomische Lebensbedingungen, Bildung und Alphabetisierung unterscheidet, setzt sich die Bevölkerungsgruppe der türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin entsprechend heterogen zusammen. Zugleich stellt Istanbul seit Jahrzehnten einen zentralen Zielort im Rahmen der Binnenmigration in der Türkei dar, so dass davon ausgegangen werden konnte, dass die Bevölkerungsgruppe der Frauen in Istanbul ähnlich heterogen zusammengesetzt ist und für einen Vergleich mit türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin herangezogen werden kann (Borde et al., 2008).

Im Zuge der Studienplanung wurde aufgrund von Erfahrungen aus früheren Studien von einem Rücklauf von mindestens 221 ausgefüllten und in die Auswertung einbezieharen Fragebögen je Kollektiv ausgegangen, um eine aussagekräftige vergleichende Analyse der Ergebnisse vornehmen zu können (vgl. David et al., 2007).

#### **2.1.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien**

##### ***Einschlusskriterien***

Die Zielgruppen dieser Studie wurden nach den folgenden Kriterien definiert: Geschlecht, Alter, Herkunftsland (Türkei, Deutschland), ständiger Aufenthaltsort (Berlin, Istanbul).

##### **Für alle drei Kollektive:**

- Frauen in der Altersgruppe zwischen 45-60 Jahren, welche sich in der Lebensphase der Wechseljahre (prä-, peri-, postmenopausal) befinden.

Standort Berlin:

- in Berlin lebende Frauen, welche aus der Türkei nach Deutschland eingewandert sind (= türkeistämmig)
- in Berlin lebende, nach ihrer familiären Herkunft (einheimische) deutsche Frauen

Standort Istanbul:

- in Istanbul lebende Frauen ohne Erfahrungen der Auslandsmigration, nach ihrer familiären Herkunft türkeistämmige Frauen

***Ausschlusskriterien***

- die operative Entfernung beider Eierstöcke
- eine Antiöstrogentherapie, z.B. im Rahmen einer onkologischen Erkrankung

**2.1.3 Datenschutz**

In der ersten Erhebungsphase wurde allen per Post versandten Fragebögen ein Anschreiben mit Informationen über den Studienhintergrund und eine schriftliche Einwilligungserklärung beigelegt. Das Anschreiben, die Einwilligungserklärung und die erste Seite des Fragebogens enthielten keine Namen und Adressen der Teilnehmerinnen und wurden jeweils mit einer fortlaufenden Ziffer nummeriert, um durch diese Zuordnung eine spätere Rücknahme der Einwilligung laut Datenschutzbestimmung zu ermöglichen.

In der zweiten Erhebungsphase wurden sämtliche Schlüsselpersonen, Multiplikatorinnen und kooperierende Organisationen ausführlich (schriftlich und mündlich) über den Inhalt und das Ziel der Studie informiert. Die Studienteilnehmerinnen, insbesondere Analphabetinnen, wurden mündlich über die Studienziele aufgeklärt. Alle ausgeteilten Fragebögen enthielten zudem schriftliches Informationsmaterial über das Studienvorhaben und den Studienhintergrund. Das Informationsmaterial enthielt für Rückfragen und für den Fall einer späteren Rücknahme Kontaktadresse und Telefonnummer der Leitung des Forschungsprojektes (siehe Anhang).

Die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie wurde allen Beteiligten ausdrücklich vermittelt. Da ein beträchtlicher Teil der Türkisch sprechenden Zielgruppen in Istanbul und Berlin über keine oder nur geringe Lese- und Schreibkenntnisse verfügt, gestaltete sich die mündliche Kommunikation als einzige Möglichkeit, die Frauen zum Einen über das Studienvorhaben zu

informieren und zum Anderen, sie überhaupt zu befragen. Ein weiterer Aspekt, der sich während der Datenerhebung zeigte, war, dass v.a. die Türkisch sprechenden Studienpopulationen in Berlin und in Istanbul bisher kaum Erfahrungen mit wissenschaftlichen Befragungen hatten. Auf die Nachfrage einer schriftlichen Einwilligungserklärung entstand bei einigen Studienteilnehmerinnen in Berlin starke Verunsicherung. Es entstand die Befürchtung, durch eine Unterschrift die Legitimation zur Durchreichung der Daten an Behörden zu erteilen. Die Einholung der schriftlichen Einwilligungserklärung durch eine lese- und schreibkundige dritte Person wurde aus Gründen der Vertraulichkeit als unangemessen verworfen.

Aufgrund dieser Studienbedingungen wurde in der zweiten Erhebungsphase vereinbart, das Einverständnis für die Teilnahme an der Studie für alle Studienpopulationen mündlich einzuholen („verbal informed consent“).

Da der Fragebogen keine Namen oder Adressen der Teilnehmerinnen enthält, war eine Anonymisierung der Daten während der Eingabe in das Software-Programm nicht erforderlich. Alle Beteiligten an diesem Forschungsvorhabens sind an eine Schweigepflicht und die Verwendung der Daten ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke gebunden. Personen ohne Autorisierung haben keinen Zugang zum Daten-Archiv.

Die Studie birgt keine Risiken für die Teilnehmerinnen und wurde durch die Ethikkommission der Charité Universitätsmedizin Berlin genehmigt.

### **2.1.4 Erhebungsinstrumente**

Die Datenerfassung in dieser Teilstudie erfolgte mittels standardisierter Fragebögen in deutscher und in türkischer Sprache. Die Fragebögen wurden von den Befragten selbst, oder in einem persönlichen Interview auf der Grundlage des standardisierten Fragebogens gemeinsam mit der Interviewerin ausgefüllt.

Der Fragebogen wurde aus dem in der früheren Studie von 1999 verwendeten Fragebogen weiterentwickelt, für die Anwendung in den Türkisch sprechenden Kollektiven modifiziert und ins Türkische übersetzt (vgl. David et al., 2007). Der endgültige Fragebogen umfasst für deutsche Frauen 53 Fragen. Um zusätzliche Informationen zur sozioökonomischen Situation, zum Migrationshintergrund, Sprachfertigkeiten, Alphabetisierung und zur Nationalität zu erfassen wurde der Fragenbogen für türkeistämmige Migrantinnen auf 68 und für Frauen in Istanbul auf 66 Fragen erweitert (siehe Anhang).

Der Fragebogen ist in insgesamt fünf Module (A-E) mit Fragen aus den folgenden Themenbereichen aufgeteilt:

### **A: Soziodemographische Daten**

Fragen Nr. 1-15:

- Alter, Größe, Gewicht
- Schulabschluss, berufliche Situation, Ausbildung
- Geburtenzahl, familiärer Status; Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen
- Aufenthalt während der Kindheit (Stadt/Land; Nation)

### **B: Wechseljahre**

Fragen Nr. 16-34:

- Menarche, Menopausenstatus
- Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden
- Wissen über und Einstellung zu den Wechseljahren, Erinnerung an die Wechseljahre der eigenen Mutter und anderer Frauen
- Konsultation von Ärzten/-innen über die Wechseljahre
- Wahrnehmung der eigenen Gesundheitssituation, Gesundheitsverhalten
- Ernährung

### **C: Informiertheit über die Hormontherapie in den Wechseljahren**

Fragen Nr. 35-41:

- Informiertheit über die WHI-Studie und HT und Zugang zu diesen Informationen
- Einfluss der Informationen über die WHI-Studie und HT auf das HT-Anwendungsverhalten

### **D: Anwendung der Hormontherapie in den Wechseljahren**

Fragen Nr. 42-53:

- HT-Anwendungsverhalten und Einflussfaktoren
- Anwendung von Alternativpräparaten gegen Wechseljahresbeschwerden
- Anwendung von Medikamenten im Allgemeinen

## **E: Migrationsspezifische Aspekte**

Fragen Nr. 54-68:

- Geburtsort
- Migrationshintergrund und bisherige Aufenthaltsdauer in Deutschland oder in Istanbul
- Muttersprache, Alltagssprache zu Hause, subjektive Bewertung der Sprach-, Lese-, und Schreibkenntnisse in Türkisch und/oder in Deutsch
- Zugang zu Informationen im Allgemeinen und bevorzugte Informationsmedien
- Nutzung gynäkologischer Gesundheitsversorgung in den letzten 5 Jahren
- Soziale Netzwerke

Der Fragebogen enthält überwiegend kategorische Antwortmöglichkeiten (einfache oder mehrfache Antwortmöglichkeiten). Um in einigen Fragestellungen weitere spezifische Informationen zu erhalten, konnten einige ausgewählte Fragen auch durch Eintragung von Freitext in vorgegebenen Feldern beantwortet werden.

## **2.2 Durchführung der Studie**

### **2.2.1 Erreichbarkeit der Zielgruppen**

#### **2.2.2.1 Zugang zu Studienpopulationen in Berlin**

In der ersten Erhebungsphase (07/2005 – 12/2005) wurden per Stichprobenziehung aus dem Register des Landeseinwohneramtes Berlin jeweils 1000 türkeistämmige Migrantinnen und einheimische deutsche Frauen, die in den Stadtbezirken Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg gemeldet waren, ermittelt. Diesen wurde auf postalischem Wege ein Fragebogen, gemeinsam mit einem Informationsblatt zum Hintergrund der Studie, einer Einwilligungserklärung in jeweils deutscher oder türkischer Sprache, einem Anschreiben mit einer Telefonnummer für Rückfragen und einem adressiertem Freiumschlag für die portofreie Rücksendung zugesandt. Aufgrund einer relativ geringen Rücklaufquote, v.a. bei den türkeistämmigen Migrantinnen, wurde Anfang Dezember 2005 ein Erinnerungsschreiben in Form einer Postkarte an dieselben Frauen versandt, dies zeigte jedoch kaum Erfolg. Die Ausfallrate (dropout-rate) betrug bei den postalisch kontaktierten türkeistämmigen Migrantinnen 95,2 %, bei den deutschen Frauen 74,6 %.

In der zweiten Erhebungsphase (01/2006-11/2006) wurde die „Schneeball-Methode“ angewendet, um mögliche Zugangsbarrieren zur Zielgruppe, v.a. bei den Migrantinnen, zu überwinden und die gewünschte Anzahl an Studienteilnehmerinnen zu erreichen.

Das „Schneeball-Verfahren“ kennzeichnet eine Methode, bei der sog. „Schlüsselpersonen“ den Zugang zur gewünschten Zielgruppe herstellen. Dabei stellen initial kontaktierte Personen die Verbindung zu potentiellen Studienteilnehmern/-innen her, welche dann in der Studie partizipieren (Wright & Stein, 2005). Das Verfahren wird international v.a. im sozialwissenschaftlichen Forschungsbereich eingesetzt, um Zugang zu schwer erreichbaren Studienpopulationen zu ermöglichen (Atkinson & Flint, 2001). So hat sich das Schneeball-Verfahren insbesondere darin bewährt, Zielgruppen besser zu erreichen, bei denen die Identifizierung und Gewinnung durch konventionelle Sampling-Methoden, wie z.B. die postalische Gewinnung von per Stichprobenziehung aus dem Einwohnermeldeamt ermittelter Frauen in unserer ersten Erhebungsphase, zumeist versagen. Auch da hat sich das Schneeball-Verfahren bewährt, wo Vertrauens- und Kontaktpersonen wichtig sind (Atkinson & Flint, 2001; Boynton et al., 2004). Bevölkerungsbezogene Untersuchungen in Deutschland legen nahe, dass

Migrantinnen, nicht nur durch etwaige mangelnde Deutschkenntnisse, eine in diesem Sinne schwer erreichbare Zielgruppe darstellen. Als wichtige weitere Gründe werden u.a. mangelnde Vertrautheit mit wissenschaftlichen Befragungen und zugleich die Befürchtung, dass in einer Befragung erfasste persönliche Daten an Behörden weitergereicht werden und negative Konsequenzen haben könnten, genannt (Berger et al., 2002.). Diese Erfahrungen zeigten sich auch in unserer Befragung. Als weitere wichtige Zugangsbarrieren gestalteten sich der Bildungsgrad und die Alphabetisierung der Frauen (Boral, 2007; David et al., 2007).

Im Zuge der Gewinnung von Studienteilnehmerinnen in Berlin wurden in der zweiten Erhebungsphase (01/2006 – 11/2006) zu Beginn Schlüsselpersonen aus privatem und öffentlichem Umfeld, Frauenzentren, Vereinen, Organisationen, Kirchen und Moscheen, Sportvereinen, Einzelhandel und anderen Treffpunkten (welche von den Zielgruppen frequentiert werden) von den Interviewerinnen telefonisch, schriftlich oder persönlich kontaktiert und über das Studienvorhaben ausführlich informiert (siehe Anhang). Es folgten zumeist Einladungen, an Veranstaltungen und Treffen in den jeweiligen Einrichtungen teilzunehmen, um den direkten Kontakt zu der Zielgruppe herstellen zu können. Während dieser Begegnungen wurde die Studie vorgestellt, Informationsmaterial verteilt. Es wurde erklärt, dass die Teilnahme an der Studie nur freiwillig ist. Frauen, die in die Teilnahme eingewilligt hatten, erhielten Fragebögen zum Ausfüllen. Da bei den türkeistämmigen Migrantinnen ein großer Teil über geringe bis fehlende Lese- und Schreibkenntnisse verfügt, wurden je nach Alphabetisierung der Teilnehmerinnen die Fragebögen entweder alleine oder mit Hilfe der muttersprachlichen Interviewerinnen „face-to-face“ mündlich abgefragt und ausgefüllt. Die Teilnehmerinnen konnten die Fragebögen mitnehmen und sie ausgefüllt im Intervall an zuvor bekannt gegebene Mitarbeiter der Einrichtungen aushändigen.

In der zweiten Erhebungsphase wurde die Rücklaufquote erheblich angehoben. So konnten bei deutschen Frauen weitere 178, und bei türkeistämmigen Migrantinnen 228 ausgefüllte Fragebögen eingesammelt werden. Insgesamt konnten bei den deutschen Frauen 418 und bei türkeistämmigen Migrantinnen 264 Fragebögen in die statistische Auswertung einbezogen werden.

Die Durchführung der Datenakquirierung in der zweiten Erhebungsphase in Berlin erfolgte gemeinsam mit Frau Prof. Dr. Theda Borde MPH und Frau Adelheid Schalinski MA. Wenngleich die weitere Gewinnung der Studienpopulationen durch die postalische Befragung aufgegeben werden musste, wurde durch diese äußerst zeitaufwendige und arbeitsintensive

methodische Strategie der größte Teil der türkeistämmigen Teilnehmerinnen in Berlin erreicht und der Einschluss dieser Bevölkerungsgruppe in die Studie dadurch überhaupt ermöglicht.

### **2.2.2.2 Zugang zur Studienpopulation in Istanbul**

Die Studienteilnehmerinnen in Istanbul wurden ausschließlich über die Schneeball-Methode gewonnen. Als wichtigster Kooperationspartner fungierte hierbei die „Kadıköy Sağlık ve Sosyal Dayanışma Vakfı“. Diese in Istanbul mit zahlreichen Niederlassungen aktive Stiftung umfasst in ihrem Tätigkeitsbereich die Beratung von Frauen hinsichtlich Gesundheitsversorgung, finanzielle Unterstützung in Bedarfsfällen, Alphabetisierung, zahlreiche kulturelle Angebote und Freizeitaktivitäten. Da diese Kontaktstellen von einer sehr heterogenen Gruppe von Frauen mit unterschiedlichem Bildungs-, Religions-, sozialem und ethnischem Hintergrund aufgesucht werden, wurden sie für die Gewinnung von Teilnehmerinnen für die vorliegende Studie als angemessen erachtet. Durch den initialen Kontakt zu den Frauen, die diese Einrichtungen frequentierten, entstand ein breites Netzwerk an weiteren Kontakten im privaten Umfeld.

Weitere Studienteilnehmerinnen wurden in Heimat- und Kulturvereinen und durch persönliche Kontakte zu Schlüsselpersonen und private Netzwerke gewonnen (siehe Anhang). Da in der Türkei soziale Netzwerke im privaten und nachbarschaftlichen Umfeld, auch in Großstädten, meist gut funktionieren, konnte ein weiterer Teil der Teilnehmerinnen „von Tür zu Tür“ gewonnen werden. Dabei wurden Frauen aus der Zielgruppe mit Hilfe einer Kontaktperson in einer Nachbarschaft direkt angesprochen und freiwillige Studienteilnehmerinnen zu Hause befragt. Durch diese Strategie konnte schließlich in kurzer Zeit die erforderliche Anzahl an Teilnehmerinnen erreicht werden.

## 2.3 Auswertung der Fragebögen

### 2.3.1 Dateneingabe und Datenqualitätskontrolle

Im Zuge der Datenakquirierung wurden insgesamt in Berlin 434 in der deutschen, 276 in der türkeistämmigen Zielgruppe und 300 ausgefüllte Fragebögen in der Studienpopulation in Istanbul gesammelt. Nach Ausschluss der Fragebögen, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllen konnten, gingen schließlich aus Berlin 418 aus dem deutschen, 264 aus dem türkeistämmigen Kollektiv und aus Istanbul 281 ausgefüllte Fragebögen in den Datenpool zur statistischen Auswertung ein.

**Tabelle 1: Rücklauf der Fragebögen in beiden Erhebungsphasen**

	Rücklauf Erhebungsp. 1	Rücklauf Erhebungsp. 2	Summe Rücklauf	Summe statist. Auswertung
Türkeist. Migrantinnen in Berlin	48 von 1000	228	276	264
Deutsche Frauen in Berlin	254 von 1000	178	434	418
Frauen in Istanbul	–	300	300	281

Die Dateneingabe in eine Datenmaske und Auswertung erfolgte anhand des Statistik-Programms SPSS<sup>®</sup> Version 16 (Statistical Package for Social Sciences). Sämtliche Fragebögen wurden während der Dateneingabe hinsichtlich Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Auch unvollständig ausgefüllte Fragebögen wurden in die Auswertung miteinbezogen, soweit einzelne Fragen vollständig beantwortet worden waren.

Nach Abschluss der Dateneingabe in die Software wurde eine Plausibilitätskontrolle mit Validitäts- und Konsistenz-Prüfungen durchgeführt. Fehlende oder nicht plausible Werte wurden als „missing values“ bewertet und aus dem Datenpool entfernt.

### 2.3.2 Kodierung und Kategorisierung von Variablen

Für die vergleichende Analyse der Daten wurden die folgenden Variablen in neue Kategorien eingeteilt, bevor sie in die statistische Auswertung eingespeist wurden:

#### Altersverteilung (Variable A1):

Alle Teilnehmerinnen dieser Studie befanden sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in der Altersgruppe zwischen 45-60 Jahren. Für den Vergleich der Altersverteilung zwischen den Kollektiven wurden drei Altersgruppen definiert:

- 45-50 Jahre • 51-55 Jahre und • 56-60 Jahre

#### Body Mass Index (Variable A2+3):

Der BMI wurde aus der Dividende aus dem Gewicht in Kilogramm (gegeben in Variable A3 in kg) und der Länge (gegeben in Variable A2 in cm) in Quadratmetern:  $BMI = \frac{kg}{m^2}$  berechnet. Zur übersichtlicheren Vergleichbarkeit wurde der BMI in weitere 3 Wertekategorien gemäß der internationalen Definition eingeteilt (WHO, 2006b):

- *Untergewicht* (BMI: 15-18.9); • *Normalgewicht* (BMI: 19-24.9); • *Übergewicht* (BMI:  $\geq 25$ )

#### Bildungsstatus (Variable A7):

Der Bildungsstatus wurde in sieben Abstufungen des erreichten höchsten Schulabschlusses erfasst: 1 = kein Schulabschluss bis maximal 7 = Fachhochschul-/ Universitätsabschluss. Die Werte wurden in folgende Kategorien eingeteilt:

- *niedrigerer Bildungsstatus* (= 1. kein Schulabschluss oder 2. Grundschulabschluss)
- *höherer Bildungsstatus* (3. Hauptschulabschluß, 4. Realschulabschluß/ POS; (= Türkei: Mittelschulabschluss [Orta okul]) oder 5. Berufsschulabschluss (= Türkei: Meslek okulu) 6. Abitur (= Türkei: Lise) oder 7. Fachhochschul-/Universitätsabschluss)

#### Lese- und Schreibkenntnisse in Türkisch

(Variablen: türkeistämmig Berlin=D58a+b; Istanbul =D59a+b):

Die subjektive Einschätzung der jeweils Sprach-, Lese- und Schreibkenntnisse in Türkisch konnte auf einer Skala von 0 = keine Kenntnisse bis 10 = sehr gute Kenntnisse angegeben werden. Die Werte wurden in zwei Abstufungen eingeteilt:

- *gar nicht oder kaum* = 0-3; • *ausreichend bis gut* = 4-10

*Sprachkenntnisse in Deutsch*

*(Variable: türkeistämmig Berlin= D59a+b):*

Die subjektive Einschätzung der Sprachkenntnisse in Deutsch wurde auf einer Skala von 0 = keine Kenntnisse bis 10 = sehr gute Kenntnisse angegeben werden. Die Werte wurden in zwei Abstufungen eingeteilt:

- *gar nicht oder kaum* = 0-3; • *ausreichend bis gut* = 4-10

*Informiertheit über die HT (Variable C40):*

Die subjektive Informiertheit konnte auf einer Skala von 0 = gar nicht informiert bis 10 = sehr gut informiert angegeben werden. Die Werte wurden in zwei Abstufungen eingeteilt:

- *gar nicht oder kaum* = 0-3; • *ausreichend bis gut* = 4-10

*Einfluss auf Meinung zur HT (Variable C41):*

Die vorgegebenen 6 Antwortmöglichkeiten wurden in folgende Kategorien eingeteilt:

- Ärzte (Hausarzt/-ärztin, Frauenarzt/-ärztin, sonstiger Arzt/Ärztin)
- Medien (Information aus: Zeitung/Zeitschrift, Radio/Fernsehen)
- Gespräche mit anderen Personen (Information durch: Freunde/-innen, Bekannte, Verwandte)

*Einfluss auf Entscheidung zur HT-Anwendung (Variable D44):*

Die vorgegebenen 8 Antwortmöglichkeiten wurden in folgende Kategorien eingeteilt:

- Ärzte/- innen (Hausarzt/-ärztin, Frauenarzt/-ärztin, sonstiger Arzt/Ärztin)
- Gespräche mit anderen Personen (Hinweis durch: Freunde/-innen, Bekannte, Verwandte; Apotheker/-in)
- Medien (Information aus: Zeitung/Zeitschrift, Radio/Fernsehen, Internet-Information)

Einfluss auf Entscheidung zum Abbruch einer HT-Anwendung (Variable D50):

Die vorgegebenen 9 Antwortmöglichkeiten wurden in folgende Kategorien eingeteilt:

- Ärzte/- innen (Auf Rat von: Hausarzt/-ärztin, Frauenarzt/-ärztin, sonstiger Arzt/Ärztin)
- eigene Entscheidung
- Gespräche mit anderen Personen (Hinweis durch: Freunde/-innen, Bekannte, Verwandte; Apotheker/-in)
- Medien (Hinweis aus: Zeitung/Zeitschrift, Radio/Fernsehen, Internet-Information)

### **2.3.3 Statistische Auswertung**

Die statistische Analyse der gewonnenen Daten der Stichprobe erfolgte mit dem Chi-Quadrat-Test (Chi<sup>2</sup>-Test) nach Pearson. Unterschiede mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < 0,05$  wurden als statistisch signifikant definiert.

#### ***Faktorenanalyse***

Die Faktorenanalyse ist ein Verfahren, um mögliche Korrelationen zwischen unterschiedlichen gemessenen Variablen untereinander zu ermitteln und diese ggf. einer gemeinsamen, übergeordneten Variable unterzuordnen. Besonders bei gebündelten Covariaten mit mehreren Teilantworten kann es zwischen diesen unterschiedlich starke Korrelationen geben. Starke Korrelation zwischen den Covariaten bedeutet, dass diese „das Gleiche sagen“. Erst bei der Auswertung lässt sich schließlich feststellen, welche Variablen tatsächlich miteinander korrelieren. Eine explorative Faktorenanalyse dient somit dazu, die Antworten der Befragten auf die tatsächliche Zahl der Freiheitsgrade zu beschränken (Überla, 1968).

#### ***Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden***

Das Erfassen des subjektiv wahrgenommenen Schweregrades von (möglichen) Wechseljahresbeschwerden erfolgte anhand der „Menopause Rating Scale II (MRS II)“, welche in den 1990er Jahren als Messinstrument zur Bewertung der wahrgenommenen Stärke von Wechseljahresbeschwerden entwickelt wurde. Die MRS II erfasst 11 Symptome in den Kategorien somatische, psychische und urogenitale Beschwerden, die auf einer Skala in fünf Schweregrade eingeteilt sind (Hauser et al., 1999; Heinemann et al., 2002).

Beschwerdekategorien auf der MRS II (siehe Anhang Fragebogen Frage B19):

- Wallungen, Schwitzen (Hitzewallungen)
- Herzbeschwerden
- Schlafstörung
- depressive Verstimmung
- Reizbarkeit
- Ängstlichkeit
- körperliche und geistige Erschöpfung
- Sexualprobleme
- Harnwegsbeschwerden
- Trockenheit der Scheide
- Gelenk- und Muskelbeschwerden

Die Angaben der subjektiven Beschwerdeintensität auf der 5er Skala (von 0-4) wurden zu zwei den Kategorien „mäßig“ (0= keine, 1=leicht und 2= mittel) und „stark“ (3= stark und 4= sehr stark) zusammengefasst. Vor Einspeisung in weitere Auswertungen wurde mit den 11 von den Befragten in ihrer Intensität bewerteten Beschwerden eine Faktorenanalyse durchgeführt. Im Ergebnis ließen sich drei Gruppen von Variablen finden, deren Mitglieder jeweils untereinander stark korrelieren. Anschließend wurden den drei neuen Gruppen Namen (siehe A-C) gegeben, die inhaltlich und aus medizinischer Sicht als plausibel erscheinen.

A) „Vasomotorische und sexuelle Beschwerden“:

- Wallungen, Schwitzen
- Sexualprobleme
- Trockenheit der Scheide

B) „Körperliche Beschwerden“:

- Herzbeschwerden
- Harnwegsbeschwerden
- Gelenk- und Muskelbeschwerden

C) „Psychosomatische Beschwerden“:

- Schlafstörung

- depressive Verstimmung
- Reizbarkeit
- Ängstlichkeit
- körperliche und geistige Erschöpfung

### Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen (Variable A15):

Die Teilnehmerinnen der Untersuchung wurden zu ihrer subjektiven Zufriedenheit mit der eigenen „Wohnsituation“, „Einkommen“, „beruflichen Situation“, „familiären Situation“, „Gesundheit“ und mit dem „Leben insgesamt“ befragt. Die Zufriedenheitsgrade wurden auf einer 11er Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden) angegeben. Die Ergebnisse wurden anschließend in die nominalen Kategorien „unzufrieden“ (0-3) vs. „zufrieden“ (4-10) neu eingeteilt und im Zuge der Datenauswertung einer Faktorenanalyse zugeführt. Als Ergebnis kristallisierten sich drei Variablen heraus, die inhaltlich wie folgt zusammengefasst wurden:

- „Zufriedenheit mit der Familien- und Wohnsituation“
- „Zufriedenheit mit der beruflichen Situation und Einkommen“
- „Zufriedenheit mit eigener Gesundheit und Leben“

### 3. Ergebnisse

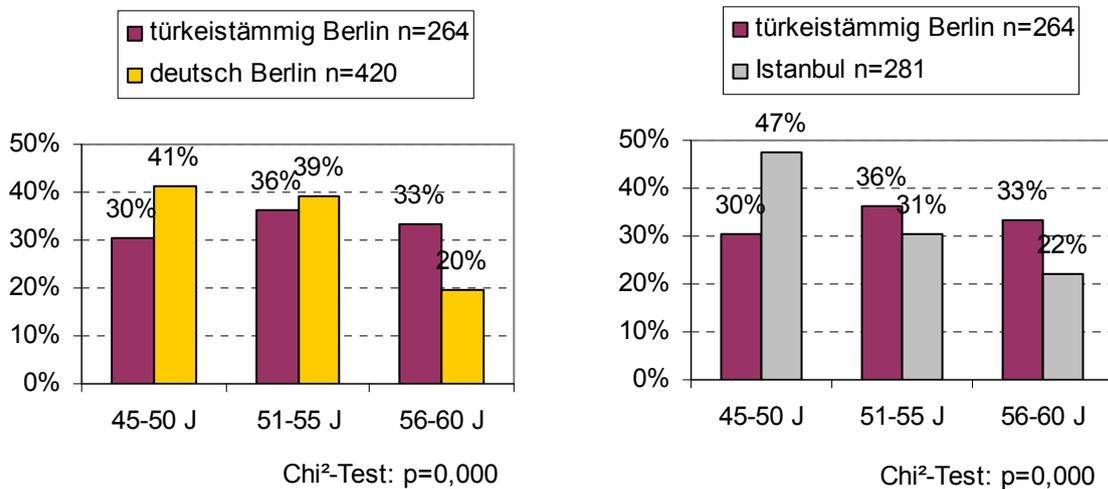
#### 3.1 Soziodemographische Merkmale der Studienpopulation

##### 3.1.1 Alter

Die Befragungsteilnehmerinnen in allen drei Kollektiven, deutsche Frauen in Berlin, türkeistämmige Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul, wurden nach dem eigenen Geburtsjahr befragt (siehe Anhang Fragebogen Frage A1). Aus der jeweiligen Angabe des Geburtsjahres wurde dann das Alter der Teilnehmerinnen berechnet.

Im Sinne einer übersichtlicheren Datenauswertung wurden das Alter der Studienteilnehmerinnen in die drei Gruppen 45-50 Jahre, 51-55 Jahre und 56-60 Jahre, zusammengefasst (siehe 2.3.2.). Im Vergleich ergaben sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der Altersverteilung sowohl zwischen den befragten Frauen in Istanbul und türkeistämmigen Frauen in Berlin, als auch zwischen den letztgenannten und deutschen Frauen in Berlin (siehe Abb.1).

**Abbildung 1: Altersverteilung, nach Herkunft in %**



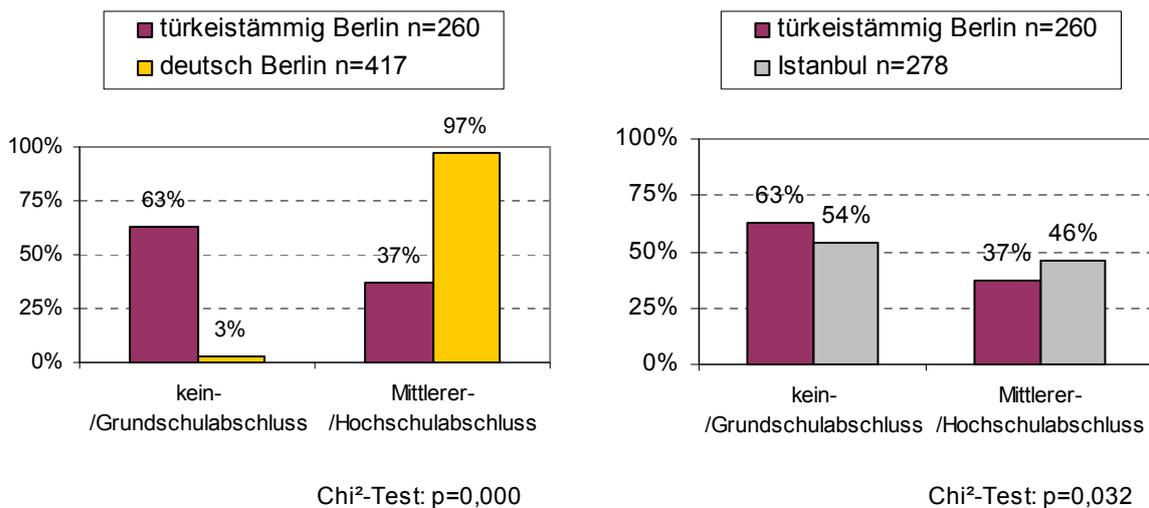
### 3.1.2 Bildungsstatus und Alphabetisierung

#### *Bildungsstatus*

Die Studienteilnehmerinnen wurden zu ihrem höchsten erfolgreichen Schulabschluss befragt. Als Antwortmöglichkeiten wurden von „kein Schulabschluss“ bis „Universitätsabschluss“ jeweils in den Ländern Türkei und Deutschland mögliche Schulabschlüsse vorgegeben (siehe Anhang Fragebogen Frage A7).

Im Zuge der Datenauswertung wurde der Bildungsgrad jeweils aus den Angaben zum höchsten erfolgreichen Schulabschluss in die zwei Kategorien „kein Abschluss oder Grundschulabschluss“, in der weiteren Datenanalyse als „niedrigerer Bildungsgrad“ definiert und „mittlerer- bis Hochschulabschluss“, als „höherer Bildungsgrad“ definiert, eingeteilt (siehe 2.3.2.). Demnach hatten mehr als die Hälfte der Frauen in Istanbul (54%) und der türkeistämmigen Frauen in Berlin (63%) nach unserer Einteilung einen „niedrigeren Bildungsgrad“. Im Gegensatz dazu hatten nur ca. 3% der befragten deutschen Frauen in Berlin „keinen Abschluss oder Grundschulabschluss“ (siehe Abb.2).

**Abbildung 2: Schulabschluss, nach Herkunft in %**



### ***Bildungsstatus nach Alter***

Nach Aufschlüsselung des Bildungsstatus („kein-/ Grundschulabschluss“ vs. „Mittlerer-/ Hochschulabschluss“) nach Altersgruppe zeigen sich sowohl bei türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin, als auch bei Frauen in Istanbul zwischen den drei Altersgruppen (45-50, 51-55 und 56-60 Jahre) statistisch signifikante Unterschiede.

In beiden Vergleichskollektiven war ein „niedrigerer Bildungsstatus“ in der ältesten Gruppe der 56-60 Jährigen bei mindestens zwei Drittel der Befragten (TB:77,9%, TI:67,7%) vorzufinden, wohingegen in der jüngsten Altersgruppe der 45-50 Jährigen etwa jeweils die Hälfte der Frauen einen „niedrigeren“ bzw. „höheren Bildungsstatus“ angab (siehe Tab.2). Aufgrund der geringen Fallzahl mit „niedrigerem Bildungsgrad“ bei deutschen Frauen in Berlin (n=12) konnten diese in der Auswertung nicht berücksichtigt werden.

**Tabelle 2: Bildungsstatus nach Alter in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul)**

Bildungsstatus nach Altersgruppe		kein Abschluss/ Grundschulabschluss %	Mittlerer-/ Hochschulabschluss %	Gesamt
türkeistämmig Berlin	45 - 50 Jahre	49,4	50,6	n=79
	51 - 55 Jahre	61,1	38,9	n=95
	56 - 60 Jahre	77,9	22,1	n=86
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,001</i>				
Istanbul	45 - 50 Jahre	52,3	47,7	n=132
	51 - 55 Jahre	46,4	53,6	n=84
	56 - 60 Jahre	67,7	32,3	n=62
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,033</i>				

### ***Alphabetisierung***

Die Studienteilnehmerinnen wurden aufgefordert, ihre eigenen Lese- und Schreibkenntnisse auf einer Skala von 0 (gar nicht) bis 10 (sehr gut) zu bewerten (siehe Anhang Fragebogen Frage E58 und E59). Die Angaben der Frauen wurden im Zuge der Datenauswertung in die neu definierten Kategorien „gar nicht oder kaum“ (0-3) und „ausreichend bis gut“ (4-10) eingeteilt (siehe 2.3.2.).

Bei der Frage nach der Lese- und Schreibkundigkeit (türkische Sprache) gaben, nach unserer Einteilung der Angaben, im türkeistämmigen Kollektiv in Berlin 20% der Frauen an, „gar nicht oder kaum“ lesen und gleichzeitig 23% „gar nicht oder kaum“ schreiben zu können. Eine ähnliche Verteilung zeigte sich bei den Frauen in Istanbul. Hierbei wurden keine oder kaum Kenntnisse hinsichtlich Lesekundigkeit von 27% und Schreibkundigkeit von 29% der befragten Frauen angegeben (siehe Tab.3).

Bei den befragten deutschen Frauen in Berlin gaben hingegen nur zwei Frauen an, gar keine oder kaum Lese- oder Schreibkenntnisse (deutsche Sprache) zu haben.

**Tabelle 3: Alphabetisierung nach Lese- und Schreibkundigkeit in türkischer Sprache in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul)**

	türkeistämmig Berlin	Istanbul
Lesekundigkeit in Türkisch (%)		
gar nicht / kaum	20,1	27,5
ausreichend bis gut	79,9	72,5
Gesamt 100%	n=254	n=273
Schreibkundigkeit in Türkisch (%)		
gar nicht / kaum	22,5	28,7
ausreichend bis gut	77,5	71,4
Gesamt 100%	n=249	n=272

### *Alphabetisierung nach Alter*

Im Folgenden soll bei jeweils türkeistämmigen Studienteilnehmerinnen in Berlin und Istanbul die Alphabetisierungsrate nach einzelnen Altersgruppen betrachtet werden. In beiden Kollektiven zeigte sich, dass der prozentuale Anteil an Frauen mit keiner oder nur geringer Lese- und Schreibkundigkeit in der jüngsten Altersgruppe (45-50 Jahre) am niedrigsten, in der ältesten Gruppe (56-60 Jahre) am höchsten war. Insgesamt wird deutlich, dass in beiden Studienpopulationen die Alphabetisierungsrate mit zunehmendem Alter der Befragten sinkt (siehe Tab.4).

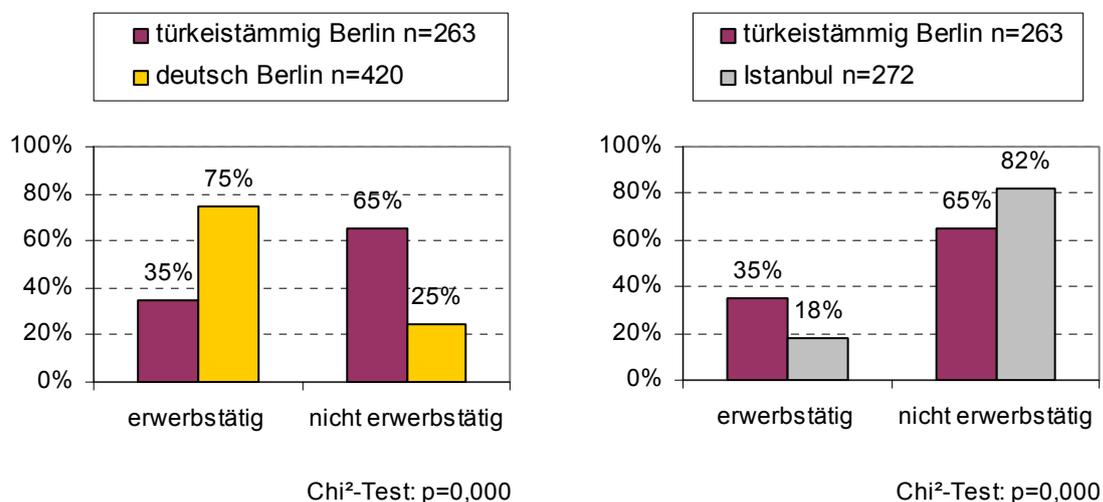
**Tabelle 4: Alphabetisierung nach Alter in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul)**

Alphabetisierung nach Alter		gar nicht/ kaum	ausreichend bis gut	Gesamt
Lesekundigkeit in Türkisch (%)				
türkeistämmig Berlin	45 - 50 Jahre	16,9	83,1	n=77
	51 - 55 Jahre	16,3	83,7	n=92
	56 - 60 Jahre	27,1	72,9	n=85
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,143</i>				
Istanbul	45 - 50 Jahre	23,3	76,7	n=129
	51 - 55 Jahre	26,2	73,8	n=84
	56 - 60 Jahre	38,3	61,7	n=60
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,092</i>				
Schreibkundigkeit in Türkisch (%)				
türkeistämmig Berlin	45 - 50 Jahre	20,0	80,0	n=75
	51 - 55 Jahre	18,9	81,1	n=90
	56 - 60 Jahre	28,6	71,4	n=84
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,257</i>				
Istanbul	45 - 50 Jahre	23,4	76,6	n=128
	51 - 55 Jahre	27,4	72,6	n=84
	56 - 60 Jahre	41,7	58,3	n=60
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,034</i>				

### 3.1.3 Erwerbsstatus und Berufsausbildung

Zum Befragungszeitpunkt waren 35% der türkeistämmigen Frauen in Berlin und ca. 18% der Frauen in Istanbul erwerbstätig. Mit 76% war der Anteil an berufstätigen Frauen im deutschen Kollektiv in Berlin am größten innerhalb des Gruppenvergleichs (siehe Abb.3). Gleichzeitig hatten nach eigenen Angaben ca. 91% der befragten deutschen Frauen im Vergleich zu 24% der türkeistämmigen Frauen in Berlin und 36% der Frauen in Istanbul eine abgeschlossene Berufsausbildung (siehe Anhang Fragebogen Frage A8 und A9).

**Abbildung 3: Erwerbsstatus, nach Herkunft in %**



### 3.1.4 Parität und Familienstatus

Etwa 27% der befragten deutschen Frauen gaben an, keine Kinder zu haben. Im Gegensatz dazu war der Anteil an kinderlosen Frauen im türkeistämmigen Kollektiv in Berlin mit 5% und bei den befragten Frauen in Istanbul mit 7% deutlich kleiner (siehe Anhang Fragebögen Frage 4).

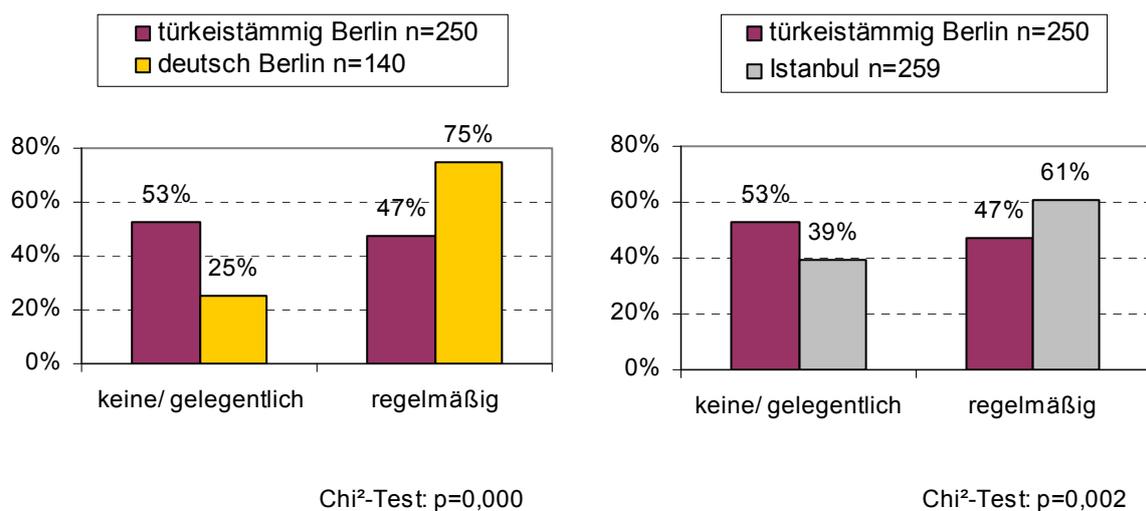
Der Familienstand wurde mit der Frage nach dem Vorhandensein einer aktuellen Partnerschaft erfasst (siehe Anhang Fragebogen Frage A5). Mit 66% war der Anteil an Frauen in einer Partnerschaft im türkeistämmigen Kollektiv in Berlin größer als im deutschen Kollektiv in Berlin. Jedoch fällt auch auf, dass bei türkeistämmigen Frauen in Berlin mit ca. einem Drittel (33%) ein deutlich größerer Anteil nicht in einer Partnerschaft lebte als dies bei Frauen in Istanbul der Fall war (22%).

### 3.1.5 Soziale Kontakte außerhalb der Familie

Die Studienteilnehmerinnen wurden befragt, ob und wenn ja, wie häufig sie soziale Kontakte außerhalb ihrer familiären Kontakte haben (siehe Anhang Fragebogen Frage E56). Als Antwortmöglichkeiten wurden „keine“, „gelegentlich“ und „regelmäßig“ vorgegeben. Die Angaben wurden in der Datenanalyse in die zwei Kategorien „keine/gelegentlich“ und „regelmäßig“ neu zusammengefasst.

Insgesamt berichteten fast zwei Drittel der Frauen in Istanbul und drei Viertel der deutschen Frauen in Berlin, regelmäßig soziale Kontakte außerhalb der Familie zu haben. Dagegen gaben mit 47% im Vergleich weit weniger türkeistämmige Frauen in Berlin an, regelmäßig soziale Kontakte außerhalb der Familie zu pflegen (siehe Abb. 4).

**Abbildung 4: Soziale Kontakte außerhalb der Familie, nach Herkunft in %**



### 3.1.6 Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen

Die befragten Frauen in allen drei Vergleichskollektiven konnten ihren subjektiven Zufriedenheitsgrad mit ihrer „Wohnsituation“, „Einkommen“, „beruflichen Situation“, „familiären Situation“, „Gesundheit“ und mit ihrem „Leben insgesamt“ auf einer 11er Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden) angeben (siehe Anhang Fragebogen Frage A15). Die subjektiven Zufriedenheitsangaben wurden in die nominalen Kategorien „unzufrieden“ (0-3) vs. „zufrieden“ (4-10) zugeteilt (siehe 2.3.2.) und im Zuge der

Datenauswertung einer Faktorenanalyse zugeführt. Als Ergebnis kristallisierten sich drei neue Variablen heraus, die als „Zufriedenheit mit der Familien- und Wohnsituation“, „Zufriedenheit mit der beruflichen Situation und Einkommen“ und „Zufriedenheit mit eigener Gesundheit und Leben“ zusammengefasst wurden (siehe 2.3.3.).

Beim Vergleich der Kollektive „deutsch Berlin“ und „türkeistämmig Berlin“ hinsichtlich der subjektiven Zufriedenheit mit den neu zusammengefassten drei Lebensbereichen konnte die Mehrheit der Frauen in beiden Gruppen als „zufrieden“ eingeordnet werden. Dennoch äußerten proportional mehr türkeistämmige Frauen in Berlin Unzufriedenheit in allen drei Bereichen, insbesondere hinsichtlich der Kategorien „beruflichen Situation und Einkommen“ und „eigener Gesundheit und Leben“ (siehe Tab.5).

**Tabelle 5: Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen, nach Herkunft in %**

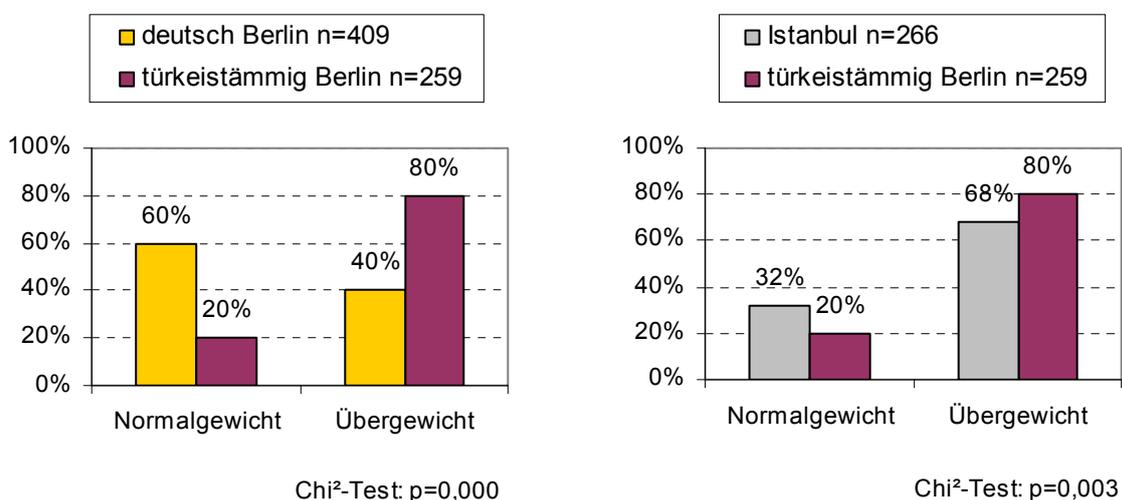
	deutsch Berlin	türkeistämmig Berlin	Istanbul
Zufriedenheit mit der Familien- und Wohnsituation (%)			
unzufrieden	3,4	9,2	8,9
zufrieden	96,6	90,8	91,1
Gesamt 100%	n=412	n=238	n=259
<i>Chi<sup>2</sup>-Test für Berlin deutsch und Berlin türkeistämmig: p=0,002</i>			
<i>Chi<sup>2</sup>-Test für Berlin türkeistämmig und Istanbul: p=0,888</i>			
Zufriedenheit mit der beruflichen Situation und Einkommen (%)			
unzufrieden	21,3	38,5	25
zufrieden	78,7	61,5	75
Gesamt 100%	n=409	n=234	n=252
<i>Chi<sup>2</sup>-Test für Berlin deutsch und Berlin türkeistämmig: p=0,000</i>			
<i>Chi<sup>2</sup>-Test für Berlin türkeistämmig und Istanbul: p=0,001</i>			
Zufriedenheit mit eigener Gesundheit und Leben (%)			
unzufrieden	6,3	17,3	14,4
zufrieden	93,7	82,7	85,6
Gesamt 100%	n=414	n=248	n=264
<i>Chi<sup>2</sup>-Test für Berlin deutsch und Berlin türkeistämmig: p=0,000</i>			
<i>Chi<sup>2</sup>-Test für Berlin türkeistämmig und Istanbul: p=0,362</i>			

### 3.1.7 Body Mass Index

Der BMI wurde aus den Angaben zu Körpergröße und Körpergewicht berechnet. Die Ergebnisse wurden den drei neu eingeteilten Gewichtsgruppen „Untergewicht“ (BMI: 15-18.9), „Normalgewicht“ (BMI: 19-24.9) und „Übergewicht“ (BMI:  $\geq 25$ ) zugeordnet (siehe 2.3.2.). Hierbei zeigte sich, dass 10 deutsche Frauen, jedoch keine Frau im türkeistämmigen Kollektiv und nur 6 Frauen in Istanbul als „untergewichtig“ einzustufen waren. Für die weitere Auswertung der Daten wurde aufgrund der geringen Fallzahlen die Kategorie „Untergewicht“ aus der Variablen „BMI“ ausgeschlossen.

In den verbleibenden Kategorien „Normalgewicht“ und „Übergewicht“ unterschieden sich die befragten deutschen Frauen und türkeistämmigen Frauen in Berlin signifikant. So waren im deutschen Kollektiv 40% und im türkeistämmigen Kollektiv in Berlin 80% der Frauen nach unserer Einteilung „übergewichtig“. Der Anteil an übergewichtigen Frauen in Istanbul betrug 68% und unterschied sich somit vom türkeistämmigen Kollektiv in Berlin signifikant (siehe Abb.5).

**Abbildung 5: Body Mass Index, nach Herkunft in %**

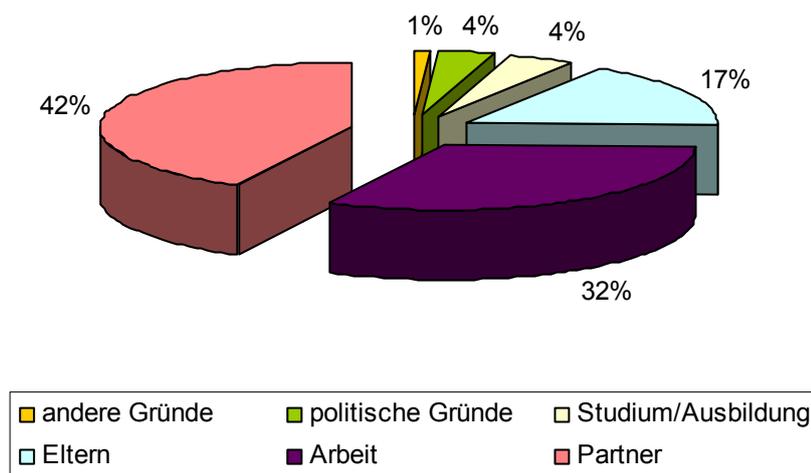


## 3.2 Migrationsspezifische Merkmale bei türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin

### 3.2.1 Migrationshintergrund und Motivation

Die Mehrheit der befragten türkeistämmigen Frauen in Berlin gab als Gründe und Motivation zur Migration nach Deutschland in erster Linie den Zuzug zum bereits hier lebenden Partner (42%) oder ein Arbeitsverhältnis an (32%) an (siehe Anhang Fragebogen Frage E55). Als weitere Gründe wurden Einwanderung mit den Eltern (17%), Ausbildung und Studium (4%), politische (4%) oder andere Gründe (1%) angegeben (siehe Abb.6).

**Abbildung 6: Migrationshintergrund und Motivation in % (türkeistämmig Berlin, n=255)**



### 3.2.2 Aufenthaltsdauer in Deutschland nach Staatsangehörigkeit

Die befragten türkeistämmigen Frauen in Berlin konnten auf dem Fragebogen die Dauer ihres bisherigen Aufenthaltes in Deutschland in Jahren eintragen (siehe Anhang Fragebogen Frage E54). Die numerischen Angaben wurden in die Kategorien „0-10 Jahre“, „11-20 Jahre“, „21-30 Jahre“ und „mehr als 30 Jahre“ zusammengefasst.

Demnach lebten zum Befragungszeitpunkt etwa 88% der türkeistämmigen Migrantinnen seit mehr als 20 Jahren in Deutschland. Hiervon lebte mehr als die Hälfte der Frauen (56,7%) seit

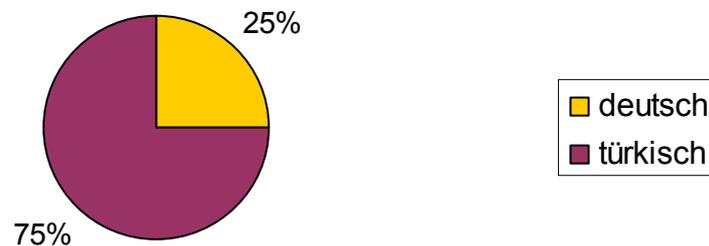
mehr als 30 Jahren und fast ein Drittel zwischen 20 bis 30 Jahren hier. Nur etwa 4% der Befragten gaben eine Aufenthaltsdauer von 10 Jahren und weniger an (siehe Tab.6).

**Tabelle 6: Aufenthaltsdauer in Deutschland in % (türkeistämmig Berlin)**

Aufenthalt in Deutschland in Jahren (Berlin, n=252)				
	0-10 Jahre	11-20 Jahre	21-30 Jahre	>30 Jahre
	%	%	%	%
	4,0	7,9	31,3	56,7
Gesamt	n=10	n=20	n=79	n=143

Etwa 75% der befragten Migrantinnen in Berlin hatten die türkische Staatsangehörigkeit. Rund 25% waren bereits eingebürgert und hatten die deutsche Staatsangehörigkeit (siehe Anhang Fragebogen Frage A12) (siehe Abb.7).

**Abbildung 7: Staatsangehörigkeit in % (türkeistämmig Berlin n=258)**



### ***Staatsangehörigkeit nach Aufenthaltsdauer***

Die Einbürgerung von Ausländern in Deutschland ist, neben weiteren Voraussetzungen, in der Regel ab einer Mindestaufenthaltsdauer von acht Jahren möglich (Presse und Informationsamt der Bundesregierung, 2009). Folglich wurden bei der Betrachtung der Staatsangehörigkeit nach Aufenthaltsdauer nur alle Fälle ab acht Jahren Aufenthalt in Deutschland berücksichtigt. Dabei zeigte sich, dass ein größerer Anteil an Frauen, die länger als 20 Jahre in Deutschland lebten eingebürgert war als vergleichsweise Frauen, die bis zu 20 Jahre Aufenthalt angaben. Insgesamt auffällig ist, dass mehr als drei Viertel (76%) der befragten türkeistämmigen Migrantinnen auch nach einer Aufenthaltsdauer von mehr als 20 Jahren noch die türkische Staatsangehörigkeit hatte (siehe Tab.7).

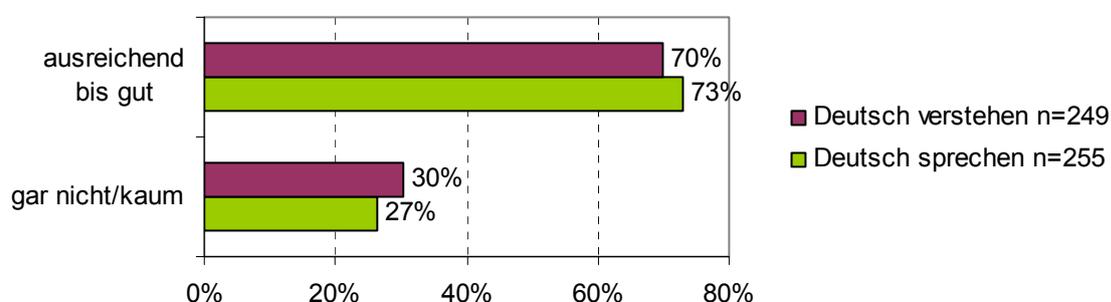
**Tabelle 7: Staatsangehörigkeit nach Aufenthaltsdauer in % (türkeistämmig Berlin n=243)**

Staatsangehörigkeit nach Aufenthaltsdauer	deutsche Staatsangehörigkeit %	türkische Staatsangehörigkeit %	Gesamt
8 - 20 Jahre	16,7	83,3	n=24
> 20 Jahre	24,2	75,8	n=219

*Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,408*

### 3.2.3 Deutschkenntnisse nach subjektiver Einschätzung

Die befragten Frauen konnten die subjektive Einschätzung ihrer Deutschkenntnisse auf einer Skala von 0 (gar nicht) bis 10 (sehr gut) angeben (siehe Anhang Fragebogen Frage E59). Die angegebenen Werte wurden in die nominalen Kategorien „gar nicht oder kaum“ (0-3) und „ausreichend bis gut“ (4-10) eingeteilt (siehe Kapitel 2.3.3). Nach dieser Einteilung gaben mehr als jeweils in etwa ein Viertel der türkeistämmigen Frauen in Berlin an, „gar nicht oder kaum“ Deutsch zu verstehen (27%) und Deutsch zu sprechen (30%) (siehe Abb.8).

**Abbildung 8: Subjektive Einschätzung eigener Deutschkenntnisse in % (türkeistämmig Berlin)**

### *Deutschkenntnisse nach Bildungsstatus*

Stratifiziert man die selbst eingeschätzten Deutschkenntnisse der türkeistämmigen Migrantinnen nach ihrem formalen Bildungsgrad, so wird deutlich, dass (nach unseren Einteilungen) mehr als ein Drittel der Frauen mit „niedrigerem Bildungsgrad“ jeweils „gar keine oder kaum“ Deutschkenntnisse (verstehen oder sprechen) angaben, während mehr als 90% der Frauen mit einem „höherem Bildungsgrad“ ihre Deutschkenntnisse als jeweils „ausreichend bis gut“ bewerteten (siehe Tab.8).

**Tabelle 8: Deutschkenntnisse nach Bildungsstatus in % (türkeistämmig Berlin)**

Deutschkenntnisse nach Bildungsstatus	niedrigere Bildung	höhere Bildung
Deutsch verstehen (%)		
gar nicht / kaum	37,3	8,7
ausreichend bis gut	62,7	91,3
Gesamt 100%	n=153	n=92
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,000</i>		
Deutsch sprechen (%)		
gar nicht / kaum	42,4	9,7
ausreichend bis gut	57,6	90,3
Gesamt 100%	n=158	n=93
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,000</i>		

***Deutschkenntnisse nach Aufenthaltsdauer***

Mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland wurden signifikant häufiger „ausreichend bis gute“ Kenntnisse sowohl hinsichtlich „Deutsch verstehen“ als auch „Deutsch sprechen“ angegeben (eigene Einschätzung). Etwa 80%, bzw. 89% der Frauen mit einem Aufenthalt von bis zu 10 Jahren berichteten im Vergleich zu ca. 24%, bzw. 28% der Befragten mit einem Aufenthalt von mehr als 20 Jahren „gar nicht oder kaum“ Deutsch verstehen oder sprechen zu können (siehe Tab. 9).

**Tabelle 9: Deutschkenntnisse nach Aufenthaltsdauer in % (türkeistämmig Berlin)**

Deutschkenntnisse nach Aufenthaltsdauer	gar nicht/ kaum	ausreichend bis gut	Gesamt
Deutsch verstehen (%)			
0 - 10 Jahre	80,0	20,0	n=10
11 - 20 Jahre	31,6	68,4	n=19
> 20 Jahre	23,7	76,3	n=211
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0.000</i>			
Deutsch sprechen (%)			
0 - 10 Jahre	88,9	11,1	n=9
11 - 20 Jahre	35,0	65,0	n=20
> 20 Jahre	28,1	71,9	n=217
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0.001</i>			

### **3.3 Erleben der Wechseljahre**

Zur Beurteilung des individuellen Erlebens der Wechseljahre wurden die Studienteilnehmerinnen aufgefordert, bei 11 vorgegebenen, möglicherweise mit den Wechseljahren assoziierten Beschwerden (MRS II) ihre Symptomstärke auf einer Skala von 0 (keine) bis 4 (sehr stark) anzugeben (siehe Anhang Fragebogen Frage B19). Vor Einspeisung in weitere Auswertungen wurde im Sinne einer übersichtlichen Darstellung mit den 11 von den Befragten in ihrer Intensität bewerteten Beschwerden eine Faktorenanalyse durchgeführt. Im Ergebnis kristallisierten sich insgesamt drei Beschwerdegruppen heraus, die anschließend inhaltlich in folgenden drei neu benannten Kategorien „vasomotorische und sexuelle Beschwerden“, „körperliche Beschwerden“ und „psychosomatische Beschwerden“ zusammengefasst wurden. Die Angaben auf der 5er Skala der subjektiven Beschwerdeintensität wurde außerdem in zwei Kategorien „mäßig“ (0= keine bis 2= mittel) und „stark“ (3= stark und 4= sehr stark) zusammengefasst (siehe 2.3.2. und 2.3.3.).

In sämtlichen folgenden Berechnungen unter Einschluss von Wechseljahresbeschwerden in bivariaten Kreuztabellen wird zunächst, unabhängig von der weiteren Fragestellung, stets nach Herkunft (deutsch Berlin= DB, türkeistämmig Berlin= TB und türkeistämmig Istanbul= TI) und außerdem immer auch nach dem Menopausenstatus (prämenopausal vs. postmenopausal) stratifiziert. Die Hauptintention dieses Studienteils ist es, das Erleben der Wechseljahre bei türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin durch Vergleiche zu den Kollektiven sowohl im Herkunfts- (Türkei) als auch im Aufenthaltsland (Deutschland) mit gezielten Fragestellungen zu durchleuchten. Der Vergleich erfolgt also jeweils zwischen türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin und deutschen Frauen in Berlin sowie zwischen türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin und Frauen in Istanbul.

#### **3.3.1 Gründe für den Eintritt der Menopause und Menopausenstatus**

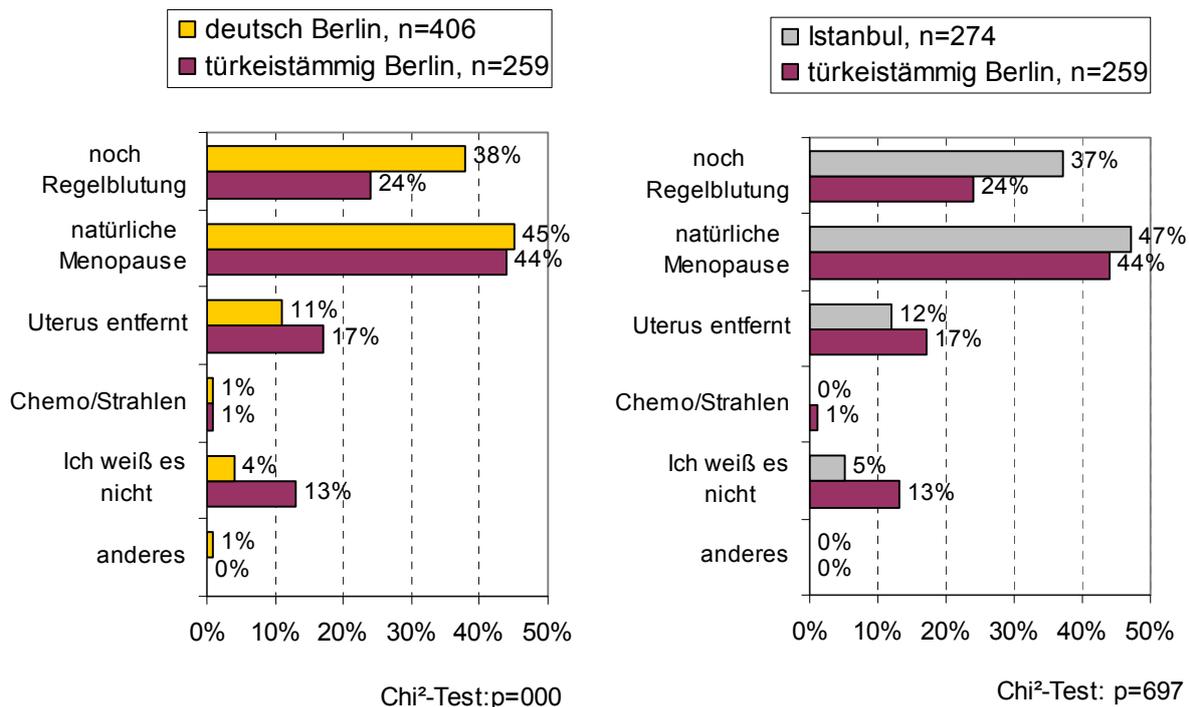
Die Studienteilnehmerinnen wurden aufgefordert, anzugeben, ob sie noch Regelblutungen hatten. Frauen mit Regelblutungen konnten die Zyklusregelmäßigkeit (Antwortmöglichkeit: „regelmäßig“, „unregelmäßig“, „weiß ich nicht“) angeben (siehe Anhang Fragebogen Frage B17). Frauen, die keine Regelblutung mehr hatten, konnten das eigene Alter bei der zuletzt eingetretenen Blutung vermerken und die Gründe hierfür genauer spezifizieren. Als

Antwortmöglichkeiten wurden hierfür vorgegeben: „natürliches Aufhören infolge der Wechseljahre“, „operative Entfernung der Gebärmutter“, „nach Bestrahlung oder Chemotherapie“ und „weiß nicht“ (siehe Anhang Fragebogen Frage B18).

In jeweils allen drei Kollektiven (DB: 45%; TB: 44%; TI: 47%) befand sich die Mehrheit der befragten Frauen in den auf natürlichem Wege eingetretenen Wechseljahren. Etwa 38% der deutschen Frauen und 37% der Frauen in Istanbul gaben an, noch Regelblutungen zu haben, wohingegen dies bei nur einem Viertel (24%) der türkeistämmigen Frauen in Berlin zutrif.

Insgesamt auffallend war beim Vergleich nach Herkunft bei türkeistämmigen Migrantinnen ein vergleichsweise jeweils höherer Anteil an Frauen mit einer operativen Entfernung der Gebärmutter und Frauen, die den Zeitpunkt der Menopause nicht genauer benennen konnten (siehe Abb.9)

**Abbildung 9: Regelstatus und Gründe fürs Ausbleiben der Regelblutung, nach Herkunft in %**



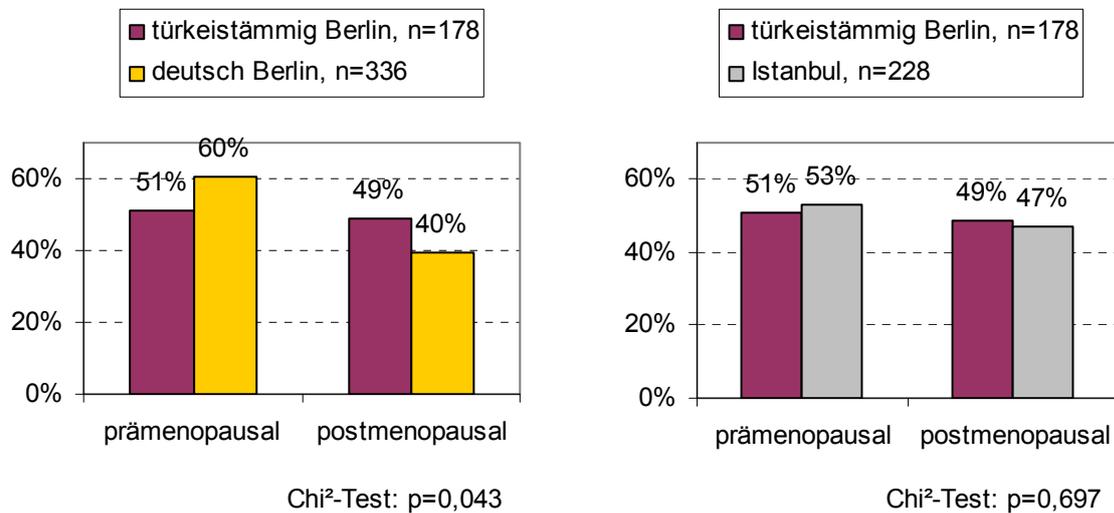
Aus den Angaben zum Regelstatus, Gründen fürs Ausbleiben der Regelblutung und aus der Altersangabe der Studienteilnehmerinnen wurde der Menopausenstatus bestimmt. Ab dem Befragungszeitpunkt zurückgerechnet wurden Frauen, die innerhalb des letzten Jahres Regelblutungen hatten (regelmäßig oder unregelmäßig) als „prämenopausal“ eingeordnet.

Frauen, bei denen die letzte Regelblutung auf natürlichem Wege eingetreten war und diese zugleich länger als ein Jahr zurücklag wurden als „postmenopausal“ eingeordnet. Alle anderen Fälle mit medizinischen Eingriffen herbeigeführtem Sistieren der Regelblutung und Fälle ohne genauere Angaben zum Eintritt der Menopause wurden aus dem Datenpool für weitere Auswertungen ausgeschlossen.

### *Menopausenstatus*

Betrachtet man den Menopausenstatus der Studienteilnehmerinnen, so unterschieden sich deutsche Frauen und türkeistämmige Frauen in Berlin signifikant, wohingegen das letztere Kollektiv und Frauen in Istanbul eine sehr ähnliche Häufigkeitsverteilung aufzeigten. Im deutschen Kollektiv war die Mehrheit der Frauen (60%, n=203) prämenopausal, im türkeistämmigen Kollektiv (51%, n=91) und bei Frauen in Istanbul (49%, n=121) befanden sich vergleichsweise etwa die Hälfte der Frauen zum Befragungszeitpunkt in der Prämenopause (siehe Abb.10).

**Abbildung 10: Menopausenstatus, nach Herkunft in %**



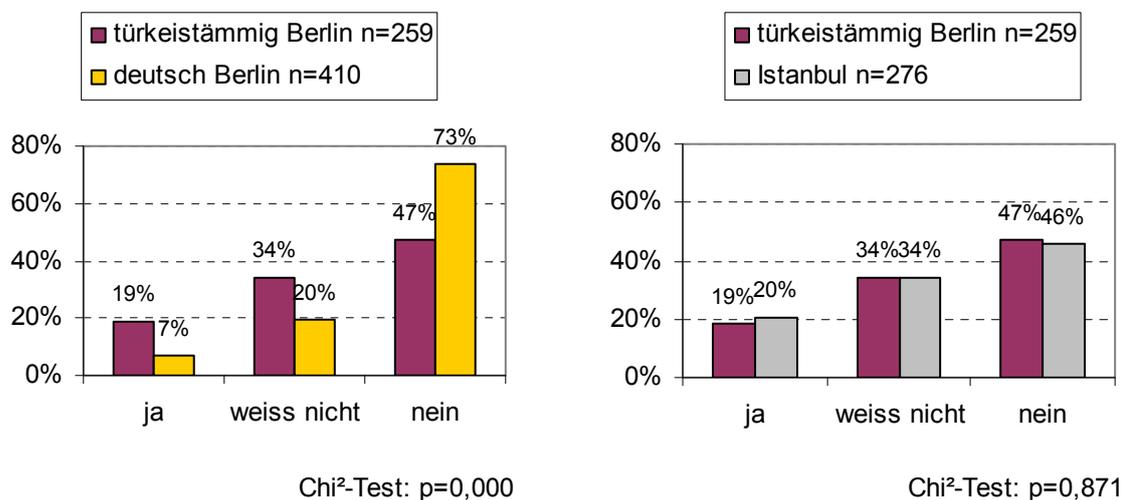
### 3.3.2 Erwartungshaltung gegenüber Wechseljahresbeschwerden

Die Studienteilnehmerinnen wurden zu ihrer Meinung befragt, ob jede Frau in den Wechseljahren auch Wechseljahresbeschwerden haben muss (siehe Anhang Fragebogen Frage 21). Es konnte zwischen den Antwortmöglichkeiten „ja“, „nein“ und „weiß nicht“ gewählt werden.

Nach der Herkunft betrachtet zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen DB und TB, wohingegen beide Kollektive TB und TI ein fast identisches Antwortmuster vorwiesen. Etwa zwei Drittel der befragten deutschen Frauen in Berlin (73%) verneinten, dass jede Frau Wechseljahresbeschwerden haben muss. Im Gegensatz dazu entschieden sich etwas weniger als die Hälfte der türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin (47%) und der Frauen in Istanbul (46%) für diese Antwortmöglichkeit.

Weitere 7% der deutschen Frauen, 19% der türkeistämmigen Migrantinnen und 20% der Frauen in Istanbul hielten Wechseljahresbeschwerden für obligatorisch für jede Frau in dieser Lebensphase (siehe Abb.11).

**Abbildung 11: „Muss jede Frau Wechseljahresbeschwerden haben?“, nach Herkunft in %**



Nach Aufschlüsselung nach dem formalen Bildungsstatus („niedrigerer“ vs. „höherer Bildungsstatus“) zeigte sich, dass Frauen mit einem formal „niedrigeren Bildungsstatus“ im Vergleich zu Frauen mit einem „höheren Bildungsstatus“ sowohl bei türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin (21% vs. 15%), als auch bei Frauen in Istanbul (29% vs. 12%),

prozentual häufiger Wechseljahresbeschwerden für obligatorisch hielten; die Ergebnisse für das letztere Kollektiv waren statistisch signifikant. Aufgrund der kleinen Fallzahl von deutschen Frauen mit einem „niedrigeren Bildungsstatus“ in Berlin (n=11) konnten diese nicht in der Auswertung berücksichtigt werden.

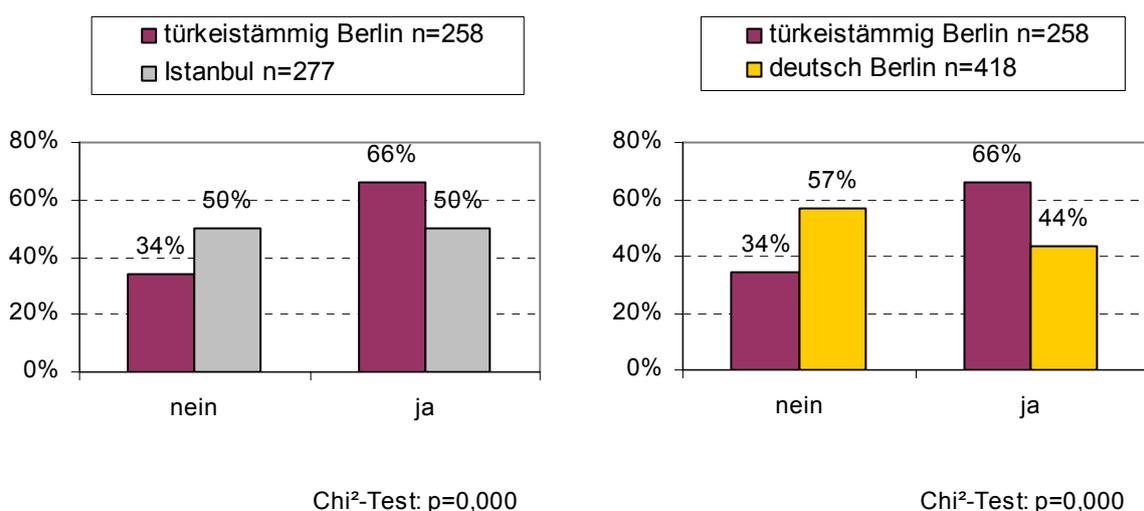
Beim Betrachten der Erwartungshaltung gegenüber Wechseljahresbeschwerden nach dem Menopausenstatus zeigte sich in allen drei Kollektiven sowohl bei prä- als auch postmenopausalen Frauen ein sehr ähnliches Antwortmuster ohne signifikante Unterschiede.

### 3.3.3 Arztbesuch wegen Wechseljahren

Die befragten Frauen konnten angeben, ob sie bisher einen Arzt oder eine Ärztin wegen der Wechseljahre aufgesucht hatten oder nicht (siehe Anhang Fragebogen Frage B29).

Etwa zwei Drittel der türkeistämmigen Frauen in Berlin berichteten, einen Arzt oder eine Ärztin wegen der Wechseljahre aufgesucht zu haben. Dies wurde im Vergleich prozentual weniger häufig von Frauen in Istanbul (50%) und von deutschen Frauen in Berlin (44%) berichtet. Insgesamt war zu beobachten, dass türkeistämmige Frauen im Vergleich zu den anderen beiden Befragungskollektiven signifikant häufiger im Zusammenhang mit den Wechseljahren einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht hatten (siehe Abb.12).

**Abbildung 12: Arztbesuch wegen Wechseljahren, nach Herkunft in %**



### **3.3.4 Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden**

#### **3.3.4.1 Wechseljahresbeschwerden nach Menopausenstatus**

Innerhalb der einzelnen Kollektive wurden die Angaben zu der subjektiv wahrgenommenen Beschwerdenstärke nach dem Menopausenstatus der Frauen stratifiziert. Dabei zeigten sich in den drei befragten Vergleichsgruppen unterschiedliche Häufigkeitsverteilungen nach der Beschwerdenintensität („mäßig“ oder „stark“). Bei der genaueren Betrachtung wurden „starke“ Beschwerden in den Beschwerdekategorien „körperliche Beschwerden“ und „psychosomatische Beschwerden“ prozentual häufiger von postmenopausalen als von prämenopausalen türkeistämmigen Frauen in Berlin sowie Frauen in Istanbul berichtet. Hingegen wurden „starke“ Beschwerden in der Beschwerdekategorie „vasomotorische und sexuelle Beschwerden“ prozentual häufiger von postmenopausalen als von prämenopausalen Frauen in Istanbul und deutschen Frauen in Berlin angegeben.

Zusammengefasst wurden „starke“ Beschwerden bei Frauen in Istanbul (in allen Beschwerdekategorien) und bei türkeistämmigen Migrantinnen („körperliche Beschwerden“ und „psychosomatische Beschwerden“) überwiegend von postmenopausalen Frauen berichtet (siehe Tab.10).

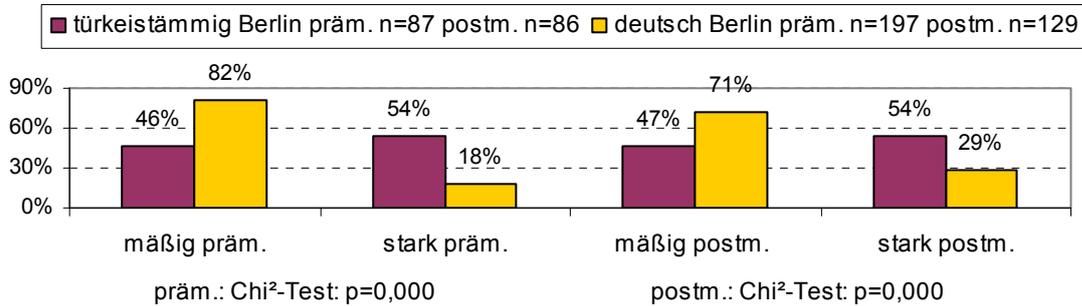
Tabelle 10: Wechseljahresbeschwerden, nach Menopausenstatus und Herkunft in %

Menopausenstatus	prämenopausal			postmenopausal			
Beschwerdenstärke	mäßig	stark	100%	mäßig	stark	100%	<i>Chi<sup>2</sup>-Test</i>
vasomotorische und sexuelle Beschwerden (%)							
deutsch Berlin	81,7	18,3	n=197	71,3	28,7	n=129	<i>p=0,027</i>
türkeistämmig Berlin	46	54	n=87	46,5	53,6	n=86	<i>p=0,944</i>
Istanbul	71,7	28,3	n=120	51,9	48,1	n=104	<i>p=0,002</i>
körperliche Beschwerden (%)							
deutsch Berlin	79,9	20,1	n=194	79,7	20,3	n=128	<i>p=0,963</i>
türkeistämmig Berlin	40,0	60,0	n=85	37,3	62,7	n=83	<i>p=0,724</i>
Istanbul	49,3	40,7	n=118	46,6	53,4	n=103	<i>p=0,059</i>
psychosomatische Beschwerden (%)							
deutsch Berlin	67,7	32,3	n=198	78,6	21,4	n=131	<i>p=0,030</i>
türkeistämmig Berlin	33,0	67,0	n=88	22,6	77,4	n=84	<i>p=0,131</i>
Istanbul	37,8	62,2	n=119	30,5	69,5	n=105	<i>p=0,248</i>

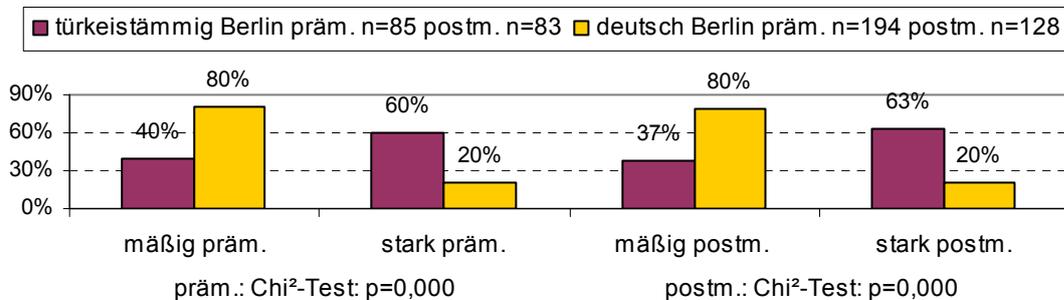
### 3.3.4.2 Wechseljahresbeschwerden im Vergleich zwischen türkeistämmigen und deutschen Frauen in Berlin

Hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen Wechseljahresbeschwerden nach Einteilung in die beiden Kategorien der Beschwerdenintensität „mäßig“ und „stark“ unterscheiden sich die beiden Kollektive der befragten deutschen Frauen und türkeistämmigen Frauen in Berlin in allen festgelegten drei Kategorien „vasomotorische und sexuelle Beschwerden“, „körperliche Beschwerden“ und „psychosomatische Beschwerden“ signifikant sowohl innerhalb der Subgruppe der prämenopausalen, als auch der postmenopausalen Frauen. Insgesamt gaben türkeistämmige Frauen im Vergleich zu deutschen Frauen in den Kategorien „vasomotorische und sexuelle Beschwerden“ und „psychosomatische Beschwerden“ proportional mehr als doppelt so häufig und in der Kategorie „körperliche Beschwerden“ etwa dreimal so häufig „starke“ Beschwerden an (siehe Abb.13-15).

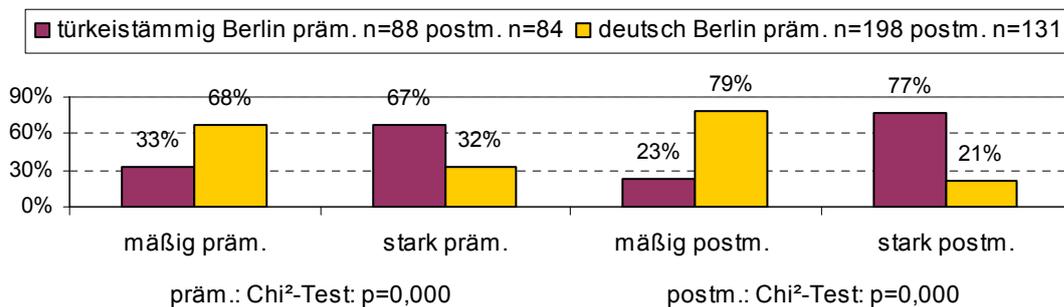
**Abbildung 13: „Vasomotorische und sexuelle Beschwerden“, nach Menopausenstatus in % (türkeistämmig Berlin und deutsch Berlin)**



**Abbildung 14: „Körperliche Beschwerden“, nach Menopausenstatus in % (türkeistämmig Berlin und deutsch Berlin)**



**Abbildung 15: „Psychosomatische Beschwerden“, nach Menopausenstatus in % (türkeistämmig Berlin und deutsch Berlin)**



Insgesamt wurden „starke“ Beschwerden v.a. in der Kategorie „psychosomatische Beschwerden“ (TB: 77%; DB: 32%) genannt. Von prämenopausalen Frauen wurden in beiden Vergleichsgruppen am häufigsten „starke“ Beschwerden der Rangfolge nach in den Kategorien „psychosomatische Beschwerden“, „körperliche Beschwerden“ und „vasomotorische und

sexuelle Beschwerden“ berichtet. Bei den befragten postmenopausalen Frauen war jedoch die Rangfolge in beiden Kollektiven unterschiedlich (siehe Tab.11).

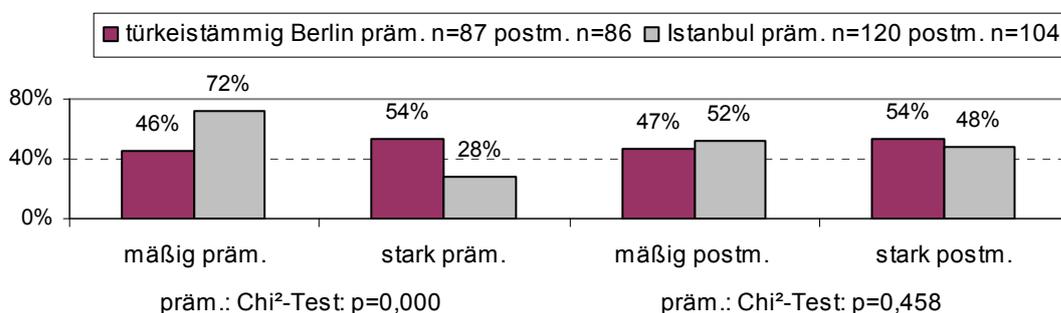
**Tabelle 11: „Starke“ Wechseljahresbeschwerden, nach Menopausenstatus und Rangfolge in % (türkeistämmig Berlin und deutsch Berlin)**

Beschwerden nach Rangfolge		psychosomatische Beschwerden	körperliche Beschwerden	vasomotorische und sexuelle Beschwerden
deutsch Berlin	prämenopausal	1 (32,3%)	2 (20,1%)	3 (18,3%)
	postmenopausal	2 (21,4%)	3 (20,3%)	1 (28,7%)
türkeist. Berlin	prämenopausal	1 (67%)	2 (60%)	3 (54%)
	postmenopausal	1 (77,4%)	2 (62,7%)	3 (53,5%)

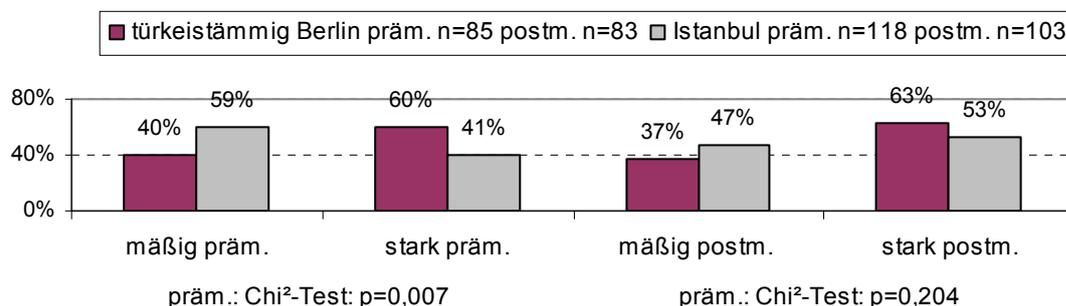
### 3.3.4.3 Wechseljahresbeschwerden im Vergleich zwischen türkeistämmigen Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul

Die befragten türkeistämmigen Frauen in Berlin, sowohl prä- als auch postmenopausal, gaben im Vergleich zu den Frauen in Istanbul in allen drei Beschwerdekategorien insgesamt prozentual häufiger „starke“ Beschwerden an. Die Unterschiede waren für zwei von sechs Gruppenvergleichen, nämlich für prämenopausale Frauen bei „vasomotorischen und sexuellen Beschwerden“ und „körperlichen Beschwerden“ statistisch signifikant (siehe Abb. 16-18).

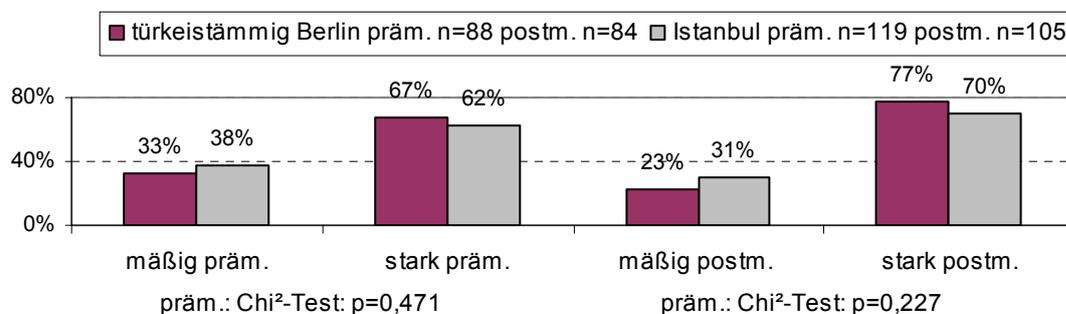
**Abbildung 16: „Vasomotorische und sexuelle Beschwerden“, nach Menopausenstatus in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul)**



**Abbildung 17: „Körperliche Beschwerden“, nach Menopausenstatus in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul)**



**Abbildung 18: „Psychosomatische Beschwerden“, nach Menopausenstatus in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul)**



Insgesamt wurden „starke“ Beschwerden am häufigsten in der Kategorie „psychosomatische Beschwerden“ (TB: 77,4%; TI: 69,5%) genannt. Weiterhin wurden in beiden Kollektiven „starke“ Beschwerden übereinstimmend, von prä- und postmenopausalen Frauen, der Rangfolge nach in den Kategorien „psychosomatische Beschwerden“, „körperliche Beschwerden“ und „vasomotorische und sexuelle Beschwerden“ berichtet (siehe Tab.12).

**Tabelle 12: „Starke“ Wechseljahresbeschwerden, nach Menopausenstatus und Rangfolge in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul)**

Beschwerden nach Rangfolge		psychosomatische Beschwerden	körperliche Beschwerden	vasomotorische und sexuelle Beschwerden
Istanbul	prämenopausal	1 (62,2%)	2 (40,7%)	3 (28,3%)
	postmenopausal	1 (69,5%)	2 (53,4%)	3 (48,1%)
türkeist. Berlin	prämenopausal	1 (67,0%)	2 (60,0%)	3 (54,0%)
	postmenopausal	1 (77,4%)	2 (62,7%)	3 (53,5%)

### 3.3.4.4 Wechseljahresbeschwerden nach Bildungsstatus und Alphabetisierung

#### *Wechseljahresbeschwerden nach Bildungsstatus*

Betrachtet man in allen drei Untersuchungskollektiven die prozentualen Häufigkeiten von „mäßig“ oder „stark“ wahrgenommenen Wechseljahresbeschwerden nach dem formalen Bildungsstatus, so zeigen sich im Übersichtsbild folgende Tendenzen: Insgesamt war der proportionale Anteil an „starken“ Beschwerden bei Frauen, die nach unserer Einteilung unter einem „niedrigerem Bildungsstatus“ zusammengefasst wurden höher als bei Frauen mit einem „höherem Bildungsstatus“. Insbesondere berichteten sowohl prä- als auch postmenopausale türkeistämmige Frauen in Berlin sowie Frauen in Istanbul mit einem „niedrigerem Bildungsstatus“ in den Kategorien „körperliche Beschwerden“ und „psychosomatische Beschwerden“ prozentual häufiger von „starken“ Beschwerden als die Frauen mit einem „höherem Bildungsstatus“. Auffällig ist besonders in der Kategorie „psychosomatische Beschwerden“ der hohe Anteil an prä- und postmenopausalen Frauen mit einem „niedrigerem Bildungsstatus“ mit „starken“ Beschwerden (TB: 76,9% resp. 82,4%; TI: 77,6% resp. 83,3%).

Nach unserer Kategorisierung des Bildungsgrades ergab sich bei den befragten deutschen Frauen eine Fallzahl von Frauen mit einem „niedrigerem Bildungsstatus“ von n=12 und war somit zu klein für eine aussagekräftige Auswertung hinsichtlich dieser Fragestellung.

Von Frauen mit einem „höheren Bildungsstatus“ bei deutschen Studienteilnehmerinnen in Berlin und Frauen in Istanbul wurden im Vergleich zu Frauen mit einem „niedrigeren Bildungsstatus“ in allen drei Beschwerdekategorien prozentual häufiger „mäßige“ Beschwerden angegeben. Beim näheren Betrachten fällt jedoch auf, dass im türkeistämmigen Studienkollektiv in Berlin auch Frauen mit einem „höheren Bildungsstatus“ in allen Beschwerdekategorien deutlich häufiger „starke“ Beschwerden angaben als die anderen beiden Vergleichskollektive (siehe Tab.13).

**Tabelle 13: Wechseljahresbeschwerden, nach Bildungsstatus, Menopausenstatus und Herkunft in %**

Bildungsstatus		niedrigere Bildung			höhere Bildung			Chi <sup>2</sup> -Test
Beschwerdenstärke		mäßig	stark	100%	mäßig	stark	100%	
vasomotorische und sexuelle Beschwerden (%)								
deutsch	prämenopausal	50,0	50,0	n=2	82,4	17,6	n=193	<i>p=0,235</i>
Berlin	postmenopausal	50,0	50,0	n=2	71,4	28,6	n=126	<i>p=0,507</i>
türkeistämmig	prämenopausal	39,6	60,4	n=53	55,9	44,1	n=34	<i>p=0,138</i>
Berlin	postmenopausal	50,9	49,1	n=53	38,7	61,3	n=31	<i>p=0,278</i>
Istanbul	prämenopausal	59,3	40,7	n=59	85,0	15,0	n=60	<i>p=0,002</i>
	postmenopausal	47,0	53,0	n=66	60,5	39,5	n=38	<i>p=0,183</i>
körperliche Beschwerden (%)								
deutsch	prämenopausal	50,0	50,0	n=2	80,6	19,4	n=191	<i>p=0,279</i>
Berlin	postmenopausal	0,0	100	n=2	80,8	19,2	n=125	<i>p=0,005</i>
türkeistämmig	prämenopausal	29,4	70,6	n=51	55,9	44,1	n=34	<i>p=0,015</i>
Berlin	postmenopausal	29,4	70,6	n=51	46,7	53,3	n=30	<i>p=0,118</i>
Istanbul	prämenopausal	37,9	62,1	n=58	79,7	20,3	n=59	<i>p=0,000</i>
	postmenopausal	35,4	64,6	n=65	65,8	34,2	n=38	<i>p=0,003</i>
psychosomatische Beschwerden (%)								
deutsch	prämenopausal	100	0	n=2	67,5	32,5	n=194	<i>p=0,328</i>
Berlin	postmenopausal	0	100	n=2	79,7	20,3	n=128	<i>p=0,007</i>
türkeistämmig	prämenopausal	23,1	76,9	n=52	47,2	52,8	n=36	<i>p=0,018</i>
Berlin	postmenopausal	17,6	82,4	n=51	32,3	67,7	n=31	<i>p=0,128</i>
Istanbul	prämenopausal	22,4	77,6	n=58	53,3	46,7	n=60	<i>p=0,001</i>
	postmenopausal	16,7	83,3	n=66	53,8	46,2	n=39	<i>p=0,000</i>

**Wechseljahresbeschwerden nach Alphabetisierung**

Zur näheren Beurteilung, ob sich türkeistämmige Frauen und Frauen in Istanbul hinsichtlich der subjektiv empfundenen Beschwerdestärke nach dem Alphabetisierungsgrad unterscheiden, wurden alle drei Beschwerdenkategorien nach der Lesekundigkeit (in Türkisch) stratifiziert.

Hierbei zeigte sich, dass in beiden Kollektiven sowohl prä- als auch postmenopausale Frauen mit „kaum oder gar keinen“ Lesekenntnissen insgesamt prozentual deutlich häufiger „starke“ als

vergleichsweise „mäßige“ Beschwerden in allen drei Beschwerdekategorien angaben. Gleichzeitig berichteten alle Frauen mit „kaum oder gar keinen“ Lesekenntnissen auch im Vergleich zu Frauen mit „ausreichend bis guter“ Lesekundigkeit häufiger von „starken“ Beschwerden (siehe Tab.14). Aufgrund der geringen Fallzahl (n=2) konnten deutsche Frauen in Berlin mit „kaum oder gar keinen“ Lesekenntnissen (in Deutsch) nicht in dieser Auswertung berücksichtigt werden.

**Tabelle 14: Wechseljahresbeschwerden, nach Alphabetisierung, Menopausenstatus in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul)**

Lesekundigkeit (in Türkisch)		gar nicht / kaum			ausreichend bis gut			Chi <sup>2</sup> -Test
Beschwerdenstärke		mäßig	stark	100%	mäßig	stark	100%	
vasomotorische und sexuelle Beschwerden (%)								
türkeistämmig	prämenopausal	29,4	70,6	n=17	48,5	51,5	n=68	<i>p=0,156</i>
Berlin	postmenopausal	41,7	58,3	n=12	48,6	51,4	n=72	<i>p=0,656</i>
Istanbul	prämenopausal	40,9	59,1	n=22	78,9	21,1	n=95	<i>p=0,000</i>
	postmenopausal	39,0	61,0	n=41	58,3	41,7	n=60	<i>p=0,057</i>
körperliche Beschwerden (%)								
türkeistämmig	prämenopausal	31,2	68,8	n=16	40,3	59,7	n=67	<i>p=0,504</i>
Berlin	postmenopausal	25,0	75,0	n=12	40,6	59,4	n=69	<i>p=0,305</i>
Istanbul	prämenopausal	18,2	81,8	n=22	68,8	31,2	n=93	<i>p=0,000</i>
	postmenopausal	31,7	68,3	n=41	57,6	42,4	n=59	<i>p=0,011</i>
psychosomatische Beschwerden (%)								
türkeistämmig	prämenopausal	18,8	81,2	n=16	34,3	65,7	n=70	<i>p=0,227</i>
Berlin	postmenopausal	16,7	83,3	n=12	24,3	75,7	n=70	<i>p=0,563</i>
Istanbul	prämenopausal	9,1	90,9	n=22	43,6	56,4	n=94	<i>p=0,003</i>
	postmenopausal	16,7	83,3	n=42	36,7	63,3	n=60	<i>p=0,028</i>

### 3.3.4.5 Wechseljahresbeschwerden nach Erwerbstätigkeit

Aufgeschlüsselt nach den Angaben zur Erwerbstätigkeit („erwerbstätig“ vs. „nicht erwerbstätig“) zeigte sich im Überblick, dass „nicht erwerbstätige“ im Vergleich zu „erwerbstätigen“ Frauen (prä- und postmenopausal) in allen drei Vergleichskollektiven und in allen Beschwerdekategorien prozentual gesehen häufiger „starke“ als vergleichsweise „mäßige“ Beschwerden angaben. Bei näherer Betrachtung der einzelnen Kollektive fällt auf, dass sowohl „erwerbstätige“ als auch „nicht erwerbstätige“ türkeistämmige Migrantinnen in allen

Beschwerdekategorien prozentual häufiger „starke“ Beschwerden angaben als die anderen beiden Vergleichskollektive. Insgesamt berichtete mehr als die Hälfte der „nicht erwerbstätigen“ türkeistämmigen Frauen in Berlin in allen Beschwerdekategorien von „starken“ Beschwerden (Tab.15).

**Tabelle 15: Wechseljahresbeschwerden, nach Erwerbsstatus, Menopausenstatus und Herkunft in %**

Erwerbstätigkeit		erwerbstätig			nicht erwerbstätig			Chi <sup>2</sup> -Test
Beschwerdenstärke		mäßig	stark	100%	mäßig	stark	100%	
vasomotorische und sexuelle Beschwerden (%)								
deutsch	prämenopausal	84,4	15,6	n=154	72,1	27,9	n=43	<i>p=0,065</i>
Berlin	postmenopausal	74,7	25,3	n=99	60,0	40,0	n=30	<i>p=0,118</i>
türkeistämmig	prämenopausal	50,0	50,0	n=34	43,4	56,6	n=53	<i>p=0,546</i>
Berlin	postmenopausal	62,5	37,5	n=24	41,0	59,0	n=61	<i>p=0,074</i>
Istanbul	prämenopausal	84,0	16,0	n=25	68,5	31,5	n=92	<i>p=0,126</i>
	postmenopausal	53,8	46,2	n=13	50,6	49,4	n=89	<i>p=0,825</i>
körperliche Beschwerden (%)								
deutsch	prämenopausal	82,1	17,9	n=151	72,1	27,9	n=43	<i>p=0,148</i>
Berlin	postmenopausal	85,0	15,0	n=100	60,7	39,3	n=28	<i>p=0,005</i>
türkeistämmig	prämenopausal	54,5	45,5	n=33	30,8	69,2	n=52	<i>p=0,029</i>
Berlin	postmenopausal	65,2	34,8	n=23	27,1	72,9	n=59	<i>p=0,001</i>
Istanbul	prämenopausal	78,3	21,7	n=23	53,3	46,7	n=92	<i>p=0,030</i>
	postmenopausal	53,8	46,2	n=13	44,3	55,7	n=88	<i>p=0,520</i>
psychosomatische Beschwerden (%)								
deutsch	prämenopausal	70,8	29,2	n=154	56,8	43,2	n=44	<i>p=0,081</i>
Berlin	postmenopausal	82,2	17,8	n=101	66,7	33,3	n=30	<i>p=0,069</i>
türkeistämmig	prämenopausal	35,3	64,7	n=34	31,5	68,5	n=54	<i>p=0,711</i>
Berlin	postmenopausal	33,3	66,7	n=24	18,6	81,4	n=59	<i>p=0,149</i>
Istanbul	prämenopausal	54,2	45,8	n=24	31,5	68,5	n=92	<i>p=0,040</i>
	postmenopausal	53,8	46,2	n=13	26,7	73,3	n=90	<i>p=0,046</i>

### **3.3.4.6 Wechseljahresbeschwerden nach Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen**

In den folgenden Berechnungen wurden Wechseljahresbeschwerden nach Zufriedenheit mit den im Zuge einer Faktorenanalyse neu zusammengefassten drei Lebensbereichen „Familiäre- und Wohnsituation“, „Berufs- und Einkommenssituation“ und „Gesundheit und Leben insgesamt“ aufgeschlüsselt (siehe 2.3.3.). Berücksichtigt wurden in dieser Auswertung nur Fälle mit der Angabe „unzufrieden“ in mindestens einem der neu zusammengefassten Lebensbereiche vs. alle Fälle mit der Angabe „zufrieden“ in allen Lebensbereichen.

In der Übersicht der Ergebnisse wird zunächst deutlich, dass in allen drei Kollektiven Frauen, die „unzufrieden“ mit mindestens einem Lebensbereich waren, im Vergleich zu Frauen, die mit allen Lebensbereichen „zufrieden“ waren, häufiger „starke“ Symptome der Kategorie „körperliche Beschwerden“ und „psychosomatische Beschwerden“ angaben. Besonders hoch war dieser Anteil bei türkeistämmigen Migrantinnen im Vergleich zu den beiden anderen Kollektiven. Gleichzeitig fällt in den letztgenannten Beschwerdekategorien auf, dass prozentual weit mehr als die Hälfte der türkeistämmigen Frauen in Berlin und der Frauen in Istanbul, die „unzufrieden“ mit mindestens einem Lebensbereich waren, „starke“ Beschwerden angab. Im Gegensatz dazu berichtete von den befragten deutschen Frauen mehr als die Hälfte sowohl der jeweils „zufriedenen“ als auch „unzufriedenen“ Frauen von „mäßigen“ Beschwerden in allen drei Beschwerdekategorien (siehe Tab.16).

**Tabelle 16: Wechseljahresbeschwerden, nach Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen, Menopausenstatus und Herkunft in %**

		unzufrieden mit mind. einem Lebensbereich			zufrieden mit allen Lebensbereichen			<i>Chi<sup>2</sup>-Test</i>
		mäßig	stark	100%	mäßig	stark	100%	
Beschwerdenstärke								
vasomotorische und sexuelle Beschwerden (%)								
deutsch	prämenopausal	76,7	23,3	n=43	83,7	16,3	n=153	<i>p=0,295</i>
Berlin	postmenopausal	77,8	22,2	n=27	71,4	28,6	n=98	<i>p=0,512</i>
türkeistämmig	prämenopausal	52,0	48,0	n=25	42,6	57,4	n=54	<i>p=0,435</i>
Berlin	postmenopausal	55,3	44,7	n=38	44,7	55,3	n=38	<i>p=0,359</i>
Istanbul	prämenopausal	55,9	53,6	n=34	81,4	18,6	n=70	<i>p=0,006</i>
	postmenopausal	30,8	69,2	n=26	59,5	40,5	n=74	<i>p=0,012</i>
körperliche Beschwerden (%)								
deutsch	prämenopausal	73,2	26,8	n=41	82,8	17,2	n=151	<i>p=0,166</i>
Berlin	postmenopausal	76,9	23,1	n=26	80,6	19,4	n=98	<i>p=0,677</i>
türkeistämmig	prämenopausal	16,0	84,0	n=25	50,0	50,0	n=54	<i>p=0,004</i>
Berlin	postmenopausal	23,7	76,3	n=38	55,6	44,4	n=36	<i>p=0,005</i>
Istanbul	prämenopausal	44,1	55,9	n=34	68,1	31,9	n=69	<i>p=0,019</i>
	postmenopausal	23,1	76,9	n=26	52,7	47,3	n=74	<i>p=0,009</i>
psychosomatische Beschwerden (%)								
deutsch	prämenopausal	53,5	46,5	n=43	71,9	28,1	n=153	<i>p=0,022</i>
Berlin	postmenopausal	66,7	33,3	n=27	83,0	17,0	n=100	<i>p=0,062</i>
türkeistämmig	prämenopausal	20,0	80,0	n=25	39,3	60,7	n=56	<i>p=0,089</i>
Berlin	postmenopausal	18,9	81,1	n=37	27,0	73,0	n=37	<i>p=0,407</i>
Istanbul	prämenopausal	23,5	76,5	n=34	48,6	51,4	n=70	<i>p=0,015</i>
	postmenopausal	11,5	88,5	n=26	36,0	64,0	n=75	<i>p=0,019</i>

### 3.3.4.7 Wechseljahresbeschwerden nach Deutschkenntnissen bei türkeistämmigen Frauen in Berlin

Zur Beurteilung möglicher Unterschiede hinsichtlich der subjektiv empfundenen Beschwerdestärke („mäßig“ oder „stark“) nach Deutschkenntnissen bei türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin wurden, unter Berücksichtigung des Menopausenstatus, die drei Beschwerdekategorien nach der eigenen Einschätzung der Deutschkenntnisse in der Kategorie „deutsch verstehen“ („gar nicht/ kaum“ oder „ausreichend bis gut“) stratifiziert.

In den Beschwerdekategorien „körperliche Beschwerden“ und „psychosomatische Beschwerden“ (prä- und postmenopausal) und „vasomotorische und sexuelle Beschwerden“ (postmenopausal) wurden „starke“ Beschwerden prozentual häufiger von Frauen, welche „gar nicht oder kaum“ deutsch verstehen konnten genannt. Demgegenüber berichteten prämenopausale Frauen mit „ausreichend bis guten“ Deutschkenntnissen prozentual häufiger von „starken“ Symptomen in der Kategorie „vasomotorische und sexuelle Beschwerden“ (siehe Tab.17).

**Tabelle 17: Wechseljahresbeschwerden, nach Deutschkenntnissen in % (türkeistämmig Berlin)**

Deutsch verstehen (türkeistämmig Berlin)	gar nicht / kaum			ausreichend bis gut			<i>Chi<sup>2</sup>-Test</i>
	mäßig	stark	100%	mäßig	stark	100%	
vasomotorische und sexuelle Beschwerden (%)							
prämenopausal	55,0	45,0	n=20	42,6	57,4	n=61	<i>p=0,335</i>
postmenopausal	42,9	57,1	n=28	50,9	49,1	n=55	<i>p=0,488</i>
körperliche Beschwerden (%)							
prämenopausal	15,8	84,2	n=19	45,0	55,0	n=60	<i>p=0,022</i>
postmenopausal	35,7	64,3	n=28	38,5	61,5	n=52	<i>p=0,809</i>
psychosomatische Beschwerden (%)							
prämenopausal	21,1	78,9	n=19	34,9	65,1	n=63	<i>p=0,255</i>
postmenopausal	17,9	82,1	n=28	26,4	73,6	n=53	<i>p=0,387</i>

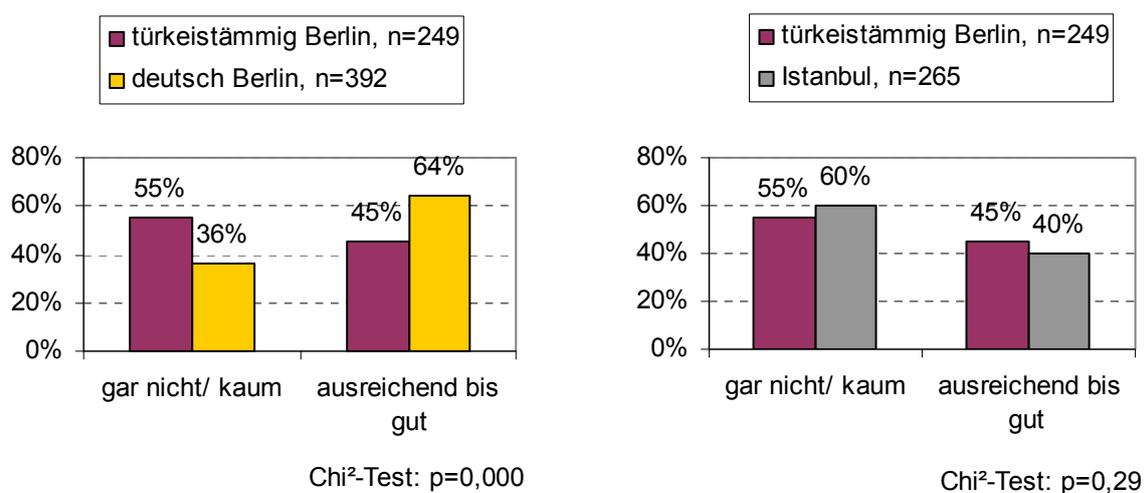
### 3.4 Menopausale Hormontherapie

#### 3.4.1 Informiertheit über die menopausale Hormontherapie

Die Befragungsteilnehmerinnen wurden aufgefordert, den eigenen Informiertheitsgrad über die menopausale HT (nach eigener Einschätzung) auf einer Skala von 0 (gar nicht) bis 10 (ausgezeichnet) anzugeben (siehe Anhang Fragebogen Frage C40). Im Zuge der Datenanalyse galt besonderes Interesse denjenigen Frauen, die ihre eigene Informiertheit hinsichtlich der HT als schlecht einschätzten. In der folgenden Auswertung soll diese Subgruppe der Frauen mit allen anderen Frauen verglichen werden, die nach eigener Einschätzung vergleichsweise besser informiert war. In diesem Sinne wurden die Angaben der Befragten in die beiden Kategorien „gar nicht/ kaum“ (0-3) und „ausreichend bis gut“ (4-10) zusammengefasst (siehe 2.3.3.).

Vergleicht man die Angaben zur Einschätzung der eigenen HT-Informiertheit zwischen türkeistämmigen und deutschen Frauen in Berlin, so unterscheiden sich diese beiden Kollektive signifikant. Im Gegensatz zu 36% der deutschen Frauen gab mehr als die Hälfte der Migrantinnen in Berlin (55%) an, „gar nicht oder kaum“ über die HT informiert zu sein. Von den befragten Frauen in Istanbul berichteten etwa 60% der Frauen in Istanbul „gar nicht oder kaum“ über die HT informiert zu sein und zeigten somit eine ähnliche Einschätzung ihres subjektiven Informiertheitsgrades über die HT wie das befragte türkeistämmige Kollektiv in Berlin (siehe Abb.19).

**Abbildung 19: Subjektive Informiertheit über die HT, nach Herkunft in %**



### 3.4.1.1 Informiertheit über die Hormontherapie nach Menopausenstatus

Im Folgenden wurden die Angaben der Studienteilnehmerinnen über die eigene Einschätzung der Informiertheit über die HT nach dem Menopausenstatus (prämenopausal vs. postmenopausal) aufgeschlüsselt.

Insgesamt schätzten jeweils mehr postmenopausale als prämenopausale türkeistämmige Frauen (48% vs. 41%) bzw. deutsche Frauen (73% vs. 62%) in Berlin die eigene Informiertheit als „ausreichend bis gut“ ein, wobei die Unterschiede nur im deutschen Kollektiv statistisch signifikant waren. Im Gegensatz dazu war die eigene Einschätzung der Informiertheit über die HT bei prä- und postmenopausalen Frauen in Istanbul (39% vs. 37%) sehr ähnlich (siehe Tab.18).

**Tabelle 18: Informiertheit über die HT, nach Menopausenstatus und Herkunft in %**

Informiertheit über die HT nach Menopausenstatus	gar nicht/ kaum informiert %	ausreichend bis gut informiert %	Gesamt 100%
türkeistämmig Berlin (n=173)			
prämenopausal	58,6	41,4	n=87
postmenopausal	52,3	47,7	n=86
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,405</i>			
deutsch Berlin (n=316)			
prämenopausal	38,3	61,7	n=193
postmenopausal	26,8	73,2	n=123
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,035</i>			
Istanbul (n=218)			
prämenopausal	61,2	38,8	n=116
postmenopausal	62,7	37,3	n=102
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,815</i>			

### 3.4.1.2 Informiertheit über Hormontherapie nach Bildungsstatus und Alphabetisierung

#### *Informiertheit über Hormontherapie nach Bildungsstatus*

Im Weiteren soll die eigene Einschätzung der Informiertheit über die HT nach dem formalen Bildungsstatus („niedrigerer Bildungsstatus“ vs. „höherer Bildungsstatus“) betrachtet werden. Dabei stellen sich zwischen Frauen mit einem „niedrigeren“ und Frauen mit einem „höherem Bildungsstatus“ sowohl bei den befragten türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin als auch bei Frauen in Istanbul statistisch signifikante Unterschiede heraus. So gab die Mehrheit der Frauen mit einem „niedrigeren Bildungsgrad“ in beiden Kollektiven an, „gar nicht oder kaum“ über die HT informiert zu sein. Jedoch war dieser Anteil mit 82% in Istanbul höher als mit 63% im türkeistämmigen Kollektiv in Berlin. Aufgrund der geringen Fallzahl bei Frauen mit einem „niedrigerem Bildungsstatus“ im deutschen Kollektiv (n=8) konnten diese bei dieser Fragestellung nicht berücksichtigt werden.

Demgegenüber gab in allen drei Kollektiven die Mehrheit der Frauen mit einem „höherem Bildungsgrad“ an, „ausreichend bis gut“ über die HT informiert zu sein (siehe Tab.19).

**Tabelle 19: Informiertheit über die HT, nach Bildungsstatus und Herkunft in %**

Informiertheit über die HT nach Bildungsstatus	gar nicht/ kaum informiert %	ausreichend bis gut informiert %	Gesamt 100%
türkeistämmig Berlin (n=245)			
niedrigerer Bildungsgrad	62,6	37,4	n=155
höherer Bildungsgrad	42,2	57,8	n=90
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,002</i>			
Istanbul (n=262)			
niedrigerer Bildungsgrad	82,4	17,6	n=142
höherer Bildungsgrad	32,5	67,5	n=120
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,000</i>			
deutsch Berlin (n=390)			
niedrigerer Bildungsgrad	75,0	25,0	n=8
höherer Bildungsgrad	34,8	65,2	n=382
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,019</i>			

### ***Informiertheit über die Hormontherapie nach Alphabetisierung bei türkeistämmigen Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul***

Innerhalb der beiden Kollektive mit türkeistämmigen Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul zeigten sich hinsichtlich der eigenen Einschätzung der Informiertheit über die HT signifikante Unterschiede zwischen Frauen, deren Angaben zu ihren Lesekenntnisse (in Türkisch) unter „gar nicht oder kaum“ und unter „ausreichend bis gut“ zusammengefasst wurden. Im Einzelnen gaben etwa drei Viertel der befragten türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin mit „gar nicht oder kaum“ Lesekenntnissen an, zugleich „gar nicht oder kaum“ über die HT informiert zu sein. Mit etwa 97% war in Istanbul der Anteil an Frauen mit fehlenden oder geringen Lesekenntnissen, die angaben, „gar nicht oder kaum“ über die HT informiert zu sein, im Vergleich dazu höher (siehe Tab.20).

**Tabelle 20: Informiertheit über die HT, nach Alphabetisierung in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul)**

Informiertheit über die HT nach Alphabetisierung		gar nicht/ kaum informiert %	ausreichend bis gut informiert %	Gesamt 100%
türkeistämmig Berlin (n=242)				
Türkisch Lesen	gar nicht/kaum	73,5	26,5	n=49
	ausreichend bis gut	49,7	50,3	n=193
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,003</i>				
Istanbul (n=261)				
Türkisch Lesen	gar nicht/kaum	97,2	2,8	n=72
	ausreichend bis gut	45,0	55,0	n=189
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,000</i>				

#### **3.4.1.3 Informiertheit über die Hormontherapie nach Hormontherapie-Anwendung**

Um betrachten zu können, wie gut sich Frauen, die bereits Erfahrungen mit einer HT-Anwendung hatten, nach eigenen Einschätzungen über die HT informiert fühlten, wurden im Folgenden Angaben über das bisherige HT-Anwendungsverhalten (zugeordnet in „niemals HT-Anwendung“ vs. „früher oder aktuelle Anwendung“) nach dem subjektiven Informiertheitsgrad über die HT stratifiziert. Im Ergebnis wurden in allen drei Kollektiven statistisch signifikante Unterschiede deutlich.

Insgesamt zeigte sich, dass in allen drei Kollektiven prozentual weit mehr Befragungsteilnehmerinnen, die eine aktuelle oder frühere HT-Anwendung angaben, sich gleichzeitig auch „ausreichend bis gut“ über die HT informiert fühlten. Dabei fiel beim Vergleich nach Herkunft jedoch auf, dass unter den Frauen mit HT-Anwendungserfahrungen der prozentual größte Anteil an Frauen mit einer „ausreichend bis guten“ Informiertheit bei deutschen Frauen in Berlin (78%) und der vergleichsweise kleinste Anteil bei türkeistämmigen Frauen in Berlin (54%) zu verzeichnen war.

Weiterhin schätzten ungefähr zwei Drittel jeweils der türkeistämmigen Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul ohne HT-Anwendungserfahrungen sich als schlecht informiert ein, wogegen im deutschen Kollektiv in Berlin auch die Mehrheit der Frauen ohne HT-Anwendungserfahrungen sich als „ausreichend bis gut“ informiert fühlte (siehe Tab.21).

**Tabelle 21: Informiertheit über die HT, nach HT-Anwendung und Herkunft in %**

Informiertheit über HT nach HT-Anwendung		gar nicht/ kaum informiert %	ausreichend bis gut informiert %	Gesamt
türkeistämmig Berlin (n=240)				
HT-Anwendung	nie	62,2	37,8	n=127
	früher oder jetzt	46,0	54,0	n=113
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,012</i>				
Istanbul (n=263)				
HT-Anwendung	nie	66,5	33,5	n=203
	früher oder jetzt	35,0	65,0	n=60
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,000</i>				
deutsch Berlin (n=385)				
HT-Anwendung	nie	46,1	53,9	n=232
	früher oder jetzt	20,3	79,7	n=153
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,000</i>				

#### **3.4.1.4 Informiertheit über die Hormontherapie nach Deutschkenntnissen bei türkeistämmigen Frauen in Berlin**

Berücksichtigt man im türkeistämmigen Kollektiv in Berlin bei der subjektiven Bewertung der Informiertheit über die HT die Deutschkenntnisse der Frauen („Deutsch verstehen“ und „Deutsch sprechen“), zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen Frauen deren

Angaben zu ihren Deutschkenntnissen in „gar nicht oder kaum“ und „ausreichend bis gut“ zugeordnet wurden.

Jeweils ein Viertel der Frauen, welche demnach „gar nicht oder kaum“ Deutsch verstehen (26%) oder sprechen (26%) konnten, haben sich als „ausreichend bis gut“ über die HT informiert eingeschätzt. Demgegenüber gab jeweils mehr als die Hälfte der Frauen mit „ausreichend bis guten“ Deutschkenntnissen zugleich auch „ausreichend bis gute“ Informiertheit über die HT an (siehe Tab.22).

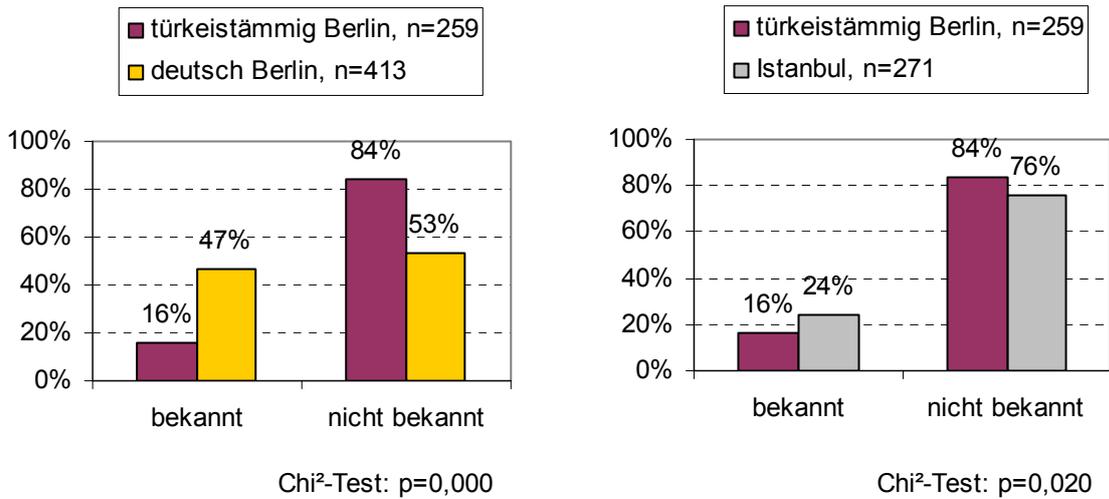
**Tabelle 22: Informiertheit über die HT, nach Deutschkenntnissen in % (türkeistämmig Berlin)**

Informiertheit über die HT nach Deutschkenntnissen		gar nicht/ kaum informiert %	ausreichend bis gut informiert %	Gesamt 100%
Deutsch verstehen	gar nicht/kaum	73,8	26,2	n=65
	ausreichend bis gut	49,1	50,9	n=173
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,001</i>				
Deutsch sprechen	gar nicht/kaum	74,0	26,0	n=73
	ausreichend bis gut	46,2	53,8	n=169
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,000</i>				

### 3.4.1.5 Bekanntheitsgrad der WHI-Studie

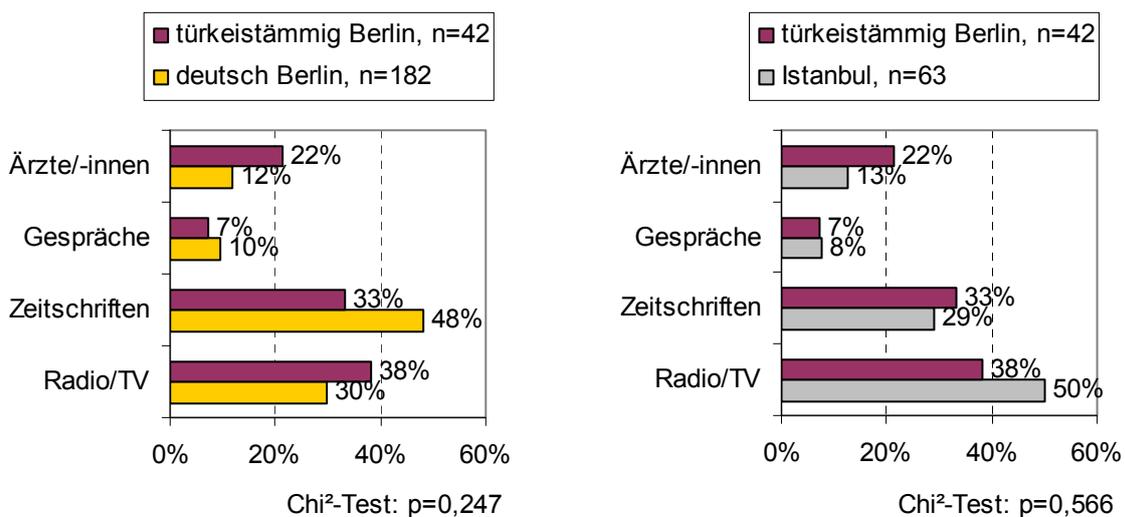
Etwa 84% der befragten türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin und 76% der Frauen in Istanbul hatten nach eigenen Angaben noch nie von der WHI-Studie gehört oder gelesen. Demgegenüber war die WHI-Studie fast der Hälfte der befragten deutschen Frauen in Berlin (47%) bekannt (siehe Anhang Fragebogen Frage C35). Insgesamt unterschieden sich türkeistämmige Frauen in Berlin hinsichtlich der Kenntnis über die WHI-Studie statistisch signifikant von Frauen in Istanbul sowie von deutschen Frauen in Berlin (siehe Abb.20).

**Abbildung 20: Bekanntheitsgrad der WHI-Studie, nach Herkunft in %**



Gefragt nach der Quelle, über welche die Befragten von der WHI-Studie erfahren hatten, gab jeweils die Mehrheit in allen drei Kollektiven Medien an (Radio bzw. TV, Zeitschriften). Auffällig war jedoch, dass die befragten türkeistämmigen Frauen in Berlin im Vergleich zu den deutschen Frauen und den Frauen in Istanbul weit weniger häufig über die Medien (TB: 63%; DB: 86%; TI: 79%) von der WHI-Studie erfahren hatten. Zudem gaben die Befragten im türkeistämmigen Kollektiv in Berlin häufiger Ärzte/-innen (TB: 22%; DB: 12%; TI: 13%) als Informationsquelle an (siehe Abb.21).

**Abbildung 21: Quelle der Information über die WHI-Studie, nach Herkunft in %**



### 3.4.1.6 Meinung zum Einfluss der Hormontherapie auf eigene Gesundheit

Die Studienteilnehmerinnen wurden zu ihrer Meinung befragt, ob man die eigene Gesundheit in den Wechseljahren und danach durch die Anwendung einer HT beeinflussen kann. Als Antwortmöglichkeiten wurden „weiß nicht“, „Vor- und Nachteile gleich“, „ja, nachteilig“, „ja, günstig“ und „nein, überhaupt nicht“ vorgegeben (siehe Anhang Fragebogen Frage C39).

Die Meinungen der türkeistämmigen Frauen in Berlin unterschieden sich signifikant sowohl von denen der Frauen in Istanbul, als auch der deutschen Frauen in Berlin. In der Rangfolge der gewählten Antworten gaben türkeistämmige Frauen in Berlin (38%) und Frauen in Istanbul (49%) zunächst am häufigsten an, nicht zu wissen, ob die menopausale HT einen Einfluss auf die Gesundheit in den Wechseljahren und danach haben kann. Hingegen wurde von deutschen Frauen in Berlin am häufigsten die Antwortmöglichkeit „Vor- und Nachteile gleich“ (35%) gewählt, an zweiter Stelle gefolgt von „weiß nicht“ (24%). Weiterhin fällt auf, dass prozentual mehr türkeistämmige Migrantinnen an einen günstigen als einen nachteiligen (21% vs. 17%) Einfluss der HT auf die Gesundheit in den Wechseljahre und danach glaubten, als im Vergleich dazu Frauen in Istanbul (12% vs. 16%) und deutsche Frauen in Berlin (16% vs. 21%).

Dass die HT gar keinen Einfluss auf die Gesundheit in den Wechseljahren und danach habe, wurde in allen drei Kollektiven (TB: 4,8%; TI: 3,4%; DB: 4,9%) von nur wenigen Frauen angegeben (siehe Tab.23).

**Tabelle 23: Meinung zum Einfluss der HT auf eigene Gesundheit, nach Herkunft in %**

<b>Frage:</b> „Meinen Sie, dass man seine Gesundheit in den Wechseljahren und danach durch die Einnahme von Hormonen beeinflussen kann?“					
	Weiß ich nicht	Vor-/ Nachteile gleich	Ja, nachteilig	Ja, günstig	Nein, überhaupt nicht
	%	%	%	%	%
türkeistämmig Berlin (n=248)	37,9 Rang 1	19,8 Rang 3	16,9 Rang 4	20,6 Rang 2	4,8 Rang 5
Istanbul (n=267)	49,1 Rang 1	20,2 Rang 2	15,7 Rang 3	11,6 Rang 4	3,4 Rang 5
deutsch Berlin (n=405)	23,7 Rang 2	34,6 Rang 1	21,2 Rang 3	15,6 Rang 4	4,9 Rang 5

### ***Einfluss auf Meinung zur Hormontherapie***

Die Studienteilnehmerinnen in allen drei Kollektiven wurden gefragt, wer oder was ihre Meinung zu den Vor- und Nachteilen der Hormoneinnahme in oder nach den Wechseljahren am stärksten beeinflusst habe (siehe Anhang Fragebogen Frage C41). Im Zuge der Datenauswertung wurden die vorgegebenen Antwortkategorien unter „Ärzte“, „Medien“ und „Gespräche mit anderen Personen“ zusammengefasst (siehe 2.3.3.).

In der Rangfolge der gewählten Antwortmöglichkeiten gaben türkeistämmige Frauen in Berlin (77%) und Frauen in Istanbul (62%) am häufigsten an, in ihrer Meinung zu Vor- und Nachteilen der HT am stärksten durch Ärzte/-innen beeinflusst worden zu sein. Als stärkster Einflussfaktor wurden von deutschen Frauen in Berlin dagegen Medien (44%) angegeben, mit gefolgt von Ärzten/-innen (43%). Auffällig ist, dass bei türkeistämmigen Frauen in Berlin „Medien“ mit 11%, auch im Vergleich zu den befragten Frauen in Istanbul (25%), nach eigenen Angaben einen vergleichsweise geringen Einfluss auf die Meinung zu den Vor- und Nachteilen der HT hatten. Insgesamt unterschieden sich in diesem Zusammenhang türkeistämmige Frauen in Berlin statistisch signifikant sowohl von Frauen in Istanbul, als auch von deutschen Frauen in Berlin (siehe Tab.24).

**Tabelle 24: Einfluss auf Meinung zur HT, nach Herkunft in %**

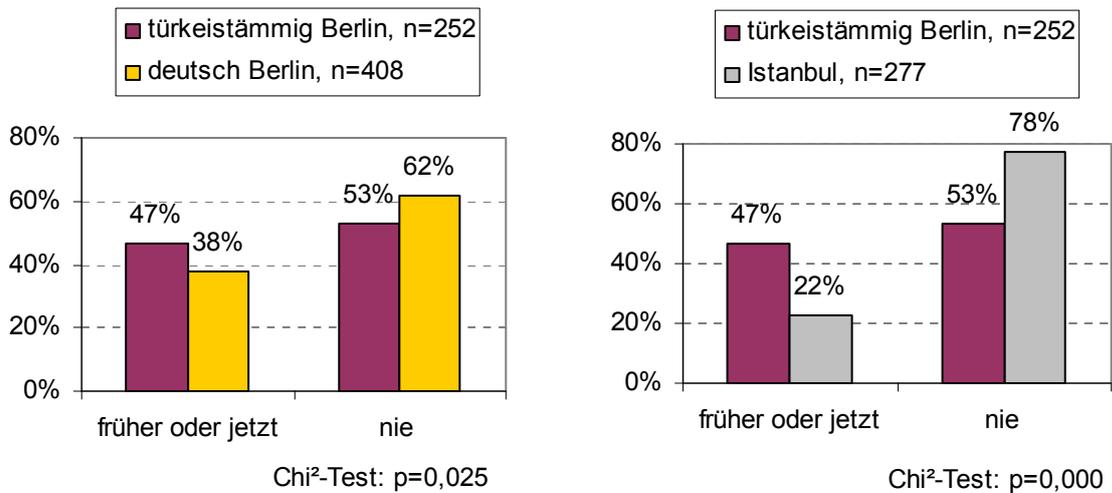
<b>Frage: „Wer oder was hat Ihre Meinung zu den Vor- und Nachteilen von Hormoneinnahme in oder nach den Wechseljahren am stärksten beeinflusst?“</b>				
	Ärzte/-innen	Medien	Gespräche mit anderen Personen	Gesamt
	%	%	%	100%
türkeistämmig Berlin	77,1 Rang 1	11,4 Rang 2	11,4 Rang 2	n=236
Istanbul	62,4 Rang 1	25,4 Rang 2	12,2 Rang 3	n=181
deutsch Berlin	43,4 Rang 2	44,3 Rang 1	12,3 Rang 3	n=357

### 3.4.2 Hormontherapie-Anwendung

Die Studienteilnehmerinnen konnten in den vier Antwortkategorien „nein, noch nie“, „ja, früher“, „ja, zur Zeit“ und „Weiß ich nicht genau“ angeben, ob sie zum Befragungszeitpunkt (im Folgenden: aktuelle HT-Anwendung) oder zu einem früheren Zeitpunkt Anwendungserfahrungen mit einer HT hatten (siehe Anhang Fragebogen Frage D42). Die Daten mit der Angabe der Kategorie „Weiß ich nicht genau“ wurden in den folgenden Auswertungen zum HT-Anwendungsverhalten nicht berücksichtigt.

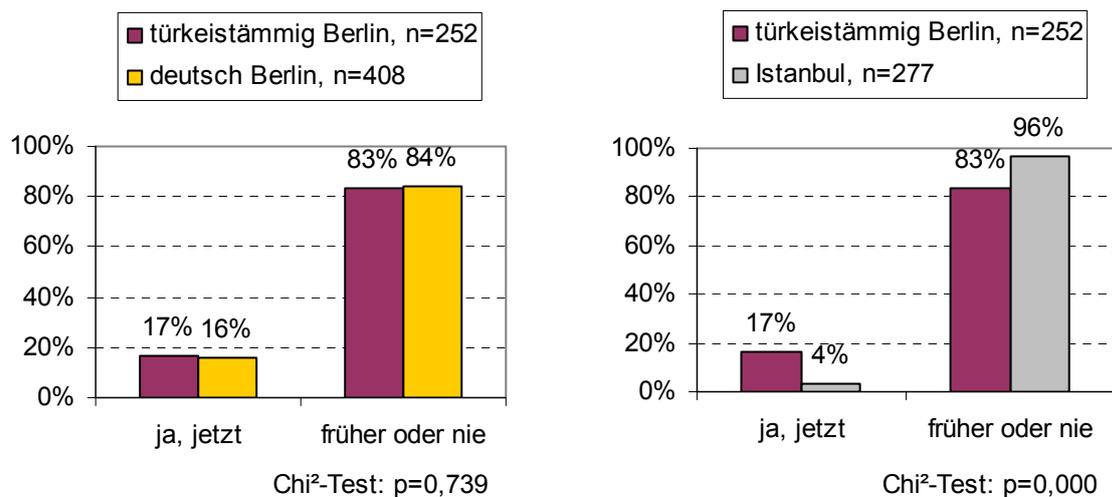
Im Überblick wird deutlich, dass unter den befragten türkeistämmigen Frauen in Berlin mit 47% (TI: 22%; DB: 38%) der relativ größte Anteil an Frauen mit HT-Erfahrungen war (frühere oder aktuelle Einnahme zusammengefasst). Das türkeistämmige Kollektiv unterschied sich in diesem Zusammenhang statistisch signifikant von den befragten Frauen in Istanbul und von deutschen Frauen in Berlin (siehe Abb.22).

**Abbildung 22: HT-Anwendung bisher, nach Herkunft in %**



Betrachtet man in den drei Kollektiven jeweils den prozentualen Anteil an aktuellen HT-Anwenderinnen zum Befragungszeitpunkt, so zeigt sich, dass türkeistämmige Frauen (17%) und deutsche Frauen in Berlin (16%) in etwa derselben Größenordnung eine aktuelle HT-Anwendung angaben. Dagegen unterschieden sich türkeistämmige Migrantinnen in Berlin signifikant von Frauen in Istanbul, für welche mit 4% eine im Vergleich weit geringere aktuelle HT-Anwendungsrate aufgezeigt werden konnte (siehe Abb.23).

**Abbildung 23: HT-Anwendung aktuell, nach Herkunft in %**



### 3.4.2.1 Aktuelle Hormontherapie–Anwendung nach Menopausenstatus

Das aktuelle HT-Anwendungsverhalten (Anwendung: „ja, jetzt“ vs. „früher oder nie“) wurde nach dem Menopausenstatus („prämenopausal“ vs. „postmenopausal“) stratifiziert. Es zeigten sich hierbei jeweils bei den türkeistämmigen Frauen und deutschen Frauen in Berlin keine signifikanten Unterschiede. Im Einzelnen wurde zum Befragungszeitpunkt eine aktuelle Hormoneinnahme im türkeistämmigen Kollektiv in Berlin prozentual häufiger von prämenopausalen Frauen angegeben (15% vs. 11%). Im deutschen Kollektiv in Berlin wurde dies hingegen prozentual häufiger von postmenopausalen (18%) als von prämenopausalen (13%) Frauen berichtet (siehe Tab.).

Aufgrund der geringen Fallzahl der HT-Anwenderinnen unter den befragten Frauen in Istanbul (n=6) ist eine Interpretation dieser Daten nicht sinnvoll (siehe Tab.25).

**Tabelle 25: Aktuelle HT-Anwendung, nach Menopausenstatus und Herkunft in %**

Aktuelle HT-Anwendung nach Menopausenstatus	HT-Anwendung jetzt %	HT-Anwendung früher oder nie %	Gesamt 100%
türkeistämmig Berlin (n=170)			
prämenopausal	15,3	84,7	n=85
postmenopausal	10,6	89,4	n=85
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,361</i>			
Istanbul (n=224)			
prämenopausal	2,5	97,5	n=120
postmenopausal	2,9	97,1	n=104
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,859</i>			
deutsch Berlin (n=326)			
prämenopausal	12,8	87,2	n=195
postmenopausal	17,6	82,4	n=131
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,237</i>			

### 3.4.2.2 Aktuelle Hormontherapie-Anwendung nach Bildungsstatus und Alphabetisierung

Weiterhin wurde das aktuelle HT-Anwendungsverhalten nach dem Bildungsstatus aufgeschlüsselt. Hierbei zeigte sich bei türkeistämmigen Frauen, dass ein größerer Anteil an Frauen mit „niedrigerem Bildungsstatus“ eine aktuelle HT-Anwendung angab als Frauen mit „höherem Bildungsstatus“ (18% vs. 14%); die Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant. Bei der Stratifizierung des aktuellen HT-Anwendungsverhaltens der Migrantinnen in Berlin nach dem Alphabetisierungsgrad konnten keine Unterschiede verzeichnet werden (siehe Tab.26 und Tab.27).

Aufgrund der geringen Fallzahl der deutschen Frauen mit „niedrigerem Bildungsstatus“ in Berlin (n=12) sowie an Frauen mit einer aktuellen HT-Anwendung in Istanbul (n=9 bzw. n=10) ist eine Interpretation der Daten für diese beiden Vergleichsgruppen nicht sinnvoll (siehe Tab.26 und Tab.27).

**Tabelle 26: Aktuelle HT-Anwendung, nach Bildungsstatus und Herkunft in %**

Aktuelle HT-Anwendung nach Bildungsstatus	HT-Anwendung jetzt %	HT-Anwendung früher oder nie %	Gesamt 100%
türkeistämmig Berlin (n=248)			
niedrigerer Bildungsgrad	17,9	82,1	n=156
höherer Bildungsgrad	14,1	85,9	n=92
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,434</i>			
Istanbul (n=274)			
niedrigerer Bildungsgrad	2,7	97,3	n=148
höherer Bildungsgrad	4,0	96,0	n=126
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,558</i>			
deutsch Berlin (n=405)			
niedrigerer Bildungsgrad	16,7	83,3	n=12
höherer Bildungsgrad	15,8	84,2	n=393
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,934</i>			

**Tabelle 27: Aktuelle HT-Anwendung, nach Alphabetisierung in % (türkeistämmig Berlin und Istanbul)**

Aktuelle HT-Anwendung nach Alphabetisierung		HT-Anwendung jetzt %	HT-Anwendung früher oder nie %	Gesamt 100%
türkeistämmig Berlin (n=244)				
Türkisch	gar nicht/kaum	15,2	84,8	n=46
	ausreichend bis gut	16,7	83,3	n=198
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,811</i>				
Istanbul (n=272)				
Türkisch	gar nicht/kaum	4,1	95,9	n=74
	ausreichend bis gut	3,5	96,5	n=198
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,840</i>				

### 3.4.2.3 Aktuelle Hormontherapie-Anwendung nach Deutschkenntnissen bei türkeistämmigen Frauen in Berlin

Nach Stratifizierung des aktuellen HT-Anwendungsverhaltens nach Kenntnissen in „Deutsch verstehen“ und „Deutsch sprechen“ („gar nicht/kaum“ vs. „ausreichend bis gut“) erschließen sich innerhalb des türkeistämmigen Kollektivs in Berlin keine signifikanten Unterschiede nach Deutschkenntnissen (siehe Tab.28).

**Tabelle 28: Aktuelle HT-Anwendung, nach Deutschkenntnissen in % (türkeistämmig Berlin)**

Aktuelle HT-Anwendung nach Deutschkenntnissen		HT-Anwendung jetzt %	HT-Anwendung früher oder nie %	Gesamt 100%
Deutsch verstehen	gar nicht/kaum	12,5	87,5	n=65
	ausreichend bis gut	18,6	81,4	n=173
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,262</i>				
Deutsch Sprechen	gar nicht/kaum	14,7	85,3	n=75
	ausreichend bis gut	17,5	82,5	n=171
<i>Chi<sup>2</sup>-Test: p=0,577</i>				

### 3.4.2.4 Einfluss auf Entscheidung zur Hormontherapie-Anwendung

Die Studienteilnehmerinnen in allen drei Kollektiven, welche bereits Erfahrungen mit einer HT-Anwendung hatten, wurden gefragt, auf welchen Rat oder Hinweis hin sie eine Behandlung mit Hormonen begonnen haben (siehe Anhang Fragenbogen Frage D44). Die vorgegebenen acht Antwortmöglichkeiten wurden im Zuge der Datenanalyse in folgende drei Kategorien zusammengefasst: „Ärzte/-innen“, „Gespräche mit anderen Personen“ (im persönlichen Umfeld) und „Medien“ (siehe 2.3.3.).

Das Ergebnis der Angaben der befragten Frauen zeigte, dass 100% der türkeistämmigen Frauen in Berlin, 98% der deutschen Frauen in Berlin und 98% der Frauen in Istanbul eine HT-Anwendung auf den Rat einer Ärztin oder eines Arztes hin begonnen hatten. Keine der Studienteilnehmerinnen gab an, eine HT-Einnahme auf Grund persönlicher Gespräche im privaten Umfeld begonnen zu haben (siehe Tab.29).

**Tabelle 29: Einfluss auf Entscheidung zur HT-Anwendung, nach Herkunft in %**

<b>Frage: „Auf welchen Rat/ Hinweis haben Sie eine Behandlung mit Hormonen begonnen?“</b>			
	Ärzte/-innen	Medien	Gesamt
	%	%	100%
türkeistämmig Berlin	100	0	n=111
Istanbul	98,1	1,9	n=54
deutsch Berlin	97,9	2,1	n=145

### 3.4.2.5 Einfluss auf Entscheidung zum Abbruch einer Hormontherapie-Anwendung

Auf die Frage, auf welchen Rat hin eine zuvor begonnene HT-Anwendung beendet worden sei, konnte zwischen neun vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gewählt werden (siehe Anhang Fragenbogen Frage D50), welche in die Kategorien „Ärzte/-innen“, „eigene Entscheidung“, „Gespräche mit anderen Personen“ und „Medien“ zusammengefasst (siehe 2.3.3.). Die gewählten Antwortmöglichkeiten der türkeistämmigen Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul zeigen die gleiche Rangfolge. Hierbei wurden am häufigsten „Ärzte/-innen“ (TB: 52%; TI:54%) genannt. Dagegen unterschieden sich türkeistämmige Frauen in Berlin in diesem Zusammenhang deutlich von deutschen Frauen in Berlin. Diese gaben am häufigsten an, aus eigener

Entscheidung (70%) eine HT-Anwendung beendet zu haben, der Rat von Ärzten/-innen wurde jedoch deutlich seltener als Grund für den Abbruch einer HT genannt (26%) (siehe Tab.30).

**Tabelle 30: Einfluss auf Entscheidung zum Abbruch einer HT-Anwendung, nach Herkunft in %**

<b>Frage:</b> „Auf welchen Rat/Hinweis haben Sie eine Behandlung mit Hormonen beendet?“					
	Ärzte/-innen	eigene Entscheidung	Gespräche mit anderen Personen	Medien	Gesamt 100%
	%	%	%	%	
türkeistämmig Berlin	52,2 Rang 1	44,9 Rang 2	2,9 Rang 3	0 Rang 4	n=69
Istanbul	53,7 Rang 1	39,0 Rang 2	4,9 Rang 3	2,4 Rang 4	n=41
Deutsch Berlin	26,4 Rang 2	70,1 Rang 1	0 Rang 4	3,4 Rang 3	n=87

## **4. Diskussion**

### **4.1 Methoden und Studiendurchführung – Limitationen und Stärken der Studie**

#### *Erreichbarkeit der Studienpopulation und Durchführung der Befragung*

In der ersten Erhebungsphase wurde eine postalische Befragung initiiert. Diese ergab bei den angeschriebenen türkeistämmigen Migrantinnen eine sehr niedrige Rücklaufquote von 4,8 %. Der Zugang zu dieser Bevölkerungsgruppe auf diesem Wege stellte sich als sehr unergiebig dar, in der Folge wurde in der zweiten Erhebungsphase die Gewinnung v.a. der türkeistämmigen Studienpopulation in Berlin durch die sog. „Schneeball-Methode“ erzielt. Da in Istanbul vergleichbare Schwierigkeiten bei einer postalischen Befragung hinsichtlich der Erreichbarkeit der gewünschten Studienpopulation zu erwarten waren, wurden die Befragungsteilnehmerinnen in Istanbul ebenfalls auf diesem Wege gewonnen.

Die „Schneeball-Methode“ gilt als ein Verfahren, das sich bei der Gewinnung von Bevölkerungsgruppen, welche durch herkömmliche Sampling-Methoden schwer zu erreichen sind, sehr bewährt hat (Atkinson & Flint, 2001; Wright & Stein, 2005). Um das Risiko einer Verzerrung durch einseitige Auswahl (Selektionsbias) zu minimieren (Griffits et al., 1993 in Atkinson & Flint, 2001) und um eine im Sinne der vorliegenden Studie möglichst heterogene Zusammensetzung der Samples zu erreichen, wurden die Teilnehmerinnen in Berlin und in Istanbul über zahlreiche unterschiedliche Anlaufstellen in beiden Städten aufgesucht. Nicht zuletzt wurden während der Durchführung der Befragung Kontakte zu Schlüsselpersonen und Organisationen geknüpft, welche bei der Erschließung des Zugangs zur Studienpopulation und bei der Implementierung weiterer zukünftiger Untersuchungen von entscheidendem Vorteil sein können.

Der schwierige Feldzugang zu Migrantenpopulationen in Deutschland, aber auch international, wurde bereits als wichtiger Faktor identifiziert, der zu einer Unterrepräsentation dieser Bevölkerungssegmente in Befragungen führen kann (Boynton et al., 2004; Borde, 2005). Als Gründe hierfür werden mitunter Sprachbarrieren und ein höherer Grad an Analphabetismus bei bestimmten Subgruppen beschrieben, was auch in der vorliegenden Studie bestätigt werden konnte.

Im Zuge der Datenerhebung wurde deutlich, dass die türkeistämmige Zielgruppe dieser Studie in Berlin und in Istanbul wenig vertraut mit wissenschaftlichen Befragungen war und dies ebenso als ein weiterer Faktor den erschwerten Zugang zu dieser Bevölkerungsgruppe miterklären kann. Hierbei erwies sich die Kontaktaufnahme durch Türkisch sprechende Interviewpartnerinnen als ein entscheidender Vorteil, um die Frauen zu Beginn über die Intention und den Inhalt der Studie zu informieren. Durch das Entfallen von sprachlichen Kommunikationsbarrieren konnte in Einzelgesprächen und face-to-face Interviews eine vertrauliche Gesprächsatmosphäre geschaffen werden, in der die Studienteilnehmerinnen persönliche Fragen stellen und ggf. bestehende Bedenken und Unsicherheiten ansprechen konnten, welche z.B. bei einer postalischen Befragung eine wesentliche Zugangsbarriere hätten darstellen können. Diese direkte Kommunikationsmöglichkeit im Rahmen der „Schneeball-Methode“ hat in der vorliegenden Untersuchung wesentlich zur Gewinnung von Studienteilnehmerinnen beigetragen, was auch in ähnlichen Beobachtungen durch die internationale Literatur bestätigt wird (Boynton et al., 2004).

Als ein weiterer Vorteil der genutzten Sampling-Methode muss weiterhin festgehalten werden, dass auf diesem Wege auch bereits eingebürgerte Migrantinnen in Berlin, in der vorliegenden Befragung immerhin etwa 25%, in die Studie mit eingeschlossen werden konnten. Bei einer Stichprobenerhebung, ausschließlich orientiert nach der Staatsangehörigkeit, wie sie häufig bei amtlichen Statistiken durchgeführt wird (Razum et al., 2008) wäre diese Bevölkerungsgruppe ausgeschlossen worden. Schwierigkeiten bei der Definition des Begriffs „Migrant“ oder „Migrantin“ tragen dazu bei, dass oftmals nur einzelne Segmente der eigentlichen Zielgruppen in Studien vertreten sind. Schließlich wurde durch die Definition des Begriffs „Personen mit Migrationshintergrund“, erstmalig durch das Statistische Bundesamt Deutschland im Mikrozensus 2005 (vgl. 1.1.), der zunehmenden Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe Rechnung getragen (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2007).

### ***Befragungsinstrument und Analyse der erhobenen Daten***

Die Befragung wurde mit einem standardisierten Fragebogen, in Berlin jeweils in türkischer und/oder in deutscher, in Istanbul in türkischer Sprache durchgeführt. In Anbetracht der Tatsache, dass ein beachtlicher Anteil der befragten Migrantinnen in Berlin nach eigener Auskunft über fehlende oder sehr geringe deutsche Sprachkenntnisse verfügte, erwies sich die Datengewinnung in der Sprache des Herkunftslandes als sehr vorteilhaft.

Der Fragebogen wurde in der Art konzipiert, dass die Teilnehmerinnen der Studie ihn selbst ausfüllen konnten. Da jedoch sowohl unter den befragten türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin, als auch bei den Frauen in Istanbul ein beträchtlicher Anteil über keine oder nur geringe Lese- und Schreibkenntnisse verfügte, wurde der Fragebogen mit diesen Frauen gemeinsam in face-to-face Interviews mit Türkisch-sprechenden Interviewpartnerinnen ausgefüllt.

Bei der Befragung zeigten sich sowohl Vor-, als auch Nachteile des standardisierten Fragebogens. Der umfangreiche und detaillierte Fragebogen erwies sich als ein im Prinzip adäquates und geeignetes Instrument zur Gewinnung von Daten zum komplexen und vielschichtigen Thema der Studie Wechseljahre und HT. Jedoch wirkte sich die Länge und Detailliertheit des Fragebogens während der Durchführung der Befragung auch als nachteilig bezüglich des eigenständigen Ausfüllens der Fragebögen aus, insbesondere bei Frauen mit einem niedrigeren Bildungsstatus und bei Frauen mit einer geringen Alphabetisierung. Dieser Aspekt trug, neben den oben bereits erwähnten Faktoren, zusätzlich dazu bei, dass die Mehrheit der Teilnehmerinnen im türkeistämmigen Kollektiv in Berlin (n=184) und bei Frauen in Istanbul (n=174) mit der Unterstützung von Interviewpartnern befragt wurde. Durch diese persönliche Interaktion zwischen Interviewten und Interviewern, v.a. beim Ausfüllen der Fragebögen durch die Unterstützung durch Angehörige und Bekannte der Interviewten, ist auch ein gewisses Risiko von Verzerrungseffekten nicht ausgeschlossen. Angesichts der Ausgangsbedingungen zur Verwirklichung der Studie musste dies jedoch als unvermeidbar in Kauf genommen werden.

Ziel dieser Teilstudie ist es, durch die Befragung erste Informationen zu den Themenkomplexen Wechseljahre und HT bei türkeistämmigen Migrantinnen in Deutschland zu erhalten und zu analysieren. Bei der Beurteilung von Daten zu Gesundheitsaspekten von Migrantinnen/-innen ist eine kritische Interpretation dieser erst durch Heranziehen von Vergleichsdaten aus dem Herkunftsland und auch aus der Mehrheitsbevölkerung im Aufenthaltsland sinnvoll (Razum et al., 2008). In diesem Sinne wurden die bei dieser Befragung gewonnenen Daten von türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin im gezielten Vergleich mit denen von Frauen aus der Türkei (Istanbul) und von deutschen Frauen (Berlin) analysiert. Die Ergebnisse dieser Studie erlauben Rückschlüsse auf die jeweiligen Bevölkerungsgruppen, aus denen die Teilnehmerinnen gewonnen wurden, jedoch stets unter kritischer Berücksichtigung der methodischen Einschränkungen bei der Verwirklichung der Studie. Die „Schneeball- Methode“ birgt das Risiko, keinen repräsentativen Querschnitt der definierten Studienpopulation darzustellen und erlaubt aus statistischer Sicht keine Verallgemeinerung der gewonnenen Erkenntnisse auf die

Gesamtbevölkerung (Griffits et al., 1993 in Atkinson & Flint, 2001). Weiterhin gestaltete sich durch dieses Verfahren sowohl die Gewinnung, als auch die Befragung von Studienteilnehmerinnen als sehr zeitaufwendig, sodass dies eine begrenzte Stichprobengröße bei türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin (n=264) und Frauen in Istanbul (n=281) ergab.

## **4.2 Soziodemographische und migrationsspezifische Merkmale der Studienpopulation**

### **4.2.1 Alter, Bildungsstatus und berufliche Situation**

Im Folgenden sollen die Ergebnisse zum „Alter“, „Bildungsstatus“ und zur „beruflichen Situation“ gemeinsam diskutiert werden, da, v.a. bei türkeistämmigen Migrantinnen und bei Frauen in Istanbul, deutliche Zusammenhänge zwischen diesen Parametern erkennbar sind.

Alle Teilnehmerinnen dieser Studie waren zum Befragungszeitpunkt zwischen 45-60 Jahre alt. Es zeigte sich jedoch, dass es bei der Altersverteilung der Frauen geringe Unterschiede zwischen den Untersuchungskollektiven gab. So war der proportional größte Anteil an der ältesten Gruppe, der 56-60 Jährigen (33%), unter den türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin. Dagegen fand sich der proportional größte Anteil an der jüngsten Gruppe, der 45 bis 50 Jährigen (47%), unter den befragten Frauen in Istanbul.

Das Alter der Befragungsteilnehmerinnen scheint zugleich in einem wichtigen Zusammenhang mit ihrer Bildungssituation zu stehen. Bildung kann einen entscheidenden Faktor bei der Berufs- und Einkommenssituation einer Person darstellen. Ein höherer Bildungsgrad kann zu besseren Berufschancen und somit zu einer besseren Einkommenssituation beitragen, was sich insgesamt wiederum positiv auf die gesundheitliche Lebenssituation auswirken kann. Insgesamt spielt Bildung u.a. beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und Gesundheitsinformation und beim Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsdiensten eine entscheidende Rolle (WHO, 2006a; WHO, 2009a). Vor diesem Hintergrund galt der Erfassung und der Berücksichtigung des Bildungsstatus in der Datenanalyse besonderes Augenmerk.

Unter den türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin (63%) und auch unter den Frauen in Istanbul (54%) war ein auffällig hoher Anteil an Frauen mit gar keinem Schulabschluss oder nur mit einem Grundschulabschluss, was in der weiteren Auswertung als „niedrigerer Bildungsstatus“ definiert wurde. Dieser doch erheblich großen Subgruppe sollte in der Datenanalyse besondere

Aufmerksamkeit gewidmet werden. Folglich wurden für den Direktvergleich alle übrigen Fälle mit einem jeweils höheren Schulabschluss als den Grundschulabschluss vereinfachend als „höherer Bildungsstatus“ festgelegt. Nach dieser Definition ergab die Verteilung nach Bildungsabschluss bei deutschen Frauen in Berlin jedoch nur insgesamt 12 Fälle mit einem „niedrigeren Bildungsabschluss“, wodurch bei diesem Kollektiv eine sinnvolle Dateninterpretation und Vergleichsanalyse unter diesem Aspekt in der weiteren Auswertung nicht möglich war.

Auch fanden sich im türkeistämmigen Kollektiv in Berlin und bei Frauen in Istanbul ein hoher Anteil an Analphabetinnen oder Semi-Analphabetinnen (TB: 20%; TI: 27%) und Frauen ohne eine abgeschlossene Berufsausbildung (TB: 76%; TI: 64%; DB: 9%). Weiterhin zeigte sich mit zunehmendem Alter ein signifikant ansteigender Prozentsatz an Frauen mit „niedrigerem Bildungsstatus“ und Frauen mit fehlender oder nur geringer Alphabetisierung.

Der hohe Anteil an Frauen mit mangelnder Schulbildung und Alphabetisierung wird verständlich, wenn man die defizitäre Schulbildungssituation in den vergangenen Jahrzehnten in der Türkei berücksichtigt (Spidla, 2006), als die in dieser Studie befragte Frauengeneration in der Türkei lebte und schulpflichtig war. Ein Blick in die entsprechenden Daten des türkischen Statistischen Instituts zeigt, dass die Analphabetinnenrate mit zunehmendem Alter zunimmt. So beträgt z.B. im Jahr 2000 der Anteil an Analphabetinnen in der weiblichen Bevölkerung der Türkei in der Altersgruppe von 40-54 Jahren, Frauen, die zum Befragungszeitpunkt im Jahre 2006 etwa 47-61 Jahre alt waren, etwa 27% (TÜIK, 2007), was sich zugleich in den Ergebnissen unserer Befragung widerspiegelt.

Vergleichbare Daten zum Bildungsstatus von türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin sind rar; vorhandene Daten sind zumeist nicht nach Geschlechtern oder Altersgruppen getrennt wiedergegeben. Aus einem Bericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales aus dem Jahre 2006 geht hervor, dass etwa 42% der türkeistämmigen Migranten/-innen im Alter von 45-64 Jahren keinen abgeschlossenen Schulabschluss, weitere 82% keine Berufsausbildung vorweisen können (BMAS, 2006). Laut Daten des Mikrozensus waren Ende 2007 etwa 44% der Frauen aus der Türkei mit eigener Migrationserfahrung (aktiv eingewandert) ohne Schulabschluss, etwa 83% ohne eine Berufsausbildung; jedoch sind diese Daten nicht nach Altersgruppen aufgeschlüsselt wiedergegeben (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2008). Eine weitere Studie des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung auf der Grundlage von Daten des Mikrozensus 2005 zeigt, dass der Anteil an türkeistämmigen Personen mit

Migrationshintergrund zwischen 20-64 Jahren, die weder einen Schul- noch einen Berufsabschluss vorweisen konnten, bei 30% lag (Woellert et al., 2009). Berücksichtigt man jedoch den für Frauen in den älteren Generationen beschriebenen schlechteren Bildungszugang in der Türkei, so ist in der Gruppe der 45-60-Jährigen von einem sicherlich höheren Prozentsatz ohne Schulabschluss auszugehen.

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich bei näherer Betrachtung bei türkeistämmigen Migrantinnen im direkten Vergleich mit Frauen in Istanbul ein höherer Anteil an Frauen mit „geringerer Bildung“ und Frauen ohne eine abgeschlossene Berufsausbildung. Zusätzlich hatten die befragten türkeistämmigen Migrantinnen auch ein längeres bisheriges Arbeitsleben (in Jahren) vorzuweisen, als vergleichsweise die Frauen in Istanbul.

Anzumerken sei hier zunächst, dass durch die sog. Gastarbeiteranwerbung bereits eine Selektion hinsichtlich Bildung in der Bevölkerungsgruppe der türkeistämmigen Migranten/-innen stattfand. Diese wurden ab 1961 angeworben, um den damaligen Mangel an Arbeitskräften v.a. für Tätigkeiten zu decken, für die eine bestimmte Berufsausbildung oder Bildungsabschluss nicht erforderlich war (Berger et al., 2002; BMAS, 2006). Ein Viertel der angeworbenen Arbeitskräfte aus der Türkei kurz vor dem Anwerbestopp 1973 waren Frauen (Westphal, 2004). Dazu kommt, dass viele Frauen oftmals in sehr jungen Jahren zum Arbeitsantritt in Deutschland oder durch Zuzug zum Ehepartner ihr Herkunftsland verlassen haben und somit im Gegensatz zu den Frauen im Heimatland eine spätere mögliche Berufsausbildung nicht mehr anschließen konnten.

Für die Frauen und deren Familien aus der sog. ersten Generation der Arbeitsmigranten/-innen aus der Türkei mag die ökonomische Situation eine zentrale Motivation für die Migration dargestellt haben, was das längere Arbeitsleben dieser Studiengruppe im Vergleich zu Frauen in Istanbul sicherlich miterklären mag. Das für diese Generation der Frauen traditionell häufig vorherrschende Geschlechtermodell mit einer nicht berufstätigen Frau und Mutter konnte nach Migration in Deutschland oft, v.a. in den Anfangsjahren der Zuwanderung, nicht aufrechterhalten werden. Vor dem Hintergrund vorrangig wirtschaftlicher Beweggründe für die Migration kann für dieses Studienkollektiv eine besondere Relevanz der Erwerbstätigkeit diskutiert werden. Dennoch zeigt sich im Vergleich eine höhere Erwerbstätigenrate bei den befragten deutschen Frauen in Berlin. Unsere Ergebnisse reihen sich in andere Beobachtungen ein, in denen für Migranten/-innen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung eine niedrigere Beschäftigungsquote beschrieben wird (Razum et al., 2008). Häufigere Frühberentungen, eine höhere Arbeitslosenquote (und ein deutlich geringeres Pro-Kopf-Einkommen) werden besonders

bei älteren Migranten/-innen aus der Türkei beschrieben (BMAS, 2006; Razum et al., 2008). So konnte eine Studie des Deutschen Institutes für Wirtschaftsforschung zur ökonomischen Situation von Migranten/-innen in Berlin bei Personen mit türkischem Migrationshintergrund im erwerbsfähigen Alter eine Arbeitslosenquote von etwa 40%, aufzeigen. Erklärt wird dies v.a. mit schlechteren Chancen auf einem heute veränderten Arbeitsmarkt bei häufig fehlender Berufsausbildung (Brenke, 2008).

### **4.2.2 Familienstatus, Parität und soziale Kontakte außerhalb der Familie**

Die Auswirkungen der Migration können Chancen wie Risiken beinhalten und betreffen nicht nur die aktiv migrierte Person, sondern stets mehrere Generationen innerhalb einer Familie (Razum et al., 2008). Somit kann Migration auch als ein „Familienprojekt“ verstanden werden, was mitunter auf gegenseitigem materiellem und emotionalem Austausch basiert (Deutsches Zentrum für Altersfragen, o.J.). Mit ihren sozialen und, bei Berufstätigkeit, finanziellen Beiträgen und Möglichkeiten spielten Frauen hierbei oftmals eine tragende Rolle innerhalb des familiären Gefüges (Westphal, 2004). Gerade bei Erwerbstätigkeit kann die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, bedenkt man auch eine oftmals höhere Anzahl an Kindern in der ersten Generation der Migrantinnen als vergleichsweise bei deutschen Frauen, eine besondere Herausforderung und Beanspruchung darstellen.

In der vorliegenden Befragung waren sich türkeistämmige Migrantinnen in Berlin und Frauen in Istanbul hinsichtlich der Parität ähnlich, mehr als 90% der Frauen in beiden Kollektiven hatten Kinder. Dagegen war mehr als ein Viertel der deutschen Frauen (27%) kinderlos. Auch war der Anteil an alleinstehenden Frauen im deutschen Kollektiv in Berlin mit 45% am höchsten. Demgegenüber war dieser Anteil bei türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin mit etwa einem Drittel (33%) deutlich geringer, jedoch gleichzeitig auffällig höher als bei Frauen in Istanbul, wo etwa ein Fünftel (22%) angab, nicht in einer Partnerschaft zu leben.

Insgesamt scheint die Familie besonders für die befragten türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin ein zentraler Punkt für soziale Kontakte zu sein, wobei hier zu berücksichtigen ist, dass im türkeistämmigen Kulturkreis der Familienbegriff nicht nur auf die kleinere Kernfamilie begrenzt ist, sondern auch Angehörige der Großfamilie einbezieht und damit einen deutlich größeren Personenkreis umfasst. Auffällig war dennoch, dass etwas mehr als die Hälfte (53%) der türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin gegenüber 39% der befragten Frauen in Istanbul und

25% der deutschen Frauen in Berlin angaben, gar keine oder nur gelegentlich soziale Kontakte außerhalb der Familie zu pflegen.

Die Gründe für diese Beobachtung können hier nur vermutet werden. Möglicherweise spielt hier der Umstand eine Rolle, dass ein großer Teil der befragten Frauen im Rahmen des Familiennachzugs nach Deutschland kam und sich, besonders bei zusätzlich fehlender Berufstätigkeit, die Kontakte auf das erweiterte familiäre Umfeld begrenzt hielten. Auch mangelnde Deutschkenntnisse können zum Einen eine Kommunikationsbarriere zur einheimischen deutschen Bevölkerung darstellen, zum Anderen können sie aber auch durch mangelnde Kontakte zu dieser mitbedingt sein. Festgehalten werden kann auch, dass der Familie als soziale Institution, besonders in traditionellen Gemeinschaften, aber auch besonders in der Migration, eine zentrale Bedeutung zukommt.

Migration kann positive und negative Auswirkungen auf das Familienleben haben. Schwierigkeiten in der ökonomischen und psychosozialen Situation können eine stabilisierende und unterstützende Funktion einer Familienstruktur schwächen (Deutsches Zentrum für Altersfragen, o.J.; Şen, 2002; Zeman, 2005). Mögliche neue soziokulturelle Herausforderungen nach der Migration nach Deutschland (Şen, 2002), aber auch der Wegfall von psychosozialer Unterstützung durch nahe Angehörige und die Großfamilie in der Türkei, wären hier ebenso als destabilisierende Faktoren denkbar.

In einem positiveren Sinne kann Migration, besonders für Frauen, auch einen möglichen Zugewinn an Emanzipation und Autonomie bedeuten (Westphal, 2004). Dieser Aspekt könnte durch verschiedene Faktoren auch zu mehr Handlungsfreiheit beitragen. Auch können sich in Deutschland, gerade für Frauen mit einem „niedrigeren Bildungsstatus“, vergleichsweise mehr Möglichkeiten der finanziellen Unabhängigkeit vom Partner ergeben, u.a. hinsichtlich der sozialen Sicherung und Krankenversicherung bei Eintritt von Arbeitslosigkeit. In Anbetracht der geringfügigeren Erwerbsbeteiligung und der damit einher gehenden finanziellen Abhängigkeit von Familienangehörigen bei Frauen in der Türkei (Dikbayır & Karaduman, 2000; Spidla, 2006), wäre eine häufigere starke finanzielle Abhängigkeit vom Partner bei Trennungsbestrebungen eventuell auch als existentieller Hinderungsgrund denkbar, was möglicherweise den geringeren Anteil an alleinstehenden Frauen in Istanbul u.a. denkbaren Einflussfaktoren mit erklären könnte.

### **4.2.3 Migrationsspezifische Merkmale bei türkeistämmigen Frauen in Berlin**

#### **4.2.3.1 Motivation für Migration, Aufenthaltsdauer, Staatsangehörigkeit**

Die Mehrheit der befragten Migrantinnen in Berlin war entweder als Ehefrauen von Arbeitsmigranten (42%) oder selbst zur Arbeitsaufnahme (32%) nach Deutschland eingewandert. Weitere 17% gaben an, mit ihren Eltern eingewandert zu sein. Aufgrund der Altersgruppe der Befragten ist davon auszugehen, dass es sich hierbei, im Hinblick auf die „Familienzusammenführung“ nach 1973, vorrangig um Kinder der ersten Arbeitsmigranten handelt. Die Migration aus politischen- (4%) oder Ausbildungsgründen (4%) war nur bei einem kleinen Prozentsatz der Befragten zu verzeichnen.

Betrachtet man die Aufenthaltsdauer der befragten Migrantinnen, so unterstreicht das die Daten zur vorrangig angegebenen Einwanderungsmotivation. Etwa 88% der Frauen lebten seit mehr als 20 Jahren, insgesamt mehr als die Hälfte seit länger als 30 Jahren in Deutschland. Somit ist davon auszugehen, dass das Migrantinnen-Kollektiv sich überwiegend aus der im Zuge der Arbeitsmigration in den 1960er und 1970er Jahren nach Deutschland entstandenen Population zusammensetzt und eigene Migrationserfahrung hat, d.h. aktiv eingewandert ist.

In dieser Befragung gaben etwa 25% der Frauen an, die deutsche Staatsangehörigkeit durch Einbürgerung erworben zu haben. Direkte Daten zum Einbürgerungsverhalten türkeistämmiger Migrantinnen speziell in der mittleren und höheren Altergruppe sind aus allgemein zugänglichen Statistiken nicht zu ersehen. Wenn auch nicht nach Altergruppen stratifiziert, so können Daten für die Bevölkerung mit einem Migrationshintergrund aus dem Mikrozensus im Jahre 2007 mögliche Annäherungswerte liefern. Daraus geht hervor, dass ca. 722.000 Frauen (alle Altersgruppen) aus der Türkei mit eigener Migrationserfahrung Ende 2007 in Deutschland lebten. Gleichzeitig wird das durchschnittliche Alter dieser Personengruppe bei der Einreise mit 19,5 Jahren, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer mit 24 Jahren angegeben. Insgesamt waren ca. 157.000 Frauen dieser Gruppe bereits eingebürgert (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2008). Somit entspricht dies nach eigener Berechnung einer Einbürgerungsquote von etwa 22%. Im Hinblick auf die lange Aufenthaltsdauer der meisten Befragten könnte man zunächst einen doch höheren Prozentsatz an bereits eingebürgerten Frauen erwarten. Die erste Generation der Arbeitsmigranten/-innen kam mit der Idee eines vorübergehenden Aufenthalts zum Arbeitsantritt nach Deutschland, was auch durch die Anwerber als solcher erwünscht war. Bedenkt man, dass somit der Gedanke an eine Rückkehr in das Herkunftsland oftmals weiterhin verfolgt wurde, so

könnte das mitunter eine Motivation darstellen - zumal bei der fehlenden Alternative einer doppelten Staatsangehörigkeit - die ursprüngliche Nationalität weiterhin zu behalten. Ein weiterer Punkt, der gerade bei sozial schwächer Gestellten und bei Personen mit geringen Deutschkenntnissen trotz langem Aufenthalt eine Barriere zur Einbürgerung bedeuten kann, stellen die Voraussetzungen für eine Einbürgerung in Deutschland dar. So zählen, neben einem mindestens 8 jährigen Aufenthalt in Deutschland, ausreichende Deutschkenntnisse und die selbständige Finanzierung des eigenen Lebensunterhaltes und unterhaltsberechtigter Familienangehöriger ohne Inanspruchnahme von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld II dazu (Presse und Informationsamt der Bundesregierung, 2009).

### **4.2.3.2 Deutsche Sprachkenntnisse**

Trotz einer langen Aufenthaltsdauer von mindestens 20 Jahren bei fast vier Fünftel der befragten Frauen gaben insgesamt (nach unserer Kategorisierung) fast ein Drittel an, „gar nicht oder kaum“ Deutsch zu verstehen. Bei genauerer Betrachtung zeigten sich jedoch deutliche Unterschiede nach Bildungsstatus und Aufenthaltsdauer. Insbesondere Frauen mit einem formal „niedrigeren Bildungsstatus“ gaben geringe Deutschkenntnisse an, wobei über 90% der Frauen mit einem „höheren Bildungsstatus“ ihre Deutschkenntnisse als deutlich besser einschätzten. Auch wurden mit zunehmender Aufenthaltsdauer bessere Deutschkenntnisse angegeben. Defizitäre Deutschkenntnisse werden in einer Befragung des Sozio-ökonomischen Panels im Jahre 1996 und 2004 insbesondere bei türkeistämmigen Migrant/-innen erwähnt, jedoch sind diese Daten nicht nach Geschlecht und Alter stratifiziert worden. Für das türkeistämmige Segment der Migrant\*innenpopulation in Deutschland ergab sich die niedrigste Selbsteinschätzung der eigenen Deutschkenntnisse; nur 54% der Befragten gaben gute Kenntnisse der deutschen Sprache an (Statistische Bundesamt Deutschland, 2006). Alters- und geschlechtsbezogene Daten zu den Deutschkenntnissen türkeistämmiger Migrant\*innen wurden in einer Berliner Frauenklinikstudie ermittelt, wobei etwa 69% der türkeistämmigen Befragungsteilnehmerinnen der Altersgruppe 50-65 Jahre ihre Deutschkenntnisse als gering einschätzten (David et al., 2000; Borde, 2002). In einer weiteren Berliner Untersuchung mit Notfallambulanz-Patient\*innen zeigten sich bei den befragten Migrant\*innen, abhängig vom Geschlecht und Alter, deutliche Unterschiede in der selbst eingeschätzten deutschen Sprachkompetenz. Dabei gaben v.a. ältere Frauen häufiger geringere Deutschkenntnisse an. So schätzten nur etwa 4% der über 50 jährigen Frauen türkeistämmiger Herkunft ihre Deutschkenntnisse als gut ein (Borde et al., 2003).

Über die Hintergründe zu dieser Beobachtung können hier nur Vermutungen angestellt werden. Zum Einen mag für die ältere Generation sowohl der Bildungshintergrund, der Alphabetisierungsgrad, als auch die oftmals sehr fordernde Arbeits- und Familiensituation und geringen Kontakte außerhalb der Familie eine Barriere zum aktiven Erlernen der deutschen Sprache, z.B. durch schriftliche Hilfsmittel, kritisch diskutiert werden. Die jahrelange Vorstellung von einer baldigen Rückkehr in die Türkei kann sich womöglich auch als mindernd auf die Motivation, die Sprache im Ankunftsland zu erlernen, ausgewirkt haben. Auch geben die Angaben in unserer Untersuchung über geringe soziale Kontakte außerhalb der Familie Anlass zu der Annahme, dass regelmäßige private Kontakte außerhalb der Familie, also auch zur deutschen Bevölkerung, die dem Erlernen der deutschen Sprache dienlich wären, bei den Befragten womöglich eher seltener waren.

### **4.2.4 Psychosoziale und gesundheitliche Aspekte**

#### **4.2.4.1 Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen**

In unserer Befragung zeigten sich deutlich mehr türkeistämmige Migrantinnen in Berlin unzufrieden mit ihrer Familien- und Wohnsituation, ihrer beruflichen Situation und ihrem Einkommen. Auch waren sie mit ihrer Gesundheit und dem Leben insgesamt deutlich unzufriedener als die befragten deutschen Frauen in Berlin. Gleichzeitig war der Anteil der mit diesen Lebensbereichen unzufriedenen Migrantinnen höher als bei Frauen in Istanbul, wenn auch die Unterschiede hier geringer waren.

Auch Borde (2002) beschreibt in einer Krankenhausbefragung in Berlin häufigere Unzufriedenheit mit den o.g. Lebensbereichen bei türkeistämmigen Patientinnen als in der deutschen Vergleichsgruppe, insbesondere in den vorgerückten Altersgruppen. Eine niedrige Lebenszufriedenheit bei älteren türkeistämmigen Migranten/-innen (n=62) zeigte sich auch in einer Untersuchung von Fabian und Straka (1993). Die Befragten gaben zudem an, sich oftmals einsam zu fühlen und wenig sozialen Anschluss zu haben (Fabian & Straka, 1993 in Razum et al., 2008).

Zur Lebenszufriedenheit bei Migrantinnen ist kaum wissenschaftliche Literatur vorhanden. In Expertisen zur Gesundheits- und Lebenslage von Migranten/-innen in Deutschland werden besonders für Frauen ungünstige und schwierige sozioökonomische Faktoren und ein erhöhtes Armutrisiko beschrieben (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz,

2003; BMAS, 2006; Razum et al., 2008). Aus amtlichen Statistiken wird im Vergleich zur deutschen Bevölkerung besonders für ältere Migranten/-innen aus der Türkei eine ungünstigere Wohnsituation und ein deutlich niedrigeres Pro-Kopf-Einkommen ersichtlich (Özcan & Seifert, 2006). Auch mögliche migrationsspezifische Erfahrungen, wie z.B. familiäre Trennungserlebnisse, Sprachbarrieren, aber auch mögliche Benachteiligungen bis hin zu Rassismus können zu einer höheren psychosozialen und gesundheitlichen Belastung beitragen (Collatz, 1999; Razum, 2004; WHO, 2008). Mit der Entscheidung zur Migration wurden oftmals bestimmte Wünsche und Hoffnungen verknüpft. Wurden die gesetzten Ziele schließlich nicht, oder nicht zufriedenstellend erfüllt, können gerade mit zunehmendem Alter Vergleiche zwischen dem ehemals Erhofftem und in der Realität Erreichtem zu sog. „Bilanzierungskrisen“ führen (Razum et al., 2008), die sich negativ auf die Lebenszufriedenheit niederschlagen können.

Für Migrantinnen wird bei einer Mehrfachbelastung als Berufstätige mit häufig ungünstigen Arbeitsbedingungen und zugleich als Mütter mit einem oftmals fordernden Familienleben eine höhere negative Stressbelastung und ein höheres Gesundheitsrisiko angenommen (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2003). Ebenfalls kann sich bei Arbeitslosigkeit dies negativ auf die Gesundheit auswirken, was hinlänglich bekannt ist (Grobe & Schwartz, 2003; Weber et al., 2007). Doch erhebliche Defizite bei der psychosozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Lage werden auch für Frauen in der Türkei beschrieben (UNFPA, o.J.; Aslan et al., 2003; Council of Europe, 2006) und können den auffällig höheren Anteil an unzufriedenen Frauen im türkeistämmigen Kollektiv in Berlin nicht vollständig erklären. Die Gründe für diese Beobachtung können im Rahmen dieser Studie nicht zufriedenstellend geklärt werden und bedürfen weiterer Untersuchungen. Dennoch könnten hierbei möglicherweise differierende Ressourcen und Bewältigungsstrategien beim Umgang von Anforderungen und Stressoren in schwierigen Lebenslagen bei türkeistämmigen Migrantinnen hypothetisch diskutiert werden.

Man kann davon ausgehen, dass Migration im Leben eines Menschen in jedem Fall einen Bruch in der Lebensbiographie bedeutet, der sowohl positive und/oder negative Auswirkungen mit sich bringen kann (Razum, 2004). Dies erfordert unter Umständen besonders hohe Anpassungsleistungen über ggf. mehrere Generationen (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007). Hierbei kann es aber auch unter den Generationen innerhalb der Familien zu schwierigen Konflikten kommen (Şen, 2004). So kann zur Bewältigung von Erlebnissen durch die Migration selbst oder damit verbundener kritischer Ereignisse auch das Erlernen von neuen Coping-

Strategien notwendig werden (Krones, 2001; Razum, 2004). Hierbei spielt die Unterstützung durch das soziale Umfeld eine erhebliche Rolle (Krones, 2001). Gleichzeitig gab in unserer Befragung mehr als die Hälfte des türkeistämmigen Kollektivs in Berlin an, keine oder nur gelegentliche Kontakte außerhalb der Familie zu haben. Besonders in den älteren Generationen gilt der Kontakt nicht nur zu Familienangehörigen, sondern auch außerhalb der Familie zu anderen Angehörigen der jeweiligen Migrantengemeinschaft als eine besonders wichtige Ressource und wird als Einflussfaktor auf die Lebenszufriedenheit beschrieben (Razum et al., 2008). Familiäre Strukturen und soziale Netzwerke können wichtige emotionale und auch finanzielle Unterstützung gewährleisten und gerade in der Migration einen zentralen Punkt für soziale Bindungen und Kontakte darstellen und vor Isolation schützen. Doch sind soziale Kontakte vornehmlich auf familiäre Netzwerke begrenzt, kann dies auch mit dem Risiko einhergehen, dass Ressourcen und Möglichkeiten auch auf die familiären Kapazitäten beschränkt bleiben und sich weitere, neue Alternativen nicht eröffnen (Janßen & Polat, 2006). Oft bestehen nach Aufgabe des Arbeitslebens auch kaum noch soziale Kontakte zu deutschen Mitbürgern (Şen, 2004). Aber auch Sprachbarrieren und Verständigungsprobleme in der deutschen Sprache sind als bedeutende Hürden bei der Handlungskompetenz und der aktiven Suche nach Unterstützung und Austausch in verschiedenen Lebenslagen zu beachten.

Auch Kızıllhan (2007) widmet sich der Analyse psychosozialer Netzwerke in der Migration. Festgehalten wird, dass Migration eine Chance bedeuten, jedoch können die mit ihr verbundenen Anforderungen und Adaptationsprozesse auch besondere Stressoren und Gesundheitsbelastungen mit sich bringen. Diese Veränderungen erfordern ggf. eine Neuorientierung sowie erweiterte Kommunikations- und Handlungskompetenzen, die aber in dieser Zeit erst erlernt werden müssen. Eine besondere Rolle haben familiäre und auch andere soziale Netzwerke, wie sog. Migrantenorganisationen, deren Potentiale, vernetzt und in offener Kommunikation mit den hiesigen Strukturen, für die psychosoziale Versorgung von Migranten/-innen deutlich besser genutzt werden könnten und sollten als dies bisher der Fall ist (Kızıllhan, 2007). Vor diesem Hintergrund könnte die genauere Untersuchung nicht nur von möglichen Risikofaktoren, sondern gerade auch von Ressourcen und Chancen hinsichtlich der psychosozialen Situation und Bewältigungsstrategien bei Migranten/-innen einen wichtigen Gegenstand weiterer Forschungsbestrebungen im Zusammenhang von Migration und Gesundheit darstellen.

#### **4.2.4.2 Subjektive Gesundheit**

Auch bei der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands unterschieden sich türkeistämmige Migrantinnen signifikant von den befragten Frauen in Istanbul und den einheimischen deutschen Frauen in Berlin. So schätzten mit 47% deutlich weniger türkeistämmige Migrantinnen als vergleichsweise 63% Frauen in Istanbul und 82% deutsche Frauen in Berlin den eigenen Gesundheitszustand als gut ein.

Dass die subjektive Einschätzung der Gesundheit mitunter auch kulturell geprägt sei und unter dem Aspekt der ethnischen Zugehörigkeit zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen variieren kann, wird in zahlreichen Studien beschrieben (Menec et al, 2007; Wolf et al., 2008). Somit wären Unterschiede in der Wahrnehmung und Wiedergabe des eigenen Gesundheitszustands nach (kultureller) Herkunft nicht von der Hand zu weisen. Aus der Gesundheitsberichterstattung geht jedoch hervor, dass die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit, auch unter Berücksichtigung dieses Aspektes bei unterschiedlichen ethnischen Gruppen, tatsächlich eine gute Übereinstimmung mit objektiv gemessenen Gesundheitsdaten vorweist (Razum et al., 2008).

Bei Migranten/-innen werden mögliche höhere gesundheitliche Risiken und Belastungen diskutiert (WHO, 2008). Besonders für die erste Generation wurden ein erhöhter Krankenstand, überproportional häufige Berufskrankheiten und eine höhere Frühberentungsquote beschrieben (BMAS, 2006). Eine höhere Gesundheitsgefährdung durch die zumeist schweren und körperlich belastenden Tätigkeiten ist anzunehmen. Oftmals schwierige Lebensbedingungen und Risiken im Bereich finanzieller-, Wohn- und psychosozialer Situation wurden in diesem Zusammenhang bereits besprochen und können sich auf die gesundheitliche Lage auswirken, aber auch die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Lebenssituation im Alter erschweren (Razum et al., 2008). Bei der Diskussion der gesundheitlichen Lage, subjektive und objektive Perspektiven inbegriffen, ist stets auch der de facto Zugang zur Gesundheitsversorgung als wichtiger Einflussfaktor zu beachten. In Expertisen in den vergangenen Jahren wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass das hiesige Gesundheitssystem für Migranten/-innen derzeit noch in vielen Punkten keine bevölkerungsgerechte medizinische Gesundheitsversorgung bietet (Gesundheit Berlin e.V., 2003; BMAS. 2006).

#### 4.2.4.3 Body Mass Index

Aus Angaben zum Körpergewicht und zur Körpergröße wurde der BMI berechnet. Hierbei ergab sich für die befragten türkeistämmigen Frauen in Berlin mit 80% der größte Anteil an Frauen mit einem BMI ab  $>25$ , was der internationalen Definition für Übergewicht entspricht (WHO, 2006b). Somit war der Anteil an „übergewichtigen“ Frauen in diesem Kollektiv doppelt so hoch wie im deutschen Kollektiv (40%) in Berlin und zugleich aber auch größer als bei Frauen in Istanbul (68%).

Spezifische Daten zum BMI bei türkeistämmigen Migrantinnen sind nicht vorhanden. Aus den Daten des Mikrozensus 2005 wird jedoch beim Vergleich von Frauen in den höheren Altersgruppen ersichtlich, dass die durchschnittlichen BMI-Werte von Migrantinnen insgesamt weit über den Werten der deutschen Frauen liegen (Razum et al., 2008). Auch für Frauen in der Türkei sind durchschnittlich höhere BMI-Werte bekannt. Aus einer großen landesweiten Befragung in der Türkei aus dem Jahr 2003 zu soziodemographischen und gesundheitlichen Aspekten geht hervor, dass der BMI für Frauen mit zunehmendem Alter kontinuierlich ansteigt. Etwa 58% der über 25 jährigen Frauen in Istanbul hatten einen BMI von 25 oder höher, dies entsprach zugleich der Verteilung in der ganzen Türkei. Bei den Frauen zwischen 45 bis 49 Jahren z.B. hatten etwa 81% einen BMI von mindestens 25. Auch fiel für Frauen mit einem formal niedrigerem Bildungsgrad ein vergleichsweise höherer BMI auf (Hacettepe University Institute of Population Studies, 2003). Weiterhin sind auch in Deutschland laut einer bundesweiten Befragung etwa zwei Drittel der Frauen in der Altersgruppe 45-64 Jahren übergewichtig, wobei dies bekanntlich ein erhöhtes Risiko z.B. für bestimmte Stoffwechsel- und Herz-Kreislaufkrankungen birgt (Kolip et al., 2005).

Als mögliche Erklärungsansätze für die durchschnittlich höheren BMI-Werte bei Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen deutschen Frauen werden zum einen Unterschiede im Körper- und Gewichtsbewusstsein und zum anderen eine weniger ausgeprägte körperliche Betätigung bei Migrantinnen diskutiert (Razum et al., 2008). Inwieweit dies dann auch auf Frauen in den Herkunftsländern übertragbar wäre, oder - besonders unter dem Aspekt der Migration - welche Rolle das möglicherweise veränderte Nahrungsmittelangebot, neue Ernährungsgewohnheiten oder weitere Faktoren spielen, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten.

### **4.3 Erleben der Wechseljahre, Informiertheit über die Hormontherapie und Hormontherapie-Anwendungsverhalten**

Das Ziel dieser Teilstudie ist es, das Erleben der Wechseljahre, die Informiertheit über die HT und das HT-Anwendungsverhalten bei türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin im Vergleich zu Frauen sowohl im Herkunfts- (Türkei) als auch im Aufenthaltsland (Deutschland) mit gezielten Fragestellungen zu durchleuchten. Der Vergleich erfolgt jeweils zwischen türkeistämmigen Migrantinnen und deutschen Frauen in Berlin sowie zwischen türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin und Frauen in Istanbul.

In alle Auswertungen, in welchen der Menopausenstatus (prämenopausal vs. postmenopausal) mitberücksichtigt wurde, sind ausschließlich Fälle von Frauen eingeschlossen, die einen natürlichen Eintritt in die Menopause angegeben oder noch Regelblutungen hatten.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse zu den dargelegten Themenbereichen in Beantwortung der zu Beginn der vorliegenden Arbeit formulierten 12 Forschungsfragen diskutiert werden.

#### **1. Gibt es Unterschiede bei der Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden zwischen türkeistämmigen Frauen und deutschen Frauen in Berlin?**

Dass der Eintritt der Menopause ein unumgängliches Ereignis im Verlauf des Lebens einer Frau darstellt, ist ein Faktum. Jedoch variiert weltweit das Erleben der Wechseljahre und die klinische Präsentation von mit dieser Lebensphase assoziierten Beschwerden u.a. nach kulturellem Kontext der Frauen (Wilson, 2003). Vor diesem Hintergrund stellt sich zunächst die Frage, ob hierbei tatsächlich Unterschiede in der Symptomprävalenz wiedergespiegelt werden, oder ob die variierenden Beschwerdemuster auf die jeweiligen kulturell geprägten Wiedergabe- und Ausdrucksformen von Beschwerden zurückzuführen sind (Melby et al., 2005).

In der vorliegenden Arbeit wurde den Studienteilnehmerinnen anhand der MRS II eine Liste mit 11 mit den Wechseljahren assoziierten Beschwerden zur Bewertung der subjektiven Beschwerdewahrnehmung vorgelegt. Im Sinne einer übersichtlicheren Vergleichbarkeit wurden die Angaben der Frauen anschließend einer Faktorenanalyse unterzogen. Als Ergebnis kristallisierten sich insgesamt drei Gruppen mit Beschwerden heraus. Diese ließen sich medizinisch inhaltlich am sinnvollsten in die Kategorien „vasomotorische und sexuelle

Beschwerden“, „körperliche Beschwerden“ und „psychosomatische Beschwerden“ einteilen. Zugleich lassen sich aus der Schnittmenge aus internationalen und interethnischen Studien über mögliche Wechseljahresbeschwerden v.a. zwei Symptomgruppen, nämlich vasomotorische und psychische/psychosomatische Beschwerden hervorheben (Avis et al, 2001).

Sowohl im Hinblick auf die wahrgenommene Beschwerdenintensität, als auch die Rangfolge der Häufigkeiten der drei neu gebildeten Beschwerdekategorien unterscheiden sich in unserer Befragung türkeistämmige Migrantinnen signifikant von deutschen Frauen in Berlin. Dabei fällt auf, dass die befragten deutschen Frauen mehrheitlich in allen Beschwerdekategorien „mäßig“ starke Beschwerden angaben, wohingegen türkeistämmige Migrantinnen nicht nur mehrheitlich über „starke“ Beschwerden berichteten, sondern solche auch deutlich häufiger angaben als die deutschen Frauen in Berlin. Genauer betrachtet wurden von den türkeistämmigen Migrantinnen starke Beschwerden am häufigsten in der Rangfolge „psychosomatische Beschwerden“, „körperliche Beschwerden“ und „vasomotorische und sexuelle Beschwerden“ angegeben. Diese Rangfolge fand sich im deutschen Kollektiv nur in der Subgruppe der prämenopausalen Frauen.

In einer repräsentativen Befragungen zum Erleben der Wechseljahre in Deutschland, wobei hierbei Migrantinnen nicht gesondert berücksichtigt sind, wurden die als am stärksten wahrgenommenen einzelnen Wechseljahresbeschwerden mit Schlafstörungen, Gelenk- und Muskelbeschwerden, Hitzewallungen und Abnahme der Sexualität angegeben (Schultz-Zehden, 1998a). In einer weiteren Befragung wurden in erster Linie psychosomatische Beschwerden, gefolgt von körperlichen Beschwerden und zuletzt Hitzewallungen genannt (Seehafer, 2000). Publiziert ist derzeit hinsichtlich der Beschwerdewahrnehmung in den Wechseljahren keine vergleichende Untersuchung zwischen Frauen in Deutschland und Frauen in der Türkei. Die Daten zur Beschwerdeprävalenz und Muster aus Studien in der Türkei variieren stark und sind nicht repräsentativ.

In wissenschaftlichen Diskursen über mögliche Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden wird soziokulturellen Aspekten eine besondere Bedeutung beigemessen. Offenbar spielt der jeweilige gesellschaftliche Kontext, in welchem eine Frau aufwächst und sozialisiert ist, eine besondere Rolle beim Erleben der Wechseljahre (Melby et al., 2005). Hinweise aus der vorhandenen Literatur deuten darauf hin, dass mögliche interkulturelle Unterschiede in der Beschwerdewahrnehmung auch nach Migration in ihrem Muster bestehen bleiben, somit das Beschwerdemuster im Herkunftsland widerspiegeln können. So zeigen bisherige Ergebnisse der SWAN-Studie, einer in der multikulturellen Gesellschaft in den USA

1995 begonnenen Untersuchung, dass interkulturelle Unterschiede in der Beschwerdewahrnehmung, wie z.B. bei vasomotorischen Beschwerden, im Ländervergleich auch nach Migration weiterbestehen (Gold et al., 2000). Doch auch wenn die SWAN-Studie Indizien liefert, dass kulturelle und ethnische Faktoren offenbar eine Rolle bei der Symptomwahrnehmung in den Wechseljahren spielen können, so dürfen Unterschiede keinesfalls auf diese reduziert werden und erfordern weitere differenzierte Untersuchungen unter Einbeziehung weiterer möglicher Einflussfaktoren (Santoro & Green, 2009).

### **2. Gibt es Unterschiede bei der Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden zwischen türkeistämmigen Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul?**

Betrachtet man zunächst das Häufigkeitsmuster der angegebenen Symptome im Vergleich zwischen türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin und bei Frauen in Istanbul, so erkennt man, dass beide befragten Kollektive, sowohl prä- als auch postmenopausale Frauen, in der gleichen Rangfolge am häufigsten „psychosomatische Beschwerden“, gefolgt von „körperlichen Beschwerden“ und an letzter Stelle „vasomotorische und sexuelle Beschwerden“ angaben.

Vergleicht man jedoch die Angaben über die Intensität der angegebenen Beschwerden, so wird deutlich, dass die türkeistämmigen Migrantinnen in allen drei Beschwerdekategorien häufiger „starke“ Beschwerden angaben, als das befragte Vergleichskollektiv im Herkunftsland, wobei dies für die Kategorien „vasomotorische und sexuelle Beschwerden“ und „körperliche Beschwerden“ signifikant war. Insgesamt fielen hier jedoch die Unterschiede in der angegebenen Beschwerdenintensität weit geringer aus, als zwischen türkeistämmigen Frauen und deutschen Frauen in Berlin.

Zusammengefasst zeigen die befragten türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin in unserer Untersuchung zunächst das gleiche Beschwerdemuster wie die befragten Frauen in Istanbul, unterscheiden sich aber hinsichtlich der wahrgenommenen Beschwerdenintensität deutlich von diesen. Gleichzeitig zeigt sich in unseren Ergebnissen, dass ein vorrangig kulturspezifisch determiniertes Antwortverhalten als Erklärungsansatz für die höhere Prävalenz von „starken“ Beschwerden im Migrantinnen-Kollektiv in Berlin hier nicht greifen kann.

Berücksichtigt man jedoch das aktuelle soziokulturelle Umfeld als Einflussgröße beim Erleben der Wechseljahre, so drängt sich auch die Frage auf, inwiefern nach Migration das „neue“,

hinzugekommene kulturelle Umfeld im Aufenthaltsland das Erleben der Wechseljahre (mit)prägen kann. Studien konnten zeigen, dass zuvor beobachtete Unterschiede in der Beschwerdenwahrnehmung zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen nach Migration durch lokale soziokulturelle Faktoren und Umwelteinflüsse „modifiziert“ werden können (Melby et al., 2005). Ähnliche Ergebnisse wie in unserer Untersuchung zeigen Studien mit japanischen Migrantinnen in den USA. Hierbei war die Symptomprävalenz bei japanischen Migrantinnen niedriger als bei weißen Amerikanerinnen. Gleichzeitig gaben die in die USA migrierten japanischen Frauen jedoch häufiger Beschwerden an, als vergleichsweise Frauen in Japan (Lock, 1993; Gold et al., 2004). Was hier als eine Annäherung an die Beschwerdeprävalenz im Ankunftsland im Zuge eines „Akkulturationsprozesses“ interpretiert werden könnte, lässt sich in den Ergebnissen unserer Untersuchung nicht bestätigen und bedarf daher einer genaueren Betrachtung, die an späterer Stelle folgt. Die befragten türkeistämmigen Migrantinnen in unserer Studie gaben ebenfalls häufiger „starke“ Beschwerden in allen Kategorien an als die Vergleichsgruppe im Herkunftsland. Sie „nähen“ sich damit jedoch keinesfalls dem Beschwerdemuster der deutschen Frauen in Berlin an. Ob diese Tendenz sich auch in einer Befragung mit einer größeren Fallzahl bestätigen ließe, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten.

Mag auch ein Teil der internationalen Unterschiede in der Beschwerdewahrnehmung auf kulturelle und interethnische Unterschiede zurückzuführen sein, so machen doch Hinweise aus Studien mit Migrantinnen deutlich, dass diese letztlich nicht darauf reduziert werden können und differenzierter betrachtet werden müssen. Offenbar spielen weitere wichtige Aspekte, die bisher z.T. wenig untersucht worden sind, eine entscheidende Rolle (Melby et al., 2005, Santoro & Green, 2009).

### **3. Können mögliche Unterschiede in der Beschwerdewahrnehmung durch soziale Faktoren wie Bildung, Lebenszufriedenheit und Erwerbstätigkeit mit erklärt werden?**

#### *Bildungsstatus und Alphabetisierung*

Sowohl bei türkeistämmigen Migrantinnen, als auch bei Frauen in Istanbul zeigte sich ein deutlicher Einfluss des Bildungsgrades auf die Beschwerdewahrnehmung. In beiden Kollektiven gaben Frauen mit einem formal „niedrigeren“ Bildungsstatus häufiger „starke“ Beschwerden an, als Frauen mit einem „höheren Bildungsstatus“, was für sieben von zwölf Gruppenvergleichen statistisch signifikant war. Auch Frauen ohne oder nur mit geringer Alphabetisierung berichteten in allen Beschwerdekategorien häufiger über „starke“ Beschwerden, als Frauen mit ausreichender bis guter Alphabetisierung. Dies war in allen Vergleichsgruppen bei den Frauen in Istanbul statistisch signifikant, jedoch in keiner Vergleichsgruppe der türkeistämmigen Migrantinnen. Insgesamt waren die Unterschiede in der Intensität der Beschwerdewahrnehmung nach Bildungsgrad und Alphabetisierung besonders deutlich bei Frauen in Istanbul.

Tatsächlich ist der Bildungsgrad eines Menschen als maßgebliche Einflussgröße im Hinblick auf seine gesundheitliche Situation hinlänglich bekannt (WHO, 2006a; WHO, 2009a). Auch wurde der Faktor Bildungsstatus bereits früher im Zusammenhang mit möglichen Wechseljahressymptomen diskutiert. Dennerstein et al. (1993) konnten anhand der Ergebnisse einer Studie in Australien beobachten, dass mit Anstieg der Anzahl der Bildungsjahre gleichzeitig auch weniger Wechseljahresbeschwerden berichtet wurden (Dennerstein et al., 1993). Auch in Literatur-Reviews und neueren Untersuchungen über diesbezügliche Untersuchungen in der Türkei wird beschrieben, dass je höher der Bildungsgrad der befragten Frauen war, desto weniger Wechseljahresbeschwerden von diesen angegeben wurden (Bayraktar & Uçanok, 2002; Koç & Sağlam, 2008). Özkan et al. bringen diese Beobachtung damit in Zusammenhang, dass Frauen mit einem höheren Bildungsgrad einen besseren Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und auch zu Gesundheitsinformationen haben, was sich positiv auf ihre gesundheitliche Lage auswirken kann (Özkan et al, 2005).

### Erwerbstätigkeit

Weiterhin wurde die subjektive Beschwerdewahrnehmung der befragten Frauen nach ihrer (aktuellen) Erwerbstätigkeit aufgeschlüsselt. Im Ergebnis gaben in allen Befragungskollektiven Frauen, die zum Befragungszeitpunkt nicht erwerbstätig waren, in allen Beschwerdekategorien häufiger „starke“ Beschwerden an, als erwerbstätige Frauen. Besonders nicht erwerbstätige türkeistämmige Frauen in Berlin gaben deutlich häufiger „starke“ Beschwerden an, als die korrespondierenden Subgruppen der beiden anderen Kollektive. Dieser Trend war v.a. in der Kategorie „körperliche Beschwerden“ (insgesamt vier von sechs Vergleichsgruppen), jedoch für keine Vergleichsgruppe in der Kategorie „vasomotorische und sexuelle Beschwerden“ signifikant.

Gerade bei ehemals erwerbstätigen Frauen kann der (unfreiwillige) Verlust der Erwerbstätigkeit zu einer schwierigen finanziellen Belastungssituation führen oder diese ggf. verstärken. Bei den türkeistämmigen Migrantinnen ist auch als möglicher Umstand der Erwerbslosigkeit die zunehmend schwierige Arbeitsmarktsituation in Deutschland für ungelernete Arbeitskräfte zu beachten (Brenke, 2008). Dass Arbeitslosigkeit sich negativ v.a. auf die psychosoziale Gesundheit eines Individuums auswirken kann, ist mehrfach belegt (Weber, 2007). Auch Gold et al. (2000) untersuchten in der sog. SWAN-Studie in den USA mit peri- und postmenopausalen Frauen verschiedener ethnischer Herkunft, ob der Erwerbstatus der Befragten einen möglichen Einfluss auf ihre Beschwerdewahrnehmung hatte. Dabei wurde von erwerbslosen Frauen eine höhere Beschwerdesymptomatik als von erwerbstätigen Frauen berichtet (Gold et al., 2000). In einer weiteren Untersuchung mit Frauen in Nordindien zeigte sich dagegen, dass erwerbstätige Frauen von verstärkt psychischen Beschwerden, erwerbslose Frauen jedoch verstärkt von körperlichen Beschwerden berichteten (Kakkar et al., 2007). Über den Einfluss von Erwerbstätigkeit auf die Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden zeigen sich in der vorhandenen Literatur bis dato z.T. sehr unterschiedliche Ergebnisse. Bereits in einer früheren ausführlichen Literaturarbeit diskutiert Greene (1990), dass daher nicht die Erwerbstätigkeit oder Erwerbslosigkeit als solche, sondern vielmehr die sozialen und ökonomischen Begleitumstände der Erwerbssituation und die damit verbundene berufliche Situation und Karriereerfüllung dazu beitragen, wie sich der Erwerbstatus auf die Beschwerdewahrnehmung in den Wechseljahren auswirken kann (Greene, 1990).

### Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen

Betrachtet nach der subjektiven Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen („familiäre- und Wohnsituation“, „Berufs- und Einkommenssituation“ und „Gesundheit und Leben insgesamt“) lassen sich deutliche Unterschiede in der Beschwerdewahrnehmung erkennen. In allen Vergleichskollektiven gaben Frauen, die mit mindestens einem Lebensbereich unzufrieden waren, in fast allen Beschwerdekategorien häufiger „starke“ Beschwerden an als Frauen, die mit allen aufgeführten Lebensbereichen zufrieden waren (ausgenommen: türkeistämmige Frauen und postmenopausale deutsche Frauen in Berlin in der Kategorie „vasomotorische und sexuelle Beschwerden“). Auch Seehafer (2000) beschreibt in einer Studie in Deutschland, dass eine höhere Lebenszufriedenheit der befragten deutschen Frauen mit einer deutlich geringeren Beschwerdewahrnehmung einherging (Seehafer, 2000).

Wie bereits weiter oben beschrieben kann die soziale Lebenssituation von Migrantinnen nicht nur mit Chancen, sondern auch mit besonderen Anforderungen und Risiken verbunden sein. In unserer Befragung äußerten türkeistämmige Migrantinnen häufiger Unzufriedenheit über ihre „familiäre- und Wohnsituation“, „Berufs- und Einkommenssituation“ und „Gesundheit und Leben insgesamt“ als deutsche Frauen in Berlin sowie Frauen in Istanbul. Da diese Lebensbereiche sich auf die gesundheitliche Lage auswirken können, ist ein möglicher Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden per se nicht ausgeschlossen.

Auch für Frauen in der Türkei werden erhebliche Defizite bei der psychosozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Situation beschrieben (UNFPA, o.J.; Aslan et al., 2003; Council of Europe, 2006, Spidla, 2006). In Studien aus der Türkei über die Wechseljahre wurden Aspekte der sozialen Situation von perimenopausalen Frauen genauer betrachtet. Bayraktar und Uçanok (2002) resümieren nach Durchsicht zahlreicher Untersuchungen, dass Unterschiede in der wahrgenommenen Beschwerdestärke, neben weiteren soziodemographischen Faktoren, auf einschneidende Lebenserfahrungen und soziale Unterstützung zurückzuführen sind (Bayraktar & Uçanok, 2002). Mehr als die Hälfte des türkeistämmigen Kollektivs in Berlin gab an, keine oder nur gelegentliche Kontakte außerhalb der Familie zu haben. Zu beachten ist hier, dass im türkeistämmigen Kulturkreis der Begriff Familie nicht nur die kleinere Kern- sondern auch die Großfamilie mit einschließt. Familiäre Kontakte können mit vielen Potentialen und Ressourcen einhergehen. Bei Begrenztheit sozialer Kontakte auf vorrangig familiäre Netzwerke kann dies

aber auch das Risiko der Einseitigkeit von Ressourcen und Alternativen (Janssen & Polat, 2006) und möglicherweise auch einseitige psychosoziale Coping- und Bewältigungsstrategien mit sich bringen. Insbesondere vor dem Hintergrund der vielschichtigen veränderten Anforderungen nach einer Migration, sicherlich in einer Reihe mit anderen Faktoren, könnte dies auch eine stärkere Beschwerdewahrnehmung ggf. mit begünstigen.

#### **4. Spielen Deutschkenntnisse eine Rolle bei der Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden bei türkeistämmigen Frauen in Berlin?**

Nach Stratifizierung der subjektiv wahrgenommenen Beschwerdestärke nach Grad der selbst eingeschätzten Deutschkenntnisse im türkeistämmigen Befragungskollektiv in Berlin zeigten sich deutliche Unterschiede. Frauen, die nach eigenen Angaben gar nicht oder nur wenig Deutsch sprechen und verstehen konnten, gaben in fast allen Beschwerdekategorien (Ausnahme: prämenopausale Frauen in der Kategorie „vasomotorische und sexuelle Beschwerden“) häufiger „starke“ Beschwerden an als Frauen mit „ausreichend bis guten“ Deutschkenntnissen. Allerdings waren diese Ergebnisse nur bei prämenopausalen Frauen in der Kategorie „körperliche Beschwerden“ signifikant.

Die Ergebnisse in diesem Zusammenhang könnten vorsichtig dahingehend interpretiert werden, dass, neben den bereits erwähnten soziodemographischen Einflussfaktoren, auch spezifische migrationsbedingte Faktoren das Erleben der Wechseljahre beeinflussen. Studien, in welchen die subjektive Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden bei Migrantinnen im Hinblick auf ihre Kenntnisse der Sprache des Aufenthaltslandes untersucht wurden, sind bisher nicht publiziert worden. Untersuchungen, die den Einfluss von Kenntnissen in der Landessprache des Aufnahmelandes auf die subjektive Wahrnehmung und Beurteilung der eigenen Gesundheit bei Migrantinnen aufzeigen, sind im europäischen Raum durchaus durchgeführt worden. So untersuchten Wiking et al. (2004) in einer schwedischen Studie die subjektive Beurteilung des eigenen Gesundheitsstatus und mögliche Einflussfaktoren u.a. bei Migrantinnen aus der Türkei sowie einem Vergleichskollektiv mit schwedischen Teilnehmerinnen. Die Autoren stellten fest, dass insbesondere für weibliche Teilnehmerinnen aus der Türkei ein etwa fünffach höheres Risiko bestand, den eigenen Gesundheitsstatus als schlecht zu beurteilen. Interessanterweise schien dieses Risiko, neben sozioökonomischen Faktoren, auch deutlich mit schlechten Schwedischkenntnissen der Studienteilnehmerinnen verknüpft zu sein. Die Autoren bringen dies in Verbindung mit den Anforderungen von Akkulturationsprozessen und betonen zugleich die

Bedeutung dieser für die subjektive Gesundheitswahrnehmung von Migrantinnen (Wiking et al., 2004).

Die Bedeutung von Sprachkenntnissen des Aufenthaltslandes in der Lebenssituation und im Alltag von Migrantinnen und Migranten ist nicht von der Hand zu weisen. Es sei hier jedoch auch anzumerken, dass in unserer Untersuchung „ausreichende bis gute“ Deutschkenntnisse signifikant mit einem „höheren“ Bildungsgrad verknüpft waren. Somit liegt auch der Schluss nahe, dass ein „niedrigerer“ Bildungsgrad nicht nur durch ein höheres Gesundheitsrisiko im Allgemeinen (WHO, 2009a), sondern bei Migrantinnen zusätzlich durch den möglichen Zusammenhang mit dem Grad von Deutschkenntnissen und deren Bedeutung für die psychosozialen Anforderungen im Akkulturationsprozess ein Risiko für Gesundheitsbelastungen darstellen könnte. Im diesem Zusammenhang war das Ziel, die Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden bei den befragten türkeistämmigen Migrantinnen auch im Hinblick auf ihre Aufenthaltsdauer in Deutschland zu untersuchen. Da die überwiegende Mehrheit der Frauen (88%) zum Befragungszeitpunkt seit mehr als mindestens 20 Jahren in Deutschland lebte und nur ein geringer Prozentsatz unter den Befragten eine relativ kürzere Aufenthaltsdauer angab (11-20 Jahre: 8%; <10 Jahre: 4%), waren die Berechnungen für diese Fragestellung statistisch nicht sinnvoll.

### **5. Gibt es Unterschiede in der Erwartungshaltung gegenüber möglichen Wechseljahresbeschwerden zwischen**

**a. türkeistämmigen Frauen und deutschen Frauen in Berlin sowie**

**b. türkeistämmigen Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul?**

Bei türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin und bei Frauen in Istanbul zeigt sich eine sehr ähnliche Erwartungshaltung gegenüber mit den Wechseljahren assoziierter Beschwerden, wohingegen sich diese von der Erwartungshaltung deutscher Frauen in Berlin signifikant unterschied. Im Gegensatz zu nur 7% der deutschen Frauen in Berlin hielt jeweils etwa ein Fünftel der türkeistämmigen Frauen in Berlin und der Frauen in Istanbul Wechseljahresbeschwerden für obligatorisch für jede Frau in dieser Lebensphase. Diese Meinung wurde, nach Aufschlüsselung nach dem formalen Bildungsstatus, prozentual häufiger von Frauen mit einem „niedrigeren Bildungsstatus“ vertreten, als von Frauen mit einem

„höheren Bildungsstatus“. Zugleich gab jeweils ein Drittel (TB=TI: 34%) der türkeistämmigen Migrantinnen im Vergleich zu einem Fünftel der befragten deutschen Frauen in Berlin (20%) an, nicht zu wissen, ob jede Frau in den Wechseljahren auch Wechseljahresbeschwerden haben muss. Die Ergebnisse waren für die Gruppe der Frauen in Istanbul statistisch signifikant.

Bei der Betrachtung dieser Ergebnisse drängt sich zunächst der Gedanke auf, ob die Erwartungshaltung möglicherweise soziokulturell geprägte Einstellungen zu den Wechseljahren widerspiegeln könnte. Gleichzeitig geben bereits frühere Studien Hinweise darauf, dass die Beschwerdewahrnehmung in den Wechseljahren durch Erwartung und Einstellungen gegenüber den Wechseljahren beeinflusst werden kann (Melby et al., 2005; Santoro & Green, 2009).

Erste Anhaltspunkte über Einstellungen und Erwartungen gegenüber den Wechseljahren bei Migrantinnen aus der Türkei geben David et al. (2000) in einer Befragung in Berlin. Dabei zeigte sich, dass die befragten türkeistämmigen Frauen weitaus schlechter über gesundheitliche Aspekte in den Wechseljahren informiert waren, als das deutsche Vergleichskollektiv. Weiterhin hatten die türkeistämmigen Frauen im Vergleich zu den deutschen Frauen eine negativere Einstellung gegenüber dieser Lebensphase und bejahten häufiger, dass jede Frau in den Wechseljahren Beschwerden durchleben müsse (David et al., 2000). Auch bisherige Untersuchungen in der Türkei zeigen eine ähnliche Tendenz. So wird in zahlreichen Studien eine eher negativere und fatalistische Einstellung und Erwartungshaltung gegenüber den Wechseljahren beschrieben (Ergöl & Eroğlu, 2001; Tortumluoğlu, 2004; Özkan et al., 2005; Koç & Sağlam, 2008). Ergöl und Eroğlu (2001) stellten in einer Befragung von Frauen in der Türkei fest, dass die Mehrheit der Frauen über ein sehr geringes Wissen über gesundheitliche Zusammenhänge in den Wechseljahren verfügte, was sich auch in Ergebnissen anderer Studien in der Türkei bestätigen ließ (Ergöl & Eroğlu 2001). Tortumluoğlu (2004) kommt nach Durchsicht zahlreicher Studien aus der Türkei zu dem Schluss, dass Frauen mit einer eher positiven Haltung gegenüber den Wechseljahren eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, weniger Beschwerden in diesem Lebensabschnitt wahrzunehmen (Tortumluoğlu, 2004). Schließlich folgern Koç und Sağlam (2008), dass die gesundheitliche Aufklärung und Beratung in den Wechseljahren wesentlich zur besseren Bewältigung dieser Lebensphase beitragen kann (Koç & Sağlam, 2008). Bei der genaueren Betrachtung unserer Ergebnisse ist folglich auch mangelndes Hintergrundwissen über diese Lebensphase als möglicher Einflussfaktor auf die Erwartungshaltung gegenüber möglichen Wechseljahressymptomen in Erwägung zu ziehen.

**6. Fühlen sich die Frauen subjektiv ausreichend über den Nutzen und die Risiken einer Hormontherapie in den Wechseljahren informiert? Unterscheiden sich hierbei**

- a. türkeistämmige Frauen und deutsche Frauen in Berlin sowie**
- b. türkeistämmige Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul?**

Bei der subjektiven Einschätzung der eigenen Informiertheit über den Nutzen und die Risiken einer menopausalen HT unterschieden sich türkeistämmige Migrantinnen und deutsche Frauen in Berlin signifikant. Im Gegensatz zu etwas mehr als einem Drittel der deutschen Frauen (36%) gab über die Hälfte der türkeistämmigen Frauen (55%) an, „gar nicht oder kaum“ informiert zu sein. Dagegen zeigt sich bei Frauen in Istanbul (60%) eine sehr ähnliche Häufigkeitsverteilung hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der eigenen Informiertheit über die HT wie bei türkeistämmigen Frauen in Berlin.

Dass die Informiertheit über die menopausale HT bei Frauen in verschiedenen Ländern, darunter auch Deutschland, sich deutlich unterscheiden kann, wird in einer Studie von Rozenberg et al. (2000) aus Mitte der 1990er Jahre, also bereits vor Veröffentlichung der Ergebnisse der sog. WHI- u.a. Studien, beschrieben. Bemerkenswerter Weise waren in Ländern mit einer niedrigeren HT-Anwendungsrate die befragten Frauen gleichzeitig schlechter informiert und umgekehrt. Weiterhin waren in Ländern mit einem besseren Zugang zum Gesundheitssystem höhere HT-Verschreibungstendenzen zu vermerken, was auch in Deutschland der Fall war (Rozenberg et al., 2000).

Auch in dieser Untersuchung wurden nach Berücksichtigung der HT-Anwendung in allen drei Kollektiven signifikante Unterschiede im Informiertheitsgrad der Frauen deutlich. Frauen, die jemals (aktuell oder zu einem früheren Zeitpunkt) Erfahrungen mit einer HT hatten, gaben weit häufiger an, besser informiert zu sein (TB: 54%; TI: 65%; DB: 80%) als Frauen, die zum Befragungszeitpunkt noch nie eine HT angewendet hatten (TB: 38%; TI: 34%; DB: 54%). Auffällig ist hier jedoch, dass sich zwischen den befragten deutschen und türkeistämmigen Frauen in Berlin mit sehr ähnlichen Häufigkeiten hinsichtlich der aktuellen HT-Anwendungserfahrungen weiterhin deutliche Unterschiede in der subjektiven Informiertheit zeigen. Hier stellt sich auch die Frage, inwieweit die obligatorische Patientenaufklärung v.a. bei einem großen Teil der türkeistämmigen Migrantinnen versagt hat. Mögliche Faktoren in diesem

Zusammenhang wären z.B. die Detailliertheit und Suffizienz des ärztlichen Aufklärungsgesprächs, sprachliche Barrieren und auch die damit verbundene eingeschränkte kommunikative Interaktivität zwischen Ärzten/-innen und Patientinnen.

In Deutschland wurde die menopausale HT erst nach Veröffentlichung der Ergebnisse der WHI-Studie in den Fokus von größeren Untersuchungen gerückt. Aus einer im Jahre 2003 durchgeführten repräsentativen telephonischen Befragung (n=6.007) von 45-60 jährigen Deutsch sprechenden Frauen in Deutschland, wobei Migrantinnen nicht separat berücksichtigt sind, geht hervor, dass etwa 80% der befragten Frauen, die jemals eine HT angewendet hatten, angaben, über die damit verbundenen möglichen Gesundheitsrisiken informiert zu sein (Heitmann, 2005). Aus der Türkei sind repräsentative Daten zur Informiertheit über die menopausale HT bisher nicht publiziert worden. Jedoch werden in einschlägigen Untersuchungen erhebliche Informationsdefizite über die Wechseljahre im Allgemeinen beschrieben (Ergöl & Eroğlu, 2001; Biri et al., 2005).

### **7. Wie wirkt sich der Bildungsgrad auf die Informiertheit über die Hormontherapie in den Wechseljahren aus?**

Nach Berücksichtigung des Bildungsgrades beim von den Frauen selbst angegebenen Informiertheitsgrad über die HT lassen sich signifikante Unterschiede innerhalb der drei Kollektive erkennen. Hierbei waren in allen drei Kollektiven (TB: 58%; TI: 68%; DB: 65%) jeweils die Mehrheit der Frauen mit einem „höheren Bildungsstatus“ nach unserer Einteilung der Selbsteinschätzung der Befragten „ausreichend bis gut“ informiert. Dagegen konnten sowohl türkeistämmige Frauen in Berlin, als auch Frauen in Istanbul mit einem „niedrigeren Bildungsstatus“ mehrheitlich der Kategorie „gar nicht oder kaum“ informiert zugeordnet werden (TB: 63%; TI: 82%). Ferner schätzten sich unter den türkeistämmigen Frauen in Berlin sowie den Frauen in Istanbul Frauen mit fehlender oder geringer Alphabetisierung (Lesekundigkeit) signifikant häufiger als schlechter informiert ein, als Frauen mit „ausreichender bis guter“ Alphabetisierung (TB: 27% vs. 50%; TI: 3% vs. 55%).

Ähnliche Ergebnisse sind aus einer repräsentativen telephonischen Befragung deutschsprechender Frauen in Deutschland aus dem Jahre 2003 bekannt. Gefragt nach ihrem Informiertheitsgrad über die HT waren Frauen mit einem formal niedrigen Bildungsstatus am schlechtesten über die Risiken und Nutzen einer HT informiert (Heitmann et al., 2005). Zur

Informiertheit von türkeistämmigen Migrantinnen über die HT sind in Deutschland bisher keine Ergebnisse veröffentlicht worden. Untersuchungen mit dieser Zielgruppe zeigen jedoch einen deutlichen Zusammenhang zwischen höherem Bildungsgrad und besserer gesundheitlicher Informiertheit. So fand sich in einer Berliner Befragung von türkeistämmigen Migrantinnen zur Informiertheit über die weibliche Anatomie und Körperfunktionen, Gesundheitsprävention und Kontrazeption ein besserer Kenntnisstand u.a. bei Migrantinnen mit höherer Bildung (David et al., 2000).

Doch sollte bei der Erörterung von möglichen Einflussfaktoren auf die Informiertheit über die HT nicht nur der Zugang zu vorhandenen Informationen, sondern stets auch die Verfügbarkeit und das Vorhandensein von Informationen in einem bestimmten Setting berücksichtigt werden.

In diesem Zusammenhang wird bei der Betrachtung der in Studien aus der Türkei beschriebenen häufig geringen Informiertheit von Frauen über gesundheitliche Aspekte in den Wechseljahren auf den herrschenden Mangel an Gesundheitsinformationen für Frauen in dieser Lebensphase hingewiesen (Ergöl & Eroğlu, 2001). Dies kann möglicherweise besonders bei Frauen mit einem niedrigeren Bildungsstatus und bei Analphabetinnen deutlicher zum Ausdruck kommen. Somit könnte der besonders hohe Anteil an schlecht informierten Frauen in diesen Subgruppen in unserer Befragung auch durch den Mangel an angemessenen gesundheitlichen Informationsmöglichkeiten in der Türkei mitbedingt sein. Aber auch in Deutschland besteht der Bedarf an bevölkerungsbezogenen adäquaten Strategien und Maßnahmen zur gesundheitlichen Aufklärung und Bildung bei Migrantinnen mit geringer Alphabetisierung und Bildungsgrad sowie mit geringen Deutschkenntnissen.

### **8. Wie wirken sich bei türkeistämmigen Frauen in Berlin Deutschkenntnisse auf die Informiertheit über die Hormontherapie in den Wechseljahren aus?**

In bisherigen Untersuchungen im Zusammenhang mit der menopausalen HT in Deutschland sind Migrantinnen nicht gesondert berücksichtigt worden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob Informationen zu Risiken und Nutzen einer menopausalen HT Frauen aus verschiedenen sozialen und kulturellen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen erreichen (Knopf et al., 2008).

Ausgehend davon, dass der Zugang zu Informationen über die HT in Deutschland, sowohl verbal als auch schriftlich, im Regelfall auch von Kenntnissen der deutschen Sprache abhängen kann, wurden die Angaben zur Informiertheit über die HT im türkeistämmigen Kollektiv weiterhin nach den Angaben der Frauen zu ihren Deutschkenntnissen stratifiziert.

Es zeigt sich, dass Frauen mit defizitären Deutschkenntnissen sich signifikant häufiger als „gar nicht oder kaum“ (gemäß unserer Gradeinteilung) über die HT informiert fühlten als Frauen, deren Selbsteinschätzung ihrer Deutschkenntnisse als „ausreichend bis gut“ eingestuft wurde.

Der Zusammenhang zwischen Deutschkenntnissen und der Informiertheit über gesundheitliche Aspekte bei türkeistämmigen Migrantinnen wird auch von David et al. (2000) beschrieben. Befragt nach dem eigenen Wissen über Basisfunktionen des weiblichen Körpers, korrelierte ein höherer Grad der Informiertheit, neben einem höheren Bildungsgrad und Alphabetisierung, mit besseren Deutschkenntnissen (David et al., 2000).

Bei der Frage nach dem Zugang zu (deutschsprachigen) Gesundheitsinformationen spielen Kenntnisse der Deutschen Sprache eine wichtige Rolle. Jedoch zeigen sich in unserer Befragung bessere Deutschkenntnisse signifikant häufiger bei Frauen mit einem höheren Bildungsgrad. Somit waren Migrantinnen mit einem geringeren Bildungsgrad bei häufig schlechteren Deutschkenntnissen in besonderem Maße von Zugangsbarrieren zu Gesundheitsinformationen betroffen. Bei gleichzeitig fehlender Alphabetisierung entfällt weiterhin auch die aktive Nutzung von gedruckten Gesundheitsinformationen in türkischer Sprache.

### **9. Ist die WHI-Studie den Frauen bekannt? Unterscheiden sich hierbei**

- a. türkeistämmige Frauen und deutsche Frauen in Berlin sowie**
- b. türkeistämmige Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul?**

Nach der Veröffentlichung der ersten Ergebnisse der WHI-Studie (2002, 2004) fand hinsichtlich der menopausalen HT sowohl bei betroffenen Frauen, als auch in medizinischen Fachkreisen weltweit ein Umdenken statt (Heitmann et al., 2005; Erenus et al., 2007; Gothe, 2008; Bluming & Tavaris, 2009). Die Ergebnisse dieser umfangreichen und robusten Studie konnten erhebliche gesundheitliche Risiken bei einer Langzeitbehandlung mit der HT aufzeigen (Writing group for the Women's Health Initiative Investigators, 2002; Women's Health Initiative Steering

Committee, 2004; Heiss et al., 2008). In späteren Publikationen wurde aber auch deutlich, dass die observierten Risiken unter einer HT-Anwendung unter Einbeziehung verschiedener Faktoren differenzierter betrachtet werden müssen (Lukes, 2008; Bluming & Tavris, 2009). So zeigte sich beispielsweise in Abhängigkeit vom Alter und Zeitraum seit der Menopause bei über 70jährigen Frauen und bei Frauen, die seit mehr als 20 Jahren in der Postmenopause waren, ein besonders hohes Risiko für eine koronare Herzkrankheit (Roussow et al., 2007).

Die Frauen in allen drei Kollektiven wurden dazu befragt, ob ihnen die WHI-Studie bekannt sei. Immerhin fast die Hälfte der deutschen Frauen in Berlin gab an, die WHI-Studie zu kennen. Dagegen war sie den türkeistämmigen Frauen in Berlin (84%) und den Frauen in Istanbul (76%) weitgehend unbekannt. Insgesamt unterschied sich das türkeistämmige Kollektiv in Berlin signifikant von den beiden anderen Vergleichsgruppen. Gefragt nach der Informationsquelle berichtete die Mehrheit der Frauen in allen drei Kollektiven, über die Medien (Radio bzw. TV, Zeitschriften) von der WHI-Studie erfahren zu haben. Dennoch wurden Medien vergleichsweise weit weniger häufig von den befragten türkeistämmigen Frauen in Berlin angegeben (TB: 63%; DB: 86%; TI: 79%). Dagegen wurden wiederum Ärzte/-innen im türkeistämmigen Kollektiv in Berlin häufiger (TB: 22%; DB: 12%; TI: 13%) als Informationsquelle angegeben. Der geringe Bekanntheitsgrad der WHI-Studie bei türkeistämmigen Frauen in Berlin und bei Frauen in Istanbul reiht sich ein in den zuvor vorgestellten, mehrheitlich von den befragten Frauen in beiden Kollektiven als defizitär angegebenen eigenen Informiertheitsgrad über die HT.

In Anbetracht der möglichen weitreichenden gesundheitlichen Nachteile der HT wurden weltweit Änderungen der bisherigen Therapieempfehlungen durch die zuständigen Fachgesellschaften, so auch in Deutschland und in der Türkei ausgesprochen (Ertüngealp, 2003; Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe et al., 2009). Eine Entscheidung für oder gegen eine HT-Behandlung, sollte stets individuell angepasst und gemeinsam mit der Patientin getroffen werden. Für eine solche Partizipation im Entscheidungsprozess ist es jedoch erforderlich, dass die betroffenen Frauen über ausreichend Informationen über die möglichen Risiken und Nutzen dieser Therapieform verfügen bzw. adäquaten Zugang zu Informationen haben. Hierbei kommt der Informationsquelle auch eine besondere Bedeutung als Einflussgröße auf die Haltung der Frauen gegenüber der HT zu. Dass diese durch die Medienberichterstattung im Rahmen der WHI-Studienergebnisse beeinflusst werden kann, ist hinreichend bekannt (Bluming & Tavris, 2009). Aber auch die Informationsvermittlung zu den Risiken und Nutzen

einer HT durch Ärzte/-innen kann, z.B. durch ihr Beratungsverhalten und eigene Haltung, die Einstellungen ihrer Patientinnen zur HT maßgeblich mit beeinflussen (Hoffmann et al., 2005).

### **10. Wie stellen sich die Anwendung und Einstellung zur Hormontherapie in den Wechseljahren im Vergleich zwischen türkeistämmigen Frauen und deutschen Frauen in Berlin dar?**

Um die Einstellung der Studienteilnehmerinnen zur menopausalen HT einschätzen zu können, wurden die Frauen zu ihrer Meinung befragt, ob man die eigene Gesundheit in den Wechseljahren durch die Anwendung einer HT beeinflussen kann. Dabei differierten die Meinungen der türkeistämmigen Migrantinnen und der deutschen Frauen in Berlin stark. Die befragten türkeistämmigen Migrantinnen gaben am häufigsten an (38%), nicht zu wissen, ob die HT einen Einfluss auf die Gesundheit habe, während die befragten deutschen Frauen am häufigsten (35%) ein Gleichgewicht zwischen möglichen Vor- und Nachteilen einer HT nannten. Zudem vertrat ein größerer Anteil an türkeistämmigen Frauen in Berlin (21%) die Meinung, dass die HT einen eher günstigen Einfluss auf die eigene Gesundheit habe, als dies im deutschen Befragungskollektiv der Fall war (16%).

Etwa zwei Drittel der türkeistämmigen Frauen (66%) berichteten, dass sie im Zusammenhang mit den Wechseljahren bereits einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht hatten, demgegenüber hatte weniger als die Hälfte der befragten deutschen Frauen (44%) einen Arzt oder eine Ärztin konsultiert.

Weiterhin wurde in unserer Befragung eine aktuelle HT-Anwendung in beiden Vergleichskollektiven zu fast gleichen Anteilen (TB: 17%; DB: 16%) angegeben. Dagegen berichteten mit etwa 47% türkeistämmige Frauen in Berlin signifikant häufiger, insgesamt bereits Erfahrungen mit der HT-Anwendung zu haben, als vergleichsweise die befragten deutschen Frauen (38%). Nach den Ergebnissen einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit durchgeführten repräsentativen Befragung hatten 35% der befragten Frauen zwischen 45-60 Jahren in Deutschland bereits Erfahrungen mit einer HT-Anwendung (forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbh, 2003), wobei hier nicht klar ist, ob auch Migrantinnen einbezogen wurden.

Dass im türkeistämmigen Befragungskollektiv insgesamt häufiger Erfahrungen mit der HT-Anwendung zu verzeichnen waren, könnte möglicherweise mit den häufiger berichteten „starken“ Beschwerden und der höheren Frequenz an ärztlichen Konsultationen in den Wechseljahren in Verbindung gebracht werden. Insgesamt fällt dagegen jedoch, trotz unterschiedlichem Intensitätsmuster in der Beschwerdewahrnehmung, die nahezu identische aktuelle HT-Anwendungsrate in beiden Kollektiven zum Befragungszeitpunkt auf. Möglicherweise könnte dies auf aktuelle Verschreibungstendenzen durch Ärzte/-innen in Deutschland zurückzuführen sein, die maßgeblich durch die Veröffentlichung der Ergebnisse der WHI-Studie dahingehend mit beeinflusst wurden, dass die Verschreibungen insgesamt rückläufig, bzw. laufende Therapien abgebrochen wurden (Heitmann, 2005; Melby et al., 2005; Gothe, 2008; Knopf et al., 2008).

### **11. Unterscheiden sich die Anwendung und Einstellung zur Hormontherapie in den Wechseljahren zwischen türkeistämmigen Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul?**

Gefragt nach einem möglichen Einfluss der HT auf die Gesundheit, unterschieden sich die Meinungen von türkeistämmigen Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul deutlich. Im Vergleich zum türkeistämmigen Kollektiv in Berlin (38%) gab in Istanbul ein deutlich höherer Anteil an Frauen (49%) an, nicht zu wissen, ob die eigene Gesundheit durch die Anwendung einer HT beeinflusst werden kann. Weiterhin glaubten die Befragten im türkeistämmigen Kollektiv in Berlin (21%) häufiger an einen günstigen Einfluss der HT auf die Gesundheit als die Vergleichsgruppe in Istanbul (12%). Zusammengefasst deuten diese Ergebnisse in beiden Vergleichsgruppen, besonders im Zusammenhang mit den bereits erörterten Angaben zur Informiertheit über die HT, auf deutliche Informationsdefizite sowie Unsicherheit im Hinblick auf die HT in den Wechseljahren.

Vergleicht man das HT-Anwendungsverhalten in beiden Befragungskollektiven, so werden signifikante Unterschiede ersichtlich. Insgesamt hatten türkeistämmige Frauen in Berlin (47%) nicht nur häufiger bereits Erfahrungen mit der HT-Anwendung als Frauen in Istanbul (22%), sondern gaben auch vielfach häufiger eine aktuelle Behandlung mit der HT an als diese (TB: 17%; TI: 4%). Gleichzeitig hatte im Zusammenhang mit den Wechseljahren ein höherer Anteil an Frauen im türkeistämmigen Befragungskollektiv (66%) einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht als die korrespondierende Vergleichsgruppe in Istanbul (50%).

Die vielfach höheren HT-Anwendungsraten (frühere und/oder aktuell) im türkeistämmigen Kollektiv in Berlin mögen, wie bereits zuvor beschrieben, mitunter auch in einer häufigeren Wahrnehmung von „starken“ Beschwerden und einer höheren Frequenz an ärztlichen Konsultationen begründet sein. Dadurch können aber die Unterschiede im Anwendungsverhalten nicht vollständig erklärt werden, bedenkt man, dass sich auch im deutschen Befragungskollektiv, trotz weit geringerer Prävalenz an „starken“ Beschwerden, eine fast identische aktuelle Anwendungsrate wie in der türkeistämmigen Vergleichsgruppe in Berlin darstellte.

Bei der kritischen Betrachtung der Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen und der Nutzung von Medikamenten sollte auch der Zugang zum Gesundheitssystem mitberücksichtigt werden. Rozenberg et al. (2000) beschreiben in einer vergleichenden Untersuchung zur HT-Anwendung in verschiedenen europäischen Ländern, dass höhere HT-Anwendungsraten mit einer besseren medizinischen Infrastruktur und einer höheren Verfügbarkeit von gynäkologischer Versorgung für menopausale Frauen in dem jeweiligen Land einhergingen (Rozenberg et al., 2000).

Im Gegensatz zu dem Pflichtversicherungssystem in Deutschland mit einer für alle Versicherten zugänglichen modernen medizinischen Versorgung wird für große Teile der Bevölkerung in der Türkei der de facto Zugang zur gesundheitlichen Versorgung in der Realität als eher ungünstig beschrieben. Unabhängig vom Versicherungsstatus gilt als Hauptproblem, dass die staatliche Gesundheitsversorgungsstruktur eine adäquate gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung nicht gewährleisten kann (Dikbayır & Karaduman, 2000). Folglich können die höheren HT-Anwendungsraten in Berlin mitunter auch den besseren Zugang zum Gesundheitssystem, somit aber zugleich ärztliche HT-Verschreibungstrends in Deutschland widerspiegeln.

Das Erleben der Wechseljahre und die Einstellungen zu dieser Lebensphase können neben vielen Faktoren auch durch die sog. „Medikalisierung“ dieser Lebensphase beeinflusst werden (Melby et al., 2005). Unsere Ergebnisse sollen, auch unter diesem Aspekt, im Folgenden genauer im Hinblick auf die Rolle der Ärzte/-innen bei der Anwendung und Informiertheit über die HT diskutiert werden.

**12. Welche Rolle spielen Ärzte/-innen hinsichtlich der Informiertheit über und Anwendung der Hormontherapie in den Wechseljahren? Unterscheiden sich hierbei**

- a. türkeistämmige Frauen und deutsche Frauen in Berlin sowie**
- b. türkeistämmige Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul?**

Bei kritischer Betrachtung der Untersuchungsergebnisse wird deutlich, dass bei allen befragten Frauen sowohl hinsichtlich der Informiertheit und Meinung zur HT als auch des HT-Anwendungsverhaltens Ärzten/-innen eine bedeutende Rolle zuteil wird. Besonders auffällig ist der Einfluss der Ärzte/-innen auf den Umgang mit der HT im türkeistämmigen Kollektiv in Berlin und bei Frauen in Istanbul. So gaben etwa 77% der türkeistämmigen Frauen in Berlin und 62% der Frauen in Istanbul an, in ihrer Meinung zur HT am stärksten durch Ärzte/-innen beeinflusst worden zu sein. Im deutschen Kollektiv in Berlin wurden die Befragten nach eigener Meinung vergleichsweise seltener durch Ärzte/-innen (43%) beeinflusst. Hier spielten die Medien (Radio, TV, Zeitschriften) eine größere Rolle (44%) als in den beiden anderen Vergleichsgruppen (TB: 11%; TI: 25%). Der Umstand, dass für das türkeistämmige Kollektiv in Berlin Medien auffällig seltener einen bedeutenden Einfluss auf ihre Meinungen hatten, kann mitunter auch auf Zugangsbarrieren zu Informationen durch deutschsprachige Medien aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse und defizitärer Alphabetisierung in Teilen des Kollektivs zurückgeführt werden.

Unter den Frauen im türkeistämmigen Kollektiv in Berlin, die bereits Erfahrungen mit einer HT-Anwendung hatten, gaben alle (100%) an, diese auf Anraten durch Ärzte/-innen begonnen zu haben. Ähnlich stark stellte sich der Einfluss der Ärzte/-innen auf die Initiation einer HT bei Frauen in Istanbul (98%) und bei deutschen Frauen in Berlin (98%) dar. Eine bereits begonnene HT-Anwendung wurde bei etwas mehr als jeweils der Hälfte der türkeistämmigen Frauen in Berlin und Frauen in Istanbul auf Anraten durch Ärzte/-innen abgebrochen. Dagegen hatten etwa 70% der deutschen Frauen selbst entschieden, die HT abzubrechen. Bedenkt man, dass die befragten deutschen Frauen signifikant häufiger als „ausreichend bis gut“ informiert eingestuft werden konnten, so kann eine bessere Informiertheit die aktive eigene Entscheidungsfindung wesentlich unterstützt haben, was den geringeren Einfluss durch Ärzte/-innen mit erklären mag.

Dass Ärzte/-innen eine zentrale Rolle beim Umgang ihrer Patientinnen mit der menopausalen HT einnehmen können, beschreiben auch Heitmann et al. (2003). Demnach wurden etwa 40% der Frauen, die von den möglichen Risiken gehört hatten, von ihren Ärzten/-innen darüber informiert. Mehr als die Hälfte der Frauen, die eine laufende HT nicht beendet hatten, haben diese auf Anraten ihres Arztes bzw. ihrer Ärztin fortgesetzt. Eine Beendigung der HT als Reaktion auf die Information über Risiken wurde auf Anraten von ärztlicher Seite wiederum nur bei 18% aller Abbrüche herbeigeführt (Heitmann et al., 2005).

Auch in einer Untersuchung in Istanbul stellen Erenus et al. (2007) fest, dass Beginn und Abbruch einer HT maßgeblich durch die Informationsquelle über die HT beeinflusst wurde, die in ihrer Studie neben Medien mit Ärzten/-innen benannt wurde (Erenus et al., 2007). Ähnliche Ergebnisse liefern auch internationale Studien, die die Rolle der behandelnden Ärzte/-innen als die wichtigste Einflussgröße auf das HT-Anwendungsverhalten ihrer Patientinnen hervorheben (Limouzin-Lamothe, 1996 in Rozenberg, 2000; Macdougall et al., 1999 in Krishna, 2002; Hoffmann et al., 2005).

Insgesamt legen unsere Ergebnisse nahe, dass Ärzte/-innen einen wesentlichen Faktor beim Umgang mit der HT darstellen können, was vor dem Hintergrund ihrer Rolle als therapeutische und beratende medizinische Autorität auch unumgänglich ist und nicht überrascht. Bedenkt man jedoch, dass sich die gesundheitliche Basisinformiertheit und der Zugang zu Informationen unter Frauen erheblich unterscheiden können, kann auch die Gewichtung oder die Relation der ärztlichen Rolle bei der Informiertheit und dem Umgang mit der HT unter Patientinnen variieren. Insbesondere für Frauen mit erschwertem Zugang zu Informationen in Subgruppen des türkeistämmigen Befragungskollektivs in Berlin, wie z.B. durch unzureichende Alphabetisierung oder mangelnde Deutschkenntnisse, können Ärzte/-innen womöglich den wichtigsten Zugang zu gesundheitlichen Informationen darstellen. Dies kann möglicherweise sowohl zu Unsicherheiten im Umgang mit der HT, als auch zu einseitiger Informiertheit führen. Folglich können auch das Beratungsverhalten und die Therapiekonzepte der behandelnden Ärzte/-innen sich stärker im HT-Anwendungsverhalten der Patientinnen widerspiegeln, als dies ohnehin anzunehmen ist.

## 5. Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die subjektive Wahrnehmung von möglichen Wechseljahresbeschwerden, die Informiertheit über die menopausale HT und die HT-Anwendung bei türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin zu untersuchen. Durch den Vergleich mit deutschen Frauen in Berlin sowie Frauen in Istanbul in korrespondierenden Befragungskollektiven konnten hierbei Unterschiede sowie Gemeinsamkeiten im Erleben der Wechseljahre und im Umgang mit der menopausalen HT aufgezeigt werden. Bei der Analyse und kritischen Betrachtung der Ergebnisse fanden migrationspezifische und soziodemographische Aspekte besondere Berücksichtigung.

### 5.1 Wesentliche Studienergebnisse

#### *Erleben der Wechseljahre:*

- Die Wahrnehmung von Wechseljahresbeschwerden bei den befragten türkeistämmigen Frauen und deutschen Frauen in Berlin variierte deutlich nach kultureller Herkunft. Türkeistämmige Migrantinnen berichteten in allen Symptomkategorien signifikant häufiger über starke Beschwerden als deutsche Frauen.
- Bei gleicher kultureller Herkunft zeigten sich zwischen türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin und Frauen in Istanbul nach lokalem Setting (Aufenthaltsland) Unterschiede in der Beschwerdewahrnehmung. Dabei gaben, bei ansonsten gleicher Beschwerderangfolge und gleichem -muster in beiden Befragungsstichproben, türkeistämmige Frauen in Berlin häufiger starke Beschwerden an als die befragten Frauen in Istanbul.
- Insgesamt differierte die Beschwerdewahrnehmung in allen drei Befragungskollektiven deutlich nach soziodemographischen und psychosozialen Faktoren. Starke Beschwerden wurden häufiger von Frauen mit einem formal niedrigeren Bildungsgrad, unzureichender Alphabetisierung, fehlender Erwerbstätigkeit und von Frauen, die unzufrieden mit verschiedenen Lebensbereichen waren, berichtet.
- Bei türkeistämmigen Frauen in Berlin spielten Deutschkenntnisse eine Rolle bei der Beschwerdewahrnehmung. Frauen mit fehlenden oder geringen Deutschkenntnissen berichteten insgesamt häufiger von starken Beschwerden.
- Die Erwartungshaltung gegenüber möglichen Wechseljahresbeschwerden unterschied sich in der Befragungsstichprobe zunächst signifikant nach kultureller Herkunft. Die

befragten türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin und die Frauen in Istanbul vertraten häufiger als deutsche Frauen in Berlin die Meinung, dass Wechseljahresbeschwerden obligatorisch für Frauen in dieser Lebensphase seien.

- Obligatorische Beschwerden in den Wechseljahren wurden jedoch v.a. von Frauen mit einem formal niedrigeren Bildungsgrad angenommen. In diesem Zusammenhang können daher u.a. mangelnde gesundheitliche Informiertheit und Basiswissen als wesentliche meinungsbildende Einflussfaktoren diskutiert und von möglichen kulturellen Einflüssen abgegrenzt werden.

### ***Informiertheit über die HT und HT-Anwendung:***

- Türkeistämmige Migrantinnen in Berlin gaben signifikant häufiger an, schlecht oder gar nicht über die HT informiert zu sein als deutsche Frauen in Berlin. Eine ähnliche Selbsteinschätzung zeigte sich bei Frauen in Istanbul, die sich ebenfalls mehrheitlich als schlecht informiert einstuften.
- Subjektive Informiertheit über die HT unterschied sich weiterhin nach Bildung und Alphabetisierung der Befragungstichprobe. Frauen mit einem formal niedrigeren Bildungsstatus, fehlender oder geringer Alphabetisierung schätzen sich signifikant häufiger als schlecht informiert über die HT ein als Frauen mit einem höherem Bildungsstatus und ausreichender bis guter Alphabetisierung.
- Bei türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin zeigten sich Unterschiede in der Informiertheit über die HT nach den Deutschkenntnissen der Frauen. Frauen mit gar keinen oder geringen Deutschkenntnissen gaben signifikant häufiger an, schlecht informiert zu sein. Ebenfalls zeigte sich, dass Frauen, die bereits Anwendungserfahrungen mit der menopausale HT hatten, zugleich besser über diese informiert waren, wobei türkeistämmige Frauen mit HT-Anwendungserfahrungen dennoch deutlich schlechter informiert waren als die deutsche Vergleichsgruppe.
- Die WHI-Studie, die 2002 neue Erkenntnisse über mögliche Risiken der HT zu Tage brachte, war den türkeistämmigen Migrantinnen, aber auch den befragten Frauen in Istanbul weitgehend unbekannt. Dagegen hatte etwa jede zweite deutsche Frau in Berlin bereits von der Studie gehört. In allen drei Befragungsgruppen wurde die Mehrheit der Frauen über die Medien über die WHI-Studie informiert.

- Türkeistämmige Migrantinnen unterschieden sich in ihrer Einstellung zur HT wesentlich von deutschen Frauen, aber auch von Frauen in Istanbul. Insbesondere fällt auf, dass von den befragten Migrantinnen häufiger ein überwiegend günstiger Einfluss der HT auf die Gesundheit angenommen wird, als in den beiden Vergleichsgruppen.
- Insgesamt war die aktuelle HT-Anwendungsrate bei den in Berlin lebenden befragten deutschen und türkeistämmigen Frauen fast identisch und zugleich um ein Vielfaches höher als bei Frauen in der Türkei. Von den befragten türkeistämmigen Migrantinnen hatte fast jede zweite Frau bereits HT-Anwendungserfahrungen.
- In allen Befragungskollektiven zeigt sich ein zentraler Einfluss von Ärzten/-innen auf die Informiertheit und die Meinung der Frauen über die HT. Insbesondere von türkeistämmigen Migrantinnen in Berlin wurden Ärzte/-innen als stärkste Einflussgröße auf die eigene Einstellung zur HT genannt.
- Nahezu alle Frauen mit HT-Anwendungserfahrungen gaben an, eine HT auf den Rat von Ärzten/-innen begonnen zu haben. Dagegen erfolgte der Abbruch einer bereits begonnenen HT nur bei etwa jeder zweiten Frau auf den Rat von Ärzten/-innen.

## 5.2 Reflektion der Ergebnisse und Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass soziodemographische und psychosoziale Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf die Wahrnehmung von mit den Wechseljahren assoziierten Beschwerden haben. Gleichzeitig zeigt sich auch ein migrationsspezifischer Effekt, denn in unserer Befragungsstichprobe gaben Migrantinnen in einem höheren Maße als deutsche Frauen, aber auch als Frauen gleicher Herkunft in Istanbul, starke Wechseljahresbeschwerden an. Die Ergebnisse legen nahe, dass migrationsspezifische Anforderungen der Lebenssituation die Beschwerdemanifestation und -wahrnehmung möglicherweise entscheidend mitbeeinflussen können. Dabei gilt festzuhalten, dass Migrationserfahrung allein keinesfalls mit einer höheren Beschwerdewahrnehmung assoziiert sein muss, sondern dass diese durch weitere Faktoren, die sich aus einer vergleichsweise schlechteren sozialen Lage ergeben können, mitbestimmt ist. So können bei gleichzeitigem Vorhandensein bestimmter soziodemographischer Risikofaktoren möglicherweise eine höhere Vulnerabilität für eine stärkere Beschwerdewahrnehmung in den Wechseljahren und/oder inadäquate Copingstrategien und Ressourcen zur Bewältigung dieser mit begünstigt sein. Die genauere Untersuchung von möglichen Gesundheitsrisiken, aber v.a. auch von gesundheitsfördernden Ressourcen bei Migrantinnen könnte den Gegenstand weiterer Forschungsbemühungen darstellen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung deuten weiterhin auf einen erheblichen Informationsmangel hinsichtlich der Wechseljahre und der menopausalen HT bei den befragten türkeistämmigen Migrantinnen hin. Mangelnde Deutschkenntnisse, ein formal niedriger Bildungsstatus und unzureichende Alphabetisierung bilden hier wesentliche Informationsbarrieren. Vor diesem Hintergrund stellen Ärzte/-innen offenbar den wichtigsten Zugang zu Gesundheitsinformationen dar. Informationsdefizite können jedoch, v.a. in Anbetracht von möglichen sprachlichen Kommunikationsproblemen, im Rahmen einer Arzt/Ärztin-Patientin-Interaktion allein wohl kaum ausreichend aufgeholt werden und erfordern zusätzliche patientenorientierte Kommunikationsstrategien und zielgruppenorientierte Informationsangebote. Denn die Nachvollziehbarkeit von gesundheitlichen Zusammenhängen und Therapiemaßnahmen unterstützt den adäquaten Umgang mit Gesundheitsproblemen und stellt eine wichtige Voraussetzung dafür dar, Entscheidungen hinsichtlich der eigenen Gesundheit bewusst zu treffen.

In Bezug auf Bemühungen für eine bevölkerungs- und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für Migrantinnen erscheint es folgerichtig, diese in ihrer Handlungskompetenz hinsichtlich der eigenen Gesundheit zu stärken und um das hiesige Gesundheitssystem und dessen Möglichkeiten bestmöglich nutzen zu können. Der Aspekt der gesundheitlichen Informiertheit rückt hierbei, nicht nur im Zusammenhang mit den möglichen Nutzen und Risiken einer menopausalen HT, weiterhin in einen zentralen Fokus bei der Diskussion um die gesundheitliche Lage von Migrantinnen.

## 6. Literaturverzeichnis

- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg: Pressemitteilung vom 01.07.2008 – Nr. 170. Potsdam 2008. Zugriff am 12.04.2009: <http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/pms/2008/08-07-01b.pdf>
- Aslan, D., Özvarış, S. & Esin, Ç.: Gender and health status of women in Turkey. Eastern Mediterranean University 2003.
- Atkinson, R. & Flint, J.: Accessing Hidden and Hard-to-Reach Populations: Snowball Research Strategies. University of Surrey, Social Research Update 2001; 33. Zugriff am 03.11.2006: <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU33.html>
- Austad, S.N.: Menopause: An Evolutionary Perspective. *Experimental Gerontology* 1994; 29 (3/4): 255-263.
- Avis, N.E., Stellato, R., Crawford, S. et al.: Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Social Science & Medicine* 2001; 52 (3): 345-356.
- Bayraktar, R. & Uçanok, Z.: Menopoza İlişkin Yaklaşımların Ve Kültürlerarası Çalışmaların Gözden Geçirilmesi. *Aile ve Toplum Dergisi* 2002; 5 (2), 5-12.
- Berger, M., Galonska, C., & Koopmans, R.: Not a Zero-Sum Game: Ethnic communities and political integration of migrants in Berlin. Workshop on Political Participation of Immigrants and their Descendants in Post-War Western Europe, 2002. Zugriff am 23.10.2008: <http://www.essex.ac.uk/ecpr/events/jointsessions/paperarchive/turin/ws14/berger-galonska.pdf>
- Biri, A., Bakar, C., Maral, I., Karabacak, O. & Bumin, M.A.: Women with or without menopause over age of 40 in Turkey; consequences and treatment options. *Maturitas* 2005; 50(3), 167-76.
- Bluming, A.Z. & Tavris, C.: Hormone Replacement Therapy: Real Concerns and False Alarms. *The Cancer Journal* 2009; 15 (2): 93–104.
- Boos-Nünning, U.: Frauen in der Migration. Referat auf SkF-Frühjahrszentralrat am 13.07.2004. Zugriff am 16.01. 2008: [http://www.skf-zentrale.de/Frauen\\_in\\_der\\_Migration.pdf](http://www.skf-zentrale.de/Frauen_in_der_Migration.pdf)
- Boral, Ş.: Menopause and Hormone Therapy: a Comparison between Migrant Women from Turkey in Berlin and Women in Istanbul. Master of Science Thesis at the Charité Medical School of Humboldt University and Free University Berlin in partial fulfilment of the requirements for the award of a Master of Science degree in Public Health. Berlin 2007.
- Borde, T.: Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Dissertation in Gesundheitswissenschaften/Public Health, Fakultät für Wirtschaft und Management. Technische Universität Berlin 2002.

- Borde, T., Braun, T. & David, M.: Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde, T., David, M. (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt a.M., Mabuse-Verlag 2003: 43-81.
- Borde, T.: Repräsentation ethnischer Minderheiten in Studien und Gesundheitsberichten. Erfordernis, Chancen, Nebenwirkungen. In: Borde, T., David, M. (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit, Krankheit. Frankfurt a.M., Mabuse-Verlag 2005: 269-287.
- Borde, T., Boral, Ş., Schalinski, A. & David, M.: Haben Kultur und Migration einen Einfluss auf den Umgang mit den Wechseljahren? In: Borde, T., David, M. (Hrsg.): Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt. Frankfurt a.M., Mabuse-Verlag 2008: 43-71.
- Boynton, P.M., Wood G.W. & Greenhalgh T.: Reaching beyond the white middle classes. *BMJ* 2004; 328: 1433-1436.
- Braendle, W.: Das Klimakterium. Endokrinologie, Pharmakologie der Hormone und Hormonsubstitution. Stuttgart, WVG 2005.
- Brenke, K.: Migranten in Berlin: Schlechte Jobchancen, geringe Einkommen, hohe Transferabhängigkeit. Wochenbericht des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) Berlin 2008; 35: 496-507.
- Brucks, U. & Wahl, W.B.: Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In: Borde, T., David, M. (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt a.M., Mabuse Verlag 2003: 15-35.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ: Sechster Familienbericht, Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen – Belastungen – Herausforderungen und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin 2000: 75-198. Zugriff am 20.12. 2008: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Internetredaktion/Pdf-Anlagen/PRM-3529-Familienbericht,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales – BMAS: Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der BRD. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/2190. Berlin 2006: 227-256. Zugriff am 10.01.2008: <http://www.bmas.bund.de/BMAS/Redaktion/Pdf/Publikationen/fuenfter-bericht-zur-lage-der-aelteren-generation-in-der-brd,property=pdf,bereich=bmas,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziale Sicherung: Soziale Sicherung im Überblick. Bonn, 2009. Zugriff am 20.04.2009: [http://www.bmas.de/portal/1040/property=pdf/a721 \\_\\_\\_ soziale \\_\\_\\_ sicherung \\_\\_\\_ gesamt.pdf](http://www.bmas.de/portal/1040/property=pdf/a721___soziale___sicherung___gesamt.pdf)
- Canovai, M. & Zechert, C.: Migration und seelische Gesundheit, Kompetenzen entdecken! Interkulturelle Arbeit mit Migrantinnen und Migranten in seelischen Krisen – Hintergründe und Voraussetzungen. *Soziale Psychiatrie* 2005; 4: 4-5.

- Carda, S.N., Bilge, S.A., Öztürk, T.N., Gökmen, O., Orhon, E., & Bulgurlu, H.: The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women. *Maturitas* 1998; 30: 37-40.
- Collatz, J.: Kernprobleme des Krankseins in der Migration - Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David, M., Borde, T., Kentenich, H. (Hrsg.): *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt a.M., Mabuse-Verlag 1999: 33-58.
- Council of Europe: Turkey. Report presented by the national delegation 6th European Ministerial Conference on Equality between Women and Men, Stockholm, 8-9 June 2006. Zugriff am 21.01.2009: [http://www.coe.int/T/E/Human\\_Rights/Equality/PDF\\_MEG-6\\_NR\\_E.pdf](http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Equality/PDF_MEG-6_NR_E.pdf)
- David, M., Borde, T. & Kentenich, H.: Knowledge among German and Turkish women about specifically female bodily functions, contraception, preventative medical examinations and menopause. *Ethnicity & Health* 2000; 5: 101-112.
- David, M. & Borde, T.: *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Frankfurt a.M., Mabuse-Verlag 2003.
- David, M., Borde, T. & Schalinski, A.: *Vor und nach der Major-Deklaration 2003 – Anwendungsverhalten, Informiertheit und psychosoziale Daten zu Hormonersatztherapie und Wechseljahren bei chinesischen, japanischen, koreanischen und türkeistämmigen Migrantinnen im Vergleich zu deutschen Frauen in Berlin. Schlussbericht des Forschungsprojekts. BMBF Förderkennzeichen: 01 KH 04 03*. Berlin 2007.
- Deitermann, B.: Die Hormontherapie in den Wechseljahren: Hat die neue Erkenntnislage die Versorgungspraxis verändert? In: *Auswertungsergebnisse der GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002-2003. GEK-Arzneimittel-Report 2004: 101-116*. Zugang am 24.02.2007: [http://media.gek.de/downloads/magazine/ArzneimittelReport04\\_GEK.pdf](http://media.gek.de/downloads/magazine/ArzneimittelReport04_GEK.pdf)
- Dennerstein, L., Smith, A.M., Morse, C. et al.: Menopausal symptomatology in Australian women. *Med J Aust* 1993; 159: 232-236.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.: *Hormontherapie in der Peri- und Postmenopause (HT). Interdisziplinäre S 3-Leitlinie, AWMF 015/062, 2009*. Zugriff am 09.09.2009: [http://www.dggg.de/fileadmin/public\\_docs/Dokumente/Leitlinien/2-1-4-ht-lang-hp1.pdf](http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Dokumente/Leitlinien/2-1-4-ht-lang-hp1.pdf)
- Deutsches Zentrum für Altersfragen: *Potenziale älterer Migrantinnen und Migranten*. Berlin o.J. Zugriff am 20.11.2008: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/potenziale-aelterer-migrantinnen-migranten,property=pdf,bereich=rwb=true.pdf>
- Dikbayır, G. & Karaduman, A.: *Women and health insurance: The situation of women as dependants in Turkey*. Presented at the Seminar Social and Economic Patterning of Health among Women on January 20-22, 2000 in Tunis. Zugriff am 17.12.2006: [http://www.die.gov.tr/tkba/paper4\\_4.pdf](http://www.die.gov.tr/tkba/paper4_4.pdf)

- Dişçigil, G., Gemalmaz, A., Tekin, N. & Başak, O.: Profile of menopausal women in west Anatolian rural region sample. *Maturitas* 2006; 55(3): 247-254.
- Enquetekommission Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW: Psychische Gesundheit von Migrantinnen. Gutachten der Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW". Landtag NRW 2004; 135-248. Zugriff am 18.01.2007: [http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB\\_I/I.1/EK/EKALT/13\\_EK2/EnqueteberichtSeiten135bis248.pdf](http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK2/EnqueteberichtSeiten135bis248.pdf)
- Erenus, M., Uygur, M., Yörük, P. & Durmuşoğlu, F.: The impact of Women's Health Initiative Study on initiation and continuation of hormone therapy in a tertiary menopause unit in Turkey, Marmara Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, İstanbul/Turkey. *Marmara Medical Journal* 2007; 20(2): 104-109.
- Ergöl, Ş. & Eroğlu, K.: Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sağlık Bakımlarına İlişkin Bilgi, Uygulama ve Tutumları. *Sağlık ve Toplum* 2001; 11(1): 49-57.
- Ertüngealp, E.: Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği & Türk Jinekoloji Derneği Hormon Replasman Tedavisi Konsensus Grubu Kararları. *J Turkish German Gynecol Assoc.* 2003; 4(1): 7-8.
- Fischl, F.: Definition and pathophysiology. In: Fischl, F. (Hrsg.): *Menopause - Andropause: Hormone replacement therapy through the ages, new cognition and therapy concepts.* Gablitz, Krause & Pachernegg GmbH 2001: 29-32.
- forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH: Ergebnisbericht, BMG-F-F315, Hormonersatztherapie. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung und des Stern. Berlin 2003. Zugriff am 23.02.2007: [http://www.bmg.bund.de/cln\\_043/SharedDocs/Publikationen/DE/Forschungsberichte/f315,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f315.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_043/SharedDocs/Publikationen/DE/Forschungsberichte/f315,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f315.pdf)
- Gavranidou, M. & Abdallah-Steinkopff, B.: Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal* 2007; 4: 353-361.
- Gesundheit Berlin e.V.: Zugangswege in der Arbeit mit MigrantInnen: Erfahrungen des Interkulturellen Zentrums für Gesundheitsförderung und Prävention (IZGP). Berlin 2003. Zugriff am 23.01.2007: <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=2105&type=infotext>
- Gold, E.B., Sternfeld, B., Kelsey, J.L. et al.: Relation of Demographic and Lifestyle Factors to Symptoms in a Multi-Racial/Ethnic Population of Women 40–55 Years of Age. *American Journal of Epidemiology* 2000; 152(5): 463-473.
- Gold, E.B., Block, G., Crawford, S. et al.: Lifestyle and demographic factors in relation to vasomotor symptoms: baseline results from the study of women's health across the nation. *Am J Epidemiol* 2004; 159: 1189-1199.
- Gothe, H.: Veränderungen in der Verordnung von Präparaten zur menopausalen Hormontherapie. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): *Hormontherapie bei (post-) menopausalen Frauen in Deutschland 2007. Studienergebnisse zu Nutzen, Risiken und*

- Versorgungsrealität. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2008: 37-46.
- Greene, J.G.: Psychological Influences and Life Events at the Time of the Menopause. In: Formarek, R. (Hrsg.): The Meanings of menopause: historical, medical, and clinical perspectives. Hillsdale NJ, The Analytic Press inc. 1990: 85-89.
- Grobe, T.G. & Schwartz, F.W. : Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13. Berlin, Robert Koch-Institut 2003.
- Hacettepe University Institute of Population Studies: Turkey Demographic and Health Survey, 2003. Hacettepe University Institute of Population Studies, Ministry of Health General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning, State Planning Organization and European Union. Ankara, Turkey 2003. Zugriff am 21.10.2006: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/anaraporenenglish.htm>
- Hauser, G. A., Potthoff, P., Rosemeier, P. J. & Schneider, H.P.G. : Die Selbstbeurteilungs-Skala für klimakterische Beschwerden (Menopause Rating Scale II). Journal für Menopause 1999; 6(4): 13-17.
- Heinemann, K., Assmann, A., Möhner, S., Schneider S.P.G. & Heinemann, L.A.J.: Reliabilität der Menopause-Rating-Skala (MRS). Untersuchung für die deutsche Bevölkerung. Zentralblatt Gynäkologie 2002; 124(3): 161-163.
- Heiss, G., Wallace, R., Anderson G.L. et al.: Health risks and benefits 3 years after stopping randomized treatment with estrogen and progestin. JAMA, 2008; 299(9):1036-45.
- Heitmann, C., Greiser, E. & Dören, M.: The impact of Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial 2002 on perceived risk communication and use of postmenopausal hormone therapy in Germany. Menopause 2005; 12(4): 405 411.
- Hemminki, E.: Der Kampf um die Hormontherapie. In: Jahn, I., Gmünder ErsatzKasse (Hrsg.): Wechseljahre multidisziplinär, was wollen Frauen – was brauchen Frauen. GEK-Edition; Bd. 28: 163-170. Sankt Augustin, Asgard-Verl. Hippe 2004. Zugriff am 12.12.2008: [http://media.gek.de/downloads/magazine/Edition\\_28\\_Wechseljahre\\_03\\_2004.pdf](http://media.gek.de/downloads/magazine/Edition_28_Wechseljahre_03_2004.pdf)
- Hinze, L., Tomaszewski, K., Merfert, A. et al.: Lebenslagen, Risiken und Gesundheit von Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Public-Health-Forschung in Deutschland. Bern, Hans Huber Verlag 1999: 62-69.
- Hoffmann, M., Lindh-Åstrand, L., Ahlner, J., Hammar, M. & Kjellgren, K.: Hormone Replacement Therapy in the menopause. Structure and content of risk talk. Maturitas 2005; 50(1): 8-18.
- Janßen, A. & Polat, A.: Soziale Netzwerke türkischer Migrantinnen und Migranten. APuZ 2006: 1-2: 11-17.

- Kakkar, V., Kaur, D., Chopra, K. et al.: Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). *Maturitas* 2007; 57(3): 306-314.
- Kızıhan, J.I.: Potenziale und Belastungen psychosozialer Netzwerke in der Migration. In: Borde, T., David, M. (Hrsg.): *Migration und seelische Gesundheit, psychische Belastungen und Potenziale*. Frankfurt a.M., Mabuse Verlag 2007: 53-68.
- Kleff, H.G.: *The Turkish Interior Migration*. Netzwerk Migration in Europa e.V., Berlin 2007. Zugriff am 20.12.2008: [http://www.migrationeducation.org/fileadmin/uploads/kleff\\_turkey\\_interiormigration.pdf](http://www.migrationeducation.org/fileadmin/uploads/kleff_turkey_interiormigration.pdf)
- Knopf, H., Du, Y., Scheidt-Nave, C. & Dören, M.: Anwendungsprävalenz und Anwenderinnenprofile in Deutschland vor und nach WHI. In: Robert-Koch Institut: *Hormontherapie bei (post-) menopausalen Frauen in Deutschland 2007. Studienergebnisse zu Nutzen, Risiken und Versorgungsrealität. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin, Robert Koch-Institut 2008: 23-30.
- Koç, Z. & Sağlam, Z.: Klimakterium Döneminde Bulunan Kadınların Menopoza İlişkin Yaşadıkları Belirti ve Tutumların Belirlenmesi. *Aile ve Toplum* 2008; 4(15): 100-112.
- Kolip, P., Lademann, J., Deitermann, B., Bucksch, J. & Schwarze, M.: *Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin, Robert Koch-Institut 2005.
- Krishna, S.: Attitudes towards menopause and hormone replacement therapy in different cultures. *International Congress Series* 2002; 1229: 207-214.
- Krones, T.: Nationalität, Migration und Gesundheitszustand. In: Milck, A., Bloomfield, K. (Hrsg.): *Sozialepidemiologie*. München, Juventa Verlag 2001: 95-106.
- Leinmüller R.: Hormonersatztherapie: Ein Plus an Sicherheit. *ÄP Gynäkologie* 2006; 6: 51.
- Lock, M.: *Encounters with aging: Mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley, University of California Press 1993.
- Lock M: Menopause: Lessons from anthropology. *Psychosomatic Medicine* 1998; 60: 410-419.
- Lukes, A.: Evolving Issues in the Clinical and Managed Care Settings on the Management of Menopause Following the Women's Health Initiative. *Journal Managed Care Pharmacy* 2008; 14(3) (suppl S): 7-13.
- Mackintosh, J., Bhopal, R., Unwin N. & Ahmad, N.: *Step by Step Guide to Epidemiological Health Needs Assessment for Ethnic Minority Groups*. Newcastle upon Tyne: Department of Epidemiology & Public Health. Newcastle, University of Newcastle upon Tyne 1998: 1-23.
- Maschewsky-Schneider, U., Hellbernd, H., Schaal, W., Urbschat, I. & Wieners, K.: Über-, Unter-, Fehlversorgung und Frauengesundheit. Ein Forschungsgegenstand für Public Health. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2001; 44(8): 771-779.

- Melby, M.K., Lock, M. & Kaufert, P.: Culture and symptom reporting at menopause. *Human Reproduction Update* 2005; 11 (5): 495–512.
- Menec, V.H., Shooshtari, S. & Lambert, P.: Ethnic Differences in Self-Rated Health Among Older Adults. *Journal of Aging and Health* 2007; 19(1): 62-86.
- Million Women Study Collaborators: Breast Cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003; 362: 419-427.
- Özcan, V. & Seifert, W.: Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Gutachten für den 5. Altenbericht der Bundesregierung im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen. Berlin 2006.
- Özkan, S., Alataş, E.S. & Zencir, M.: Women's quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods. *Quality of Life Research* 2005; 14 (8): 1795-1801.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung: Wege zur Einbürgerung: Die Anspruchseinbürgerung. Berlin 2009. Zugriff am 01.05.2009: <http://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Bundesregierung/BeauftragtefuerIntegration/Einbuengerung/Anspruch/anspruchseinbuengerung.html>
- Razum, O.: Gesundheitsberichterstattung für Migrantinnen und Migranten: Möglichkeiten und Grenzen. In: Borde, T., David, M. (Hrsg.): *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Frankfurt a.M., Mabuse-Verlag 2003: 265-273.
- Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H. & Ronellenfitch, U.: Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt* 2004: 101(43): A 2882-2887.
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U. et al.: *Migration und Gesundheit. Schwerpunktberichterstattung des Bundes*. Berlin, Robert Koch-Institut 2008.
- Reißlandt, C.: Migration in Ost- und Westdeutschland ab 1955. Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn 2005a. Zugriff am 27.01.2009: [http://www.bpb.de/themen/8Q83M7,0,0,Migration\\_in\\_Ost\\_und\\_Westdeutschland\\_ab\\_1955.html](http://www.bpb.de/themen/8Q83M7,0,0,Migration_in_Ost_und_Westdeutschland_ab_1955.html)
- Reißlandt, C.: Von der Gastarbeiter-Anwerbung zum Zuwanderungsgesetz. Migrationsgeschehen und Zuwanderungspolitik in der Bundesrepublik. Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn 2005b. Zugriff am 27.01.2009: [http://www.bpb.de/themen/6XDUPY,1,0,Von\\_der\\_GastarbeiterAnwerbung\\_zum\\_Zuwanderungsgesetz.html#top](http://www.bpb.de/themen/6XDUPY,1,0,Von_der_GastarbeiterAnwerbung_zum_Zuwanderungsgesetz.html#top)
- Robert Koch-Institut: *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin, Robert Koch-Institut 2006.
- Rossouw, J.E., Prentice, R.L., Manson, J.E. et al.: Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA* 2007; 297(13): 1465-77.

- Rozenberg, S., Felleman, C., Kroll, M. & Vandromme, J.: The menopause in Europe. *Int J Fertil* 2000; 45: 182 –189.
- Santoro N.F. & Green R.: Menopausal symptoms and ethnicity: Lessons from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopausal Medicine* 2009; 17(1): 6-8.
- Savaş, B.S., Karahan, Ö. & Saka, R.Ö.: Health care systems in transition: Turkey. In: Thomson, S., Mossialos, E. (Hrsg.). *European Observatory on Health Care Systems*, 4(4). Copenhagen 2002. Zugriff am 28.04.2008: <http://www.euro.who.int/document/e79838.pdf>
- Seehafer, P.: Der Einfluss psychosozialer Faktoren auf das Erleben der Menopause. *Journal für Menopause*, Ausgabe für Deutschland 2000; 7(4): 16-20. Zugriff am 18.01.2009: <http://www.kup.at/kup/pdf/418.pdf>
- Şen, F.: Türkische Minderheiten in Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung/bpb. Informationen zur politischen Bildung Nr.277/2002: 53- 61.
- Şen, F.: Türkische Diaspora in Deutschland. *Zeitschrift für Entwicklung und Zusammenarbeit* 10/2004. Zugriff am 20.04.2009: [http://www.inwent.org/E+Z/content/archiv-ger/10-2004/schwer\\_art4.html](http://www.inwent.org/E+Z/content/archiv-ger/10-2004/schwer_art4.html)
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz: Bericht über die gesundheitliche Situation von Frauen in Berlin. Berlin 2003: 95-101. Zugriff am 16.01.2007: [http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/sonstige\\_themen/frauengesundheitsbericht\\_2003.pdf?start](http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/sonstige_themen/frauengesundheitsbericht_2003.pdf?start)
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz: Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2008, Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin 2009. Zugriff am 10.08.2009: [http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-statistik-gessoz/basisberichte/bb08\\_netz.pdf?start](http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-statistik-gessoz/basisberichte/bb08_netz.pdf?start)
- Schlenzka, N.: RefPol Germany – Politics of Asylum and Refugee Protection. Berliner Institut für Vergleichende Sozialforschung. Berlin 2003. Zugriff am 28.01.2007: [http://www.emz-berlin.de/projekte\\_e/pj32\\_1pdf/RefPol/Refpol\\_Germany.pdf](http://www.emz-berlin.de/projekte_e/pj32_1pdf/RefPol/Refpol_Germany.pdf).
- Schultz-Zehden, B.: Körpererleben im Klimakterium. *Journal für Menopause*, Ausgabe für Deutschland 1998a; 5(1): 10-17. Zugriff am 23.02.2009: <http://www.kup.at/kup/pdf/476.pdf>
- Schultz-Zehden, B.: Frauengesundheit in und nach den Wechseljahren. Die 1000-Frauen-Studie. Gladenbach, Kempkes Verlag 1998b: 40-56.
- Spidla, V.: Seminar on Equal opportunities for men and women in Turkey. Speech/ 06/ 145. Ankara/Turkey 6 March 2006. Zugriff am 24.01.2007: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/speeches/2006/vs\\_060306\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/speeches/2006/vs_060306_de.pdf)
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Gebiet und Bevölkerung – Ausländische Bevölkerung (Stichtag 31.12.2007). Stuttgart 2008. Zugriff am 01.10.2008: [http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de\\_jb01\\_jahrtab2.asp](http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab2.asp)

- Statistisches Bundesamt Deutschland: Datenreport 2006. Zahlen und Fakten für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden 2006. Zugriff am 13.10.2008: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1019108>
- Statistisches Bundesamt Deutschland: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden 2007. Zugriff am 30.09.2008: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1020313>
- Statistisches Bundesamt Deutschland: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2007 - Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden 2008. Zugriff am 27.02.2009: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1023127>
- Statistisches Bundesamt Deutschland: Ausländische Bevölkerung am 31.12.2007 nach ausgewählten Altersgruppen in Deutschland und Berlin; einzelne Berechnungen aus dem Ausländerzentralregister auf persönliche Anfrage, Eingang per Email am 22.01.2009. Wiesbaden 2009a.
- Statistisches Bundesamt Deutschland: Lebenserwartung in Deutschland. Durchschnittliche weitere Lebenserwartung. Wiesbaden, 2009b. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/Tabellen/Content50/LebenserwartungDeutschland,templateId=renderPrint.psml>
- Stolzenberg, R. & Sachs, C.: Hormongaben vor, während und nach den Wechseljahren: Soziale Faktoren und Alternativen. Expertise für die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“ (Expertise 2). Düsseldorf 2004.
- Terzioğlu, N., Baumann, M., Krause, M. & Feige, A.: Präventive Maßnahmen bei ausländischen Schwangeren. In: Borde, T., David, M., Kentenich, H. (Hrsg.): Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt a. M., Mabuse-Verlag 2000: 245-248
- Tortumluoğlu, G.: Asyalı ve Türk Kadınlarında Menopoz. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004; ISSN: 1303-5134.
- Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü: Türkiye’de kadının durumu. Ankara, 2009. Zugriff am 20.06.2009: <http://www.ksgm.gov.tr/Pdf/turkiyede%20kadinin%20durumu%20SON%2005.05.2009.doc>
- Türkiye İstatistik Kurumu: Nüfus Konut Demografi. İstatistiksel Tablolar. Ankara 2007. Zugriff 4.11.2007: <http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do>

- Türkiye İstatistik Kurumu: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2008 Nüfus Sayımı Sonuçları. Ankara 2009. [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb\\_id=39&ust\\_id=11](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=39&ust_id=11)
- United Nations Department for Policy Coordination and Sustainable Development - UN CSD: Indicators for Social Aspects of Sustainable Development. In: Indicators of Social Development: UN CSD Methodology Sheets. o.J: 98-102. Zugriff am 01.11.2008: [http://esl.jrc.it/envind/un\\_meths/UN\\_ME037.htm](http://esl.jrc.it/envind/un_meths/UN_ME037.htm)
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization - UNESCO: Glossary, 2005. Zugriff am 3.01.2007 from: [http://portal.unesco.org/shs/en/ev.php-URL\\_ID=3020&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/shs/en/ev.php-URL_ID=3020&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
- United Nations Fund for Population Activities - UNFPA: What's the situation? UNFPA: Supporting Gender Equality in Turkey, o.J. Zugriff am 21.03.2009: <http://turkey.unfpa.org/gender-turkey.htm>
- Überla, K.: Faktorenanalyse. Eine systematische Einführung für Psychologen, Mediziner, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler. Berlin, Springer-Verlag 1968.
- Weber, A., Hörmann, G. & Heipertz, W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. Deutsches Ärzteblatt 2007; 104(43): A-2957-2962.
- Wenderlein, J.M.: Rechtzeitige HRT reduziert Gesamtmortalität bis 40 Prozent. Frauenarzt 2006; 47(3): 208-211.
- Westphal, M.: Migration und Genderaspekte. Feminisierung internationaler Migration. Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn 2004. Zugriff am 03.10.2006: <http://www.google.de/search?hl=de&q=westphal+migration+und+genderaspekte&btnG=Google-Suche&meta=>
- World Health Organization [WHO]: Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, July 1946 and entered into force on 7 July 1948. Zugriff am 30.01.2006: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>
- WHO: Women, ageing and health. Fact sheet N°252, June 2000. Zugriff am 23.02.2006: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs252/en/print.html>
- WHO: Gender and reproductive rights. Department of Reproductive Health and Research (RHR). Geneva, WHO 2002. Zugriff am 03.02.2007: <http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html>
- WHO: Highlights on health in Turkey 2005. Geneva, WHO 2006a. Zugriff am 12.01.2007: <http://www.euro.who.int/document/e88394.pdf>
- WHO: Global Database on Body Mass Index. Geneva, WHO 2006b. Zugriff am 12.12.2009. [http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)

- WHO: Maternal Mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank. Geneva, WHO 2007.  
[http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/717\\_filename\\_mm2005.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/717_filename_mm2005.pdf)
- WHO: Health of migrants, Report by the Secretariat. Sixty-First World Health Assembly A61/12, Provisional agenda item 11.9, 7 April 2008.
- WHO: Third High-Level Preparatory Meeting, 29th Session of the European Environment and Health Committee. Bonn, Germany 27-29 April 2009a. Zugriff am 12.07.2009:  
[http://www.euro.who.int/Document/EEHC/29th\\_EEHC\\_\\_Bonn\\_edoc15.pdf](http://www.euro.who.int/Document/EEHC/29th_EEHC__Bonn_edoc15.pdf)
- WHO: Facts and figures. WHO Country Office, Turkey. Ankara, WHO 2009b.  
<http://www.euro.who.int/Turkey>
- Wiking, E., Johansson, S.E. & Sundquist, J.: Ethnicity, acculturation, and self reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004; 58: 574-582.
- Wilbush, J.: What's in a name? Some linguistic aspects of the climacteric. *Maturitas* 1981; 3: 1-9.
- Wilson, M-M.G.: Menopause. *Clinics in Geriatric Medicine* 2003; 19(3): 483-506.
- Woellert, F., Kröhnert, S., Sippel, L. & Klingholz, R.: Ungenutzte Potenziale. Zur Lage der Integration in Deutschland. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin 2009.
- Wolf, L.A., Armour, B.S. & Campbell, V.A.: Racial/Ethnic Disparities in Self-Rated Health Status Among Adults With and Without Disabilities - United States, 2004-2006. From the Centers for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2008; 300(19): 2240-2241.
- Women's Health Initiative Steering Committee: Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy. *JAMA* 2004; 291: 1701-1712.
- Wright, R. & Stein, M.: Snowball sampling. In: Kempf-Leonard, K. (Hrsg.): *Encyclopedia of Social Measurement*. San Diego, Oxford Academic Press 2005: 495-500.
- Writing group for the Women's Health Initiative investigators: Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's health initiative randomised controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 321-333.
- Zeman, P.: Ältere Migranten in Deutschland. Befunde zur soziodemographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge und Migration. Berlin 2005.

## **7. Danksagung**

Ich möchte zunächst allen Frauen in Berlin und in Istanbul, die an dieser Befragung teilgenommen haben, ganz herzlich dafür danken, dass sie ihre Erfahrungen und persönlichen Gedanken mit uns geteilt haben.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn PD Dr. Matthias David für die sehr gute Betreuung. Seine stets konstruktive Kritik, Anregungen, Ideen und Lösungsvorschläge waren essentiell für die Fertigstellung der Arbeit. Nicht zuletzt aber stellten seine hohe Professionalität und Zuverlässigkeit einen beständigen Motivationsfaktor, Orientierung und wichtige Unterstützung im gesamten Arbeitsprozess dar.

Frau Prof. Dr. Theda Borde danke ich ganz herzlich für die kreativen Anregungen, für die vielen wichtigen Hinweise und die wertvollen Ratschläge in allen fachlichen Fragen. Insbesondere möchte ich ihr ganz herzlich für die stets wohlwollende Mitbegleitung, Unterstützung und Förderung danken.

Herrn Dipl. Phys. Jürgen Pachaly möchte ich ganz herzlich für die fachliche Unterstützung, Beratung und die guten Lösungsvorschläge in allen Fragen der statistischen Auswertung danken. Frau Adelheid Schalinski MA danke ich für ihren essentiellen Beitrag zu dieser Teilstudie im Rahmen des gesamten Forschungsprojektes, insbesondere im Rahmen der Organisation der Befragung und Datenerhebung in Berlin.

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen und Organisationen, welche maßgeblich zur Gewinnung der Studienteilnehmerinnen in Berlin und in Istanbul beigetragen haben, herzlich bedanken. Weiterhin gilt mein besonderer Dank folgenden Personen für die vielfältige Unterstützung bei der Fertigstellung der Arbeit:

Prof. Dr. Birgit Babitsch, Dr. Claudia Czerwinski, Dr. Regine Rapp-Engels und Dr. Hedwig Wening, Prof. Dr. Gabriele Kaczmarczyk, Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, İnci Beşpınar, Prof. Dr. Aylâ Neusel, Prof. Dr. Necla Pur, Elis Borde, Regina Stolzenberg, Veysel Özcan, Bülent Karavaş, Rainer Mohnhaupt, İsmet Yiğit, Thom Reidel.

Nicht zuletzt möchte ich meinem Partner und meiner Familie in Deutschland und in der Türkei für die Geduld, Unterstützung und Ermutigung danken, mit der sie mich im gesamten Entstehungsprozess der Arbeit mit begleitet haben.

## **8. Anhang**

### **8.1 Kontaktstellen und Organisationen zur Gewinnung der Befragungsteilnehmerinnen in Berlin und in Istanbul**

#### **Kontaktstellen in Berlin:**

- AKARSU e.V.

Oranienstr. 25, D-10999 Berlin

Kontaktperson: Berna Steber

- AWO - Arbeiterwohlfahrt Landesverband Berlin e.V. Beratungsstellen und Sozialeinrichtungen; Begegnungszentrum Kreuzberg

Adalbertstr. 23A, D-10997 Berlin

Kontaktperson: Filiz Müller-Lenhartz, Susanne Koch, Barbara Jung

- Hinbun – Internationales Bildungs - und Beratungszentrum für Frauen

Jagowstr.19, D-13585 Berlin

Kontaktperson: Aso Agace

- Huzur – Türk Huzur Evi Pflegeeinrichtung Berlin-Kreuzberg

Methfesselstraße 43, D-10965 Berlin

Kontaktperson: Ayşe Tokdemir

- Jopp Frauen Fitness Center

Berlin Wilmersdorfer Str. und Kurfürstendamm

Kontaktperson: Beate Lemm (OM- Leiterin)

- Dr. med Ali Köse

Hauptstr. 5, D-10827 Berlin

- Kurdistan Kultur- und Hilfsverein e.V.

Paul-Lincke-Ufer 44a, D-10999 Berlin

Kontaktperson: Mediha Walter

- Kotti, Nachbarschafts- und Gemeinwesensverein

Dresdener Str. 10, D-10999, Berlin

Kontaktperson: Neriman Kurt

- Sozialverband VdK

Rubensstr. 84, D-12157 Berlin

Kontaktperson: Havva Arık

- Stoffwechselambulanz Charité CVK

- Begleitpersonen im Kreissaal Charité CVK

- Bürgerämter Charlottenburg und Wedding

### **Kontaktstellen in Istanbul:**

#### **Kadıköy Sağlık ve Sosyal Dayanışma Vakfı:**

Fahrettin Gökay Cad. No.57

Söğütlüçeşme-Kadıköy, İstanbul/Türkei

#### ***Mit folgenden Zweigstellen:***

##### ***▪Bostancı:***

Bostancı Sabit Pazar Arkası Zabıta Karakolu Yanı No. 4

Bostancı-Istanbul/Türkei

Key person: Nurhan Kutman

##### ***▪İçerenköy:***

Karşı Ahmet Cad. 1. Aydınlık Sk. Sabiha Hanım Apt. No. 14

İçerenköy-Istanbul/Türkei

Kontaktperson: Tülin Tunçbiz

▪*Koşuyolu:*

Mehmet Afkan Sk. Koşu Yolu Spor Tesisleri Yanı  
İstanbul/Türkei  
Kontaktperson: Sezer Arslan

▪*Kuyubaşı*

Eğitim Mahallesi Kültür ve Eğitim Merkezi, Patika Sk. Kuyubaşı  
İstanbul/Türkei  
Kontaktperson: Nihal Coşkun

▪*Küçükbakkalköy:*

Fevzipaşa Cad. Değer İş Merkezi, Küçükbakkalköy  
İstanbul/Türkei  
Kontaktperson: Sakine Düzce

***Weitere Kontaktstellen:***

▪ Şiranlı Kadınlar Derneği

Kartal – İstanbul; Privatadresse  
Kontaktperson: Tevriz hanım

▪ Malatyalı Kadınlar Derneği

İçerenköy – İstanbul; Privatadresse  
Kontaktperson: Güllü hanım

## 8.2 Fragebögen

### FRAGEBOGEN DEUTSCH BERLIN

#### A. Fragen zur Person

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen:

1. In welchem Jahr sind Sie geboren? 19

2. Wie groß sind Sie?  cm

3. Welches Gewicht haben Sie zur Zeit?  kg

4. Haben Sie Kinder? Nein <sub>1</sub> Ja <sub>2</sub>

5. Wie ist Ihr Familienstand?

Ledig, verwitwet, geschieden, allein lebend <sub>1</sub> Verheiratet / unverheiratet mit Partner/-in <sub>2</sub>

6. Wenn Sie in einer Partnerschaft leben, ist Ihr Ehe-/ Partner/in: entfällt <sub>1</sub>

aus: Deutschland <sub>2</sub> Türkei <sub>3</sub> Korea <sub>4</sub> Japan <sub>5</sub> China <sub>6</sub>

Kommt aus ..... (welchem Land?) <sub>7</sub>

7. Welchen Schulabschluss haben Sie? Bitte kreuzen Sie hier Ihren höchsten Schulabschluss an:

Keinen Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	(1)
Grundschulabschluss	<input type="checkbox"/>	(2)
Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	(3)
Realschulabschluss/ POS	<input type="checkbox"/>	(4)
Fachschul- / Berufsschulabschluss	<input type="checkbox"/>	(5)
Fachabitur / Abitur	<input type="checkbox"/>	(6)
Fachhochschul- / Universitätsabschluss	<input type="checkbox"/>	(7)

8. Haben Sie einen Beruf erlernt?

Nein <sub>1</sub> Ja <sub>2</sub> Welchen? .....

9. Sind Sie zur Zeit berufstätig?

Nein <sub>1</sub> Ja <sub>2</sub> Welche Tätigkeit? .....

10. Wie viele Jahre waren Sie bis jetzt insgesamt berufstätig?  Jahre

**11. A. Wo sind Sie überwiegend aufgewachsen?** (bis zum 18. Lebensjahr)

Altes Bundesland (West) <sub>1</sub>      Neues Bundesland (Ost) <sub>2</sub>      In der Türkei <sub>3</sub>  
 In Korea <sub>4</sub>    In Japan <sub>5</sub>      In China <sub>6</sub>    In einem Land der Europäischen Union <sub>7</sub>  
 In einem anderen Land: ..... <sub>8</sub>

11. B. In einer Großstadt <sub>1</sub>      in einer Kleinstadt <sub>2</sub>      auf dem Land <sub>3</sub>

**12. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?**

Deutsche <sub>1</sub>      Türkische <sub>2</sub>      Koreanische <sub>3</sub>      Japanische <sub>4</sub>  
 Chinesische <sub>5</sub>      Andere <sub>6</sub>    Welche? .....

**13. Welcher Religion gehören Sie an?**

Keiner <sub>1</sub>    Christlich <sub>2</sub>      Muslimisch <sub>3</sub>    Hinduistisch <sub>4</sub>      Buddhistisch <sub>5</sub>  
 Jüdisch <sub>6</sub>    Einer anderen Religion <sub>7</sub>    Welcher? .....

**14. Wie stark fühlen Sie sich Ihrer Religion verbunden**

Gar nicht <sub>1</sub>      Weniger stark <sub>2</sub>      Stark <sub>3</sub>

**15. Wie zufrieden sind Sie zur Zeit mit:**

0 = Ganz und gar unzufrieden ... bis ... Ganz und gar zufrieden = 10

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Ihrer Wohnsituation											
2. Ihrem Einkommen											
3. Ihrer beruflichen Situation											
4. Ihrer familiären Situation											
5. Ihrer Gesundheit											
6. Ihrem Leben insgesamt											

**B. Fragen zu Wechseljahren**

16. In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung? Im Alter von  Jahren

17. Haben Sie noch Ihre Regelblutung?

Nein		(1)
Wenn nein, in welchem Alter hatten Sie Ihre <u>letzte</u> Regelblutung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ja, aber unregelmäßig		(2)
Ja, regelmäßig		(3)

Weiß nicht		(4)
------------	--	-----

**18. Wenn die Regelblutung bei Ihnen ganz aufgehört hat, was war der Grund?**

Natürliches Aufhören infolge der Wechseljahre		(1)
Operative Entfernung der Gebärmutter		(2)
Nach Bestrahlung oder Chemotherapie		(3)
Weiß nicht		(4)

**19. Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zur Zeit bzw. hatten Sie in den vergangenen 7 Tagen?**

*Kreuzen Sie bitte jede Beschwerde an und wie stark Sie davon betroffen sind. Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte „keine“ an.*

Keine (0)	leicht (1)	mittel (2)	stark (3)	sehr stark (4)
--------------	---------------	---------------	--------------	----------------------

**Wallungen, Schwitzen**

(Aufsteigende Hitze, Schweißausbrüche)

**Herzbeschwerden**

(Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern, Herzbeklemmungen)

**Schlafstörungen**

(Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen)

**Depressive Verstimmung (Mutlosigkeit, Traurigkeit,**

Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)

**Reizbarkeit**

(Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)

**Ängstlichkeit (innere Unruhe, Panik)**

**Körperliche und geistige Erschöpfung (allgemeine Leistungsminderung, Gedächtnisminderung,**

Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit)

**Sexualprobleme (Veränderung des sexuellen Verlangens,**

der sexuellen Betätigung und Befriedigung)

**Harnwegsbeschwerden (Beschwerden beim Wasserlassen,**

häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang)

Trockenheit der Scheide (Trockenheitsgefühl oder Brennen  
der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)

Gelenk- und Muskelbeschwerden (Schmerzen  
im Bereich der Gelenke, rheuma-ähnliche Beschwerden)

**20. Welche der zuvor genannten Beschwerden belasten Sie am meisten?**

.....  
.....

**21. Muss nach Ihrer Meinung jede Frau Wechseljahresbeschwerden haben?**

Nein <sub>1</sub>                      Ja <sub>2</sub>                      Weiß nicht <sub>3</sub>

**22. Welche Erkrankungen können im Zusammenhang mit den Wechseljahren auftreten? *Mehrere Antworten sind möglich:***

Arteriosklerose <sub>1</sub> Osteoporose (verstärkter Knochenabbau) <sub>2</sub> Zuckerkrankheit (Diabetes) <sub>3</sub>  
Brustkrebs <sub>4</sub> Herzinfarkt <sub>5</sub>                      Keine <sub>6</sub>                      Weiß nicht <sub>7</sub>  
Andere, z.B. ....

**23. Wie denken Sie im Allgemeinen über die Wechseljahre?**

*Kreuzen Sie bitte die drei am meisten für Sie zutreffenden Antworten an:*

- Die Wechseljahre sind eine **ganz normale Phase** im Leben von Frauen, auf die sich Frauen einstellen müssen, wie auf viele Veränderungen im Leben auch. <sub>1</sub>
- Für Frauen beginnt ein **neuer Lebensabschnitt**, mit neuen Zielen, Möglichkeiten usw. <sub>2</sub>
- Die Wechseljahre sind nur eine **vorübergehende Phase**, in der es Frauen seelisch oder körperlich schlechter gehen kann, danach geht das Leben normal weiter. <sub>3</sub>
- Außer, dass Frauen **nicht mehr schwanger** werden können, ändert sich ihr Leben nicht. <sub>4</sub>
- In den Wechseljahren sind Frauen oft **gesellschaftlichen Vorurteilen** ausgesetzt. <sub>5</sub>
- In und nach den Wechseljahren **lässt die Attraktivität der Frauen nach**. <sub>6</sub>
- In und nach den Wechseljahren sind Frauen **nicht mehr so leistungsfähig** wie früher. <sub>7</sub>
- Noch etwas anderes, und zwar ..... <sub>8</sub>

**24. Mit welchen drei Aussagen stimmen Sie am meisten überein?**

- Endlich **keine Blutungen** mehr <sub>1</sub>
- Die Wechseljahre machen mir **Angst**, ich denke dabei an Alter, Einsamkeit und Tod <sub>2</sub>
- Ich bedauere die **nicht genutzten Möglichkeiten** der Vergangenheit <sub>3</sub>

- Man hat **keine großen Chancen** mehr, sich beruflich zu verändern 4
- Ich habe das Gefühl, **nicht mehr gebraucht** zu werden 5
- Größere **Gelassenheit** hilft mir, den Alltag leichter zu bewältigen 6
- Ich erlebe eine **höhere Wertschätzung** meiner Person in Beruf und Familie 7
- Mein/e Partner/in / mein Umfeld zeigt **Verständnis** und unterstützt mich 8
- Noch etwas anderes, und zwar ..... 9

## 25. Was sollen / sollten Frauen in den Wechseljahren tun?

*Mehrere Antworten sind möglich:*

- Gespräch mit anderen Frauen 1
- Beratung durch die Frauenärztin / den Frauenarzt 2
- Sich nicht so viele Gedanken machen 3
- Sport treiben 4
- so weiter wie bisher 5
- Hormone nehmen 6
- Die Verwirklichung eigener Wünsche in den Vordergrund stellen 7
- Die Wechseljahre beim Wort nehmen und möglichst viel in ihrem Leben verändern 8
- In den Veränderungen dieser Jahre das Positive erkennen und annehmen 9
- Noch etwas anderes, und zwar..... 10

## 26. Welche Erinnerung haben Sie an die Wechseljahre ihrer Mutter?

Nichts davon mitbekommen 1                      Eher schlechte 2                      Eher gute 3

## 27. Welche Erinnerung haben Sie an die Wechseljahre anderer Frauen, z.B. einer Freundin?

Nichts davon mitbekommen 1                      Eher schlechte 2                      Eher gute 3

## 28. Welche Meinung haben Sie darüber, wie sehr man die eigene Gesundheit beeinflussen kann? (Bitte die am meisten zutreffende Antwort ankreuzen)

Man kann selbst ...

Sehr viel 1                      Viel 2                      Einiges 3                      Wenig 4                      Nichts 5

**29. Waren Sie schon mal wegen Wechseljahrsbeschwerden beim Arzt?**

Nein <sub>1</sub>                      Ja <sub>2</sub>

**30. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen bezeichnen?**

Sehr gut <sub>1</sub>                      Gut <sub>2</sub>                      Weniger gut <sub>3</sub>                      Schlecht <sub>4</sub>

**31. Glauben Sie, dass Ihre Ernährung für die Gesundheit eine Rolle spielt?**

Nein <sub>1</sub>                      Ja <sub>2</sub>                      Teils/teils <sub>3</sub>                      Weiß nicht <sub>4</sub>

**32. Achten Sie auf Ihre gute Ernährung?**

So gut wie nie <sub>1</sub>                      Manchmal <sub>2</sub>                      Oft <sub>3</sub>                      Fast immer <sub>4</sub>

**33. Was essen Sie am häufigsten? (z.B. in den vergangenen 4 Wochen)**

	So gut wie nie	manchmal	oft	fast immer
1. Fleisch	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
2. Fisch	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
3. Obst	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
4. Gemüse	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
5. Sojaprodukte	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
6. Milchprodukte, Käse	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
7. Getreideprodukte, Brot, Nudeln	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
8. Etwas anderes: .....				<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>

**34. Kochen Sie selbst? (z.B. in den vergangenen 4 Wochen)**

So gut wie nie <sub>1</sub>                      Manchmal <sub>2</sub>                      Oft <sub>3</sub>                      Fast immer <sub>4</sub>

**C. Fragen zur Informiertheit über Hormone**

**35. Haben Sie von der amerikanischen Langzeit-Studie zur Hormoneinnahme in den Wechseljahren gehört oder gelesen?**                      Nein <sub>1</sub>                      Ja <sub>2</sub>

**36. Wenn ja, wie haben Sie von der Studie erfahren?** Entfällt

durch Radio/Fernsehen <sub>1</sub>                      Zeitung, Zeitschrift <sub>2</sub>  
durch Freundin, Verwandte, Gespräche <sub>3</sub>                      durch Ärztin/Arzt <sub>4</sub>

37. **Worum ging es in dieser Studie?** Weiß nicht 1

Mehrere Antworten sind möglich: Nebenwirkungen und Risiken 2

Erkrankungen 3 Langjährige Anwendung beobachten 4

Antibabypille 5 Nutzen von Hormonen 6

38. **Wenn Sie die Studie kennen: Beeinflusst das Wissen um diese Studie Ihre persönliche Entscheidung und Ihr persönliches Verhalten?**

Nein 1 Ja 2 Ein bisschen 3 Weiß nicht 4

39. **Meinen Sie, dass man seine Gesundheit in den Wechseljahren und danach durch die Einnahme von Hormonen beeinflussen kann?**

Nein, überhaupt nicht 1 Vor- und Nachteile wiegen sich auf 2

Ja und zwar günstig 3 Ich weiß nicht viel darüber 4

Ja und zwar nachteilig 5

40. **Wie gut fühlen Sie sich über die gesundheitlichen Vor- und Nachteile der Hormoneinnahme in oder nach den Wechseljahren informiert?**

0 = Gar nicht..... bis .....Sehr gut, ausgezeichnet = 10

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

41. **Wer oder was hat Ihre Meinung zu den Vor- und Nachteilen von Hormoneinnahme in oder nach den Wechseljahren am stärksten beeinflusst?**

*Welche Antwort trifft am meisten für Sie zu?*

Hausärztin / Hausarzt 1

Frauenärztin / Frauenarzt 2

Sonstige/r Ärztin / Arzt 3

Information aus Zeitung/Zeitschrift 4

Information aus Radio/Fernsehen 5

Information durch Freundinnen, Freunde, Bekannte, Verwandte 6

Andere Informationsquellen, nämlich ..... 7

## D. Fragen zum Anwendungsverhalten

### 42. Haben Sie in den Wechseljahren oder danach Hormone eingenommen?

(z. Beispiel: östrogenhaltige Tabletten, Cremes, Pflaster, Vaginalzäpfchen, Spritzen bzw. Kombinationen von Östrogen und Progesteron oder pflanzliche Östrogene)

Nein, noch nie <sub>1</sub> ► (Beantworten Sie bitte die **nächste Frage 43** und dann weiter ab **Frage 52**).

Ja, früher <sub>2</sub> ► (Falls Ja, geht es mit **Frage 44** weiter).

Ja, zur Zeit <sub>3</sub> ► (Falls Ja, geht es mit **Frage 44** weiter).

Weiß ich nicht genau <sub>4</sub> ► (Versuchen Sie dennoch **die folgenden Fragen** zu beantworten).

### 43. Wenn Sie noch **nie** in den Wechseljahren oder danach solche Hormonpräparate eingenommen haben, was hat Ihre Entscheidung beeinflusst?

Ich habe/hatte keine Beschwerden mit den Wechseljahren <sub>1</sub>

Ich sehe keinen Vorteil in der Einnahme von Hormonen <sub>2</sub>

Ich habe/hatte Angst vor Nebenwirkungen (z.B. Blutungen...) <sub>3</sub>

Ich habe/hatte Angst vor Krebs <sub>4</sub>

Ich kann/konnte aufgrund folgender Erkrankung keine Hormone nehmen:

..... <sub>5</sub>

Andere Gründe: ..... <sub>6</sub>

### 44. Wenn ja, auf welchen Rat/Hinweis hin haben Sie eine Behandlung mit Hormonen begonnen?

Hausärztin / Hausarzt <sub>1</sub>

Frauenärztin / Frauenarzt <sub>2</sub>

Sonstige/r Ärztin / Arzt <sub>3</sub>

Information aus Zeitung/Zeitschrift <sub>4</sub>

Information aus Radio/Fernsehen <sub>5</sub>

Internet-Information <sub>6</sub>

Hinweis durch Freunde/Innen, Bekannte, Verwandte <sub>7</sub>

Hinweis durch Apothekerin / Apotheker <sub>8</sub>

Sonstiges..... <sub>9</sub>

**45. Welches Hormonpräparat nehmen Sie zur Zeit / in den letzten 4 Wochen/ ein?**

- Hormontabletten <sub>1</sub>                      Hormoncreme/ Hormongel <sub>2</sub>  
Hormonpflaster <sub>3</sub>                      Hormonhaltige Scheidenzäpfchen <sub>4</sub>  
Hormonspritzen <sub>5</sub>                      Anderes, z.B.: ..... <sub>6</sub>

**46. Wie lange insgesamt haben Sie in den Wechseljahren oder danach Hormone eingenommen?**

- Monate                       Jahre                      Weiß ich nicht genau <sub>1</sub>

**47. Wenn ja, welche Gründe hatten Sie für die Einnahme von Hormonen?**

*Mehrere Antworten sind möglich:*

- Zur Linderung von Wechseljahrsbeschwerden <sub>1</sub>  
Zur Vorbeugung von Herz- Kreislaufkrankheiten <sub>2</sub>  
Zum Erhalt der Knochen, bzw. Vorbeugung von Osteoporose <sub>3</sub>  
Kosmetische Gründe (Haare, Falten, Figur ....) <sub>4</sub>  
Wunsch nach verbesserter Sexualität <sub>5</sub>  
Weiß nicht <sub>6</sub>  
Andere Gründe, nämlich ..... <sub>7</sub>

**48. Hat sich Ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden durch die Einnahme von Hormonen verändert?**

- Ich fühle/fühlte mich deutlich besser <sub>1</sub> | Ich fühle/fühlte mich deutlich schlechter <sub>2</sub>  
Ich fühle/fühlte mich unverändert <sub>3</sub>                      Weiß ich nicht genau <sub>4</sub>

**49. Wenn Sie schon einmal Hormone eingenommen haben, dies jetzt aber nicht mehr tun, was war der Grund für das Abbrechen der Hormoneinnahme?**

- Rat des Arztes/ der Ärztin <sub>1</sub>                      Brustspannen <sub>2</sub>                      Brustkrebserkrankung <sub>3</sub>  
Gewichtszunahme <sub>4</sub>                      Blutungen <sub>5</sub>                      Venenthrombose <sub>6</sub>  
War nicht mehr nötig <sub>7</sub>                      Angst vor Krebs <sub>8</sub>                      Neue Informationen <sub>9</sub>  
Wegen der Ergebnisse der Studie <sub>10</sub>  
Andere Gründe, nämlich: ..... <sub>11</sub>

**50. Auf welchen Rat/Hinweis haben Sie eine Behandlung mit Hormonen beendet?**

- Ich habe selbst entschieden, die Einnahme zu beenden 1
- Auf Rat meines/r Hausarztes/Hausärztin 2
- Auf Rat meines/r Frauenarztes/Frauenärztin 3
- Auf Rat meines/r sonstigen Arztes/Ärztin 4
- Hinweis aus Zeitung/Zeitschrift 5
- Hinweis aus Radio/Fernsehen 6
- Hinweis durch Internet-Information 7
- Hinweis durch Freunde/innen, Bekannte, Verwandte 8
- Hinweis durch Apotheker/In 9
- Sonstiges..... 10

**51. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit (in den letzten 4 Wochen) ein?**

	<u>Gar nicht</u>	<u>So gut wie nie</u>	<u>Manchmal</u>	<u>Offt</u>	<u>Regelmäßig</u>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Schlafmittel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Blutdruckmittel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Vitamine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Calcium	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Abführmittel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Magenmittel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Pflanzliches Mittel wg.					
Wechseljahrsbeschwerden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Noch etwas anderes					
nämlich .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

.....

.....

.....

.....

**52. Nehmen Sie zur Zeit (in den letzten 4 Wochen) rezeptfreie Mittel gegen Wechseljahrsbeschwerden ein?**

Nein <sub>1</sub>      Ja <sub>2</sub>

**53. Fragen sie Ihren Arzt nach Alternativen in der Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden?**

Nein <sub>1</sub>      Ja <sub>2</sub>      Weiß nicht <sub>3</sub>

**E. Fragen zu Ihrem kulturellen Hintergrund**

**54. Wie lange leben Sie in Deutschland?**        Jahre      Seit meiner Geburt      <sub>1</sub>

**55. Wenn Sie nicht hier geboren wurden, wo sind Sie geboren und wie sind Sie nach Deutschland gekommen?**

Ich bin in (welchem Land?) ..... geboren <sub>0</sub>

Als Kind mit den Eltern hierher gezogen <sub>1</sub>      Mein (Ehe-) Partner lebte schon hier <sub>2</sub>

Arbeitsaufnahme in Deutschland <sub>3</sub>      Politische Gründe (Asyl) <sub>4</sub>

Zum Studium oder Ausbildung <sub>5</sub>      Als deutschstämmige Aussiedlerin <sub>6</sub>

Andere Gründe <sub>7</sub> Welche? .....

**56. Haben Sie viele Kontakte außerhalb der Familie?**

**Privat:**      Gar keine <sub>1</sub>      Gelegentlich <sub>2</sub>      Häufige Kontakte <sub>3</sub>

**Beruflich:**      Gar keine <sub>1</sub>      Gelegentlich <sub>2</sub>      Häufige Kontakte <sub>3</sub>

**57. Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?**

Deutsch <sub>1</sub>      Türkisch <sub>2</sub>      Koreanisch <sub>3</sub>      Japanisch <sub>4</sub>      Chinesisch <sub>5</sub>

Andere <sub>6</sub>      Welche? ..... <sub>7</sub>

**58. Wie gut lesen und schreiben Sie ihre Muttersprache?**

(nach Ihrer eigenen Einschätzung)

0 = Gar nicht ..... bis ..... Sehr gut = 10

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Muttersprache Lesen											
2. Muttersprache Schreiben											

**59. Wie gut sprechen und verstehen Sie die deutsche Sprache?**

(nach Ihrer eigenen Einschätzung)

0 = Gar nicht ..... bis ..... Sehr gut = 10

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Deutsch Sprechen											
2. Deutsch Verstehen											

**60. Wie gut lesen und verstehen Sie die deutsche Sprache?**

(nach Ihrer eigenen Einschätzung)

0 = Gar nicht..... bis ..... Sehr gut = 10

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Deutsch Lesen u. Verstehen											

**61. Welche Sprache sprechen Sie in der Familie/zu Hause meistens?**

Meine Muttersprache <sub>1</sub>                      Deutsch <sub>2</sub>                      Eine andere Sprache <sub>3</sub>

Deutsch und andere Sprache oder Muttersprache zusammen <sub>4</sub>

**62. Durch welche Medien informieren Sie sich meistens? (nur 3 Antworten möglich)**

Gar nicht <sub>1</sub>                      Fernsehen <sub>2</sub>                      Gespräche mit anderen <sub>3</sub>

Radio <sub>4</sub>                      Internet <sub>5</sub>                      Zeitung/Zeitschrift <sub>5</sub>

**63. Bevorzugen Sie dabei Medien in**

deutscher Sprache <sub>1</sub> meiner Muttersprache <sub>2</sub>                      Sowohl als auch, beide Sprachen <sub>3</sub>

einer anderen Sprache, welcher? ..... <sub>4</sub>

**64. Gehen Sie allein zum Arzt oder in Begleitung von Mann, Kindern oder Freund/in als Übersetzer/in?**

Allein <sub>1</sub>                      In Begleitung / mit Übersetzer/In <sub>2</sub>

**65: Welche Nationalität hat Ihr Frauenarzt / Ihre Frauenärztin?**

Deutsch <sub>1</sub>                      Türkisch <sub>2</sub>                      Weiß nicht <sub>3</sub>

Andere <sub>4</sub> Welche? .....

**Sie haben mit Ihren Angaben einen wichtigen Beitrag zu dieser Studie geleistet. Wir danken Ihnen sehr herzlich für ihre Mitarbeit!**

## FRAGEBOGEN TÜRKISCH BERLIN

### A. Kişisel Bilgileriniz

Lütfen doğru yeri işaretleyiniz veya doldurunuz:

1. Doğum yılınız?

19

2. Boyunuz?

cm

3. Kilonuz?

kg

4. Çocuğunuz var mı?

Hayır <sub>1</sub> Evet <sub>2</sub> Kaç tane? .....

Evet ise, ilk defa anne olduğunuzda kaç yaşındaydınız?   yaşındaydım

5. Medeni haliniz? Bekâr, dul, boşanmış, yalnız yaşıyorum <sub>1</sub>

Evli /arkadaşım ile beraber yaşıyorum <sub>2</sub>

6. Eşiniz / Arkadaşınız ile beraber yaşıyorsanız, eşiniz-/ arkadaşınız nereli: yok <sub>1</sub>

Almanya <sub>2</sub> Türkiye <sub>3</sub> Kore <sub>4</sub> Japonya <sub>5</sub> Çin <sub>6</sub>

Başka ülke: ..... <sub>7</sub>

7. Hangi okul mezunusunuz? Lütfen bitirdiğiniz en yüksek okula çarpı işareti koyunuz:

Herhangi bir okuldan mezun değilim	<input type="checkbox"/>	(1)
İlkokul mezunuyum	<input type="checkbox"/>	(2)
Orta okul mezunuyum / Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>	(3)
Realschulabschluss / POS	<input type="checkbox"/>	(4)
Meslek okulu mezunuyum / Meslek eğitimi gördüm	<input type="checkbox"/>	(5)
Lise mezunuyum	<input type="checkbox"/>	(6)
Yüksek okul- / Üniversite mezunuyum	<input type="checkbox"/>	(7)

8. Meslek eğitimi gördünüz mü?

Hayır <sub>1</sub> Evet <sub>2</sub> Evet ise hangi? .....

9. Çalışıyor musunuz?

Hayır <sub>1</sub> Evet  Hangi işte çalışıyorsunuz? .....

10. Şimdiye kadar toplam kaç yıl çalıştınız?

Yıl

11. A. Çocukluğunuzun büyük bölümü nerede geçti? (18 yaşına kadar)

Batı Almanya'da <sub>1</sub> Doğu Almanya'da <sub>2</sub> Türkiye'de <sub>3</sub>

Kore'de <sub>4</sub> Japonya'da <sub>5</sub> Çin'de <sub>6</sub> Avrupa Birliği ülkelerinden birinde <sub>7</sub>

Başka bir ülkede: ..... 8

11. B. Büyükşehirde 1 Kasabada 2 Köyde 3

**12. Hangi vatandaşlığa sahipsiniz?**

Alman 1 Türk 2 Kore 3 Japon 4  
Çin 5 Başka 6 Hangi? .....

**13. Dininiz?**

Hiç 1 Hıristiyan 2 İslam 3 Hindu 4 Buddist 5  
Yahudi 6 Başka bir dindenim 7 Hangi? .....

**14. Dininize ne kadar bağlısınız?**

Hiç 1 Az 2 Çok 3

**15. Aşağıdaki konulardan ne derecede memnunsunuz:**

0 = Hiç memnun değilim Son derece memnunum = 10

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Ev durumunuzdan											
2. Gelirinizden											
3. İş durumunuzdan											
4. Ailesel durumunuzdan											
5. Sağlığınızdan											
6. Bütün yaşamınızdan											

**B. Menopoz (adetten kesilme) yılları ile ilgili sorular**

16. Kaç yaşındayken âdet görmeye başladınız? İlk defa   yaşındayken

17. Hala âdet görüyor musunuz?

Hayır		(1)
Hayır ise, <u>en son</u> kaç yaşında gördünüz?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Evet , fakat düzensiz		(2)
Evet, düzenli olarak		(3)
Bilmiyorum		(4)

### 18. Adetten kesildiyse, bunun sebebi neydi?

Tabii olarak menopoz sonucu kesildi		(1)
Ameliyatla ana rahminin çıkarılması sonucu		(2)
Işın tedavisi veya kemoterapi sonucu		(3)
Bilmiyorum		(4)

### 19. Aşağıdaki şikâyetlerden hangisi sizde şu anda var veya son 7 gün içinde vardı?

*Lütfen her şikâyetiniz için çarpı işareti koyun ve derecesini işaretleyin..*

	Yok (0)	hafif (1)	orta (2)	fazla (3)	çok fazla (4)
Sıkıntı, terleme (Ateş basıyor, ter basıyor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalpden şikâyet (Kuvvetli kalp atışı, hızlı kalp atışı, düzensiz kalp atışı, kalpte sıkıntı)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uyku rahatsızlığı (Uykuya dalamıyorum, sık uyanıyorum, erken uyanıyorum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresif sıkıntı (Cesaretsizlik, üzgünlük, ağlama, güçsüzlük, bazen keyifli, bazen keyifsiz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çabuk öfkelenme, Hassasiyet (heyecanlanma, içten gelen gerginlik, sinirlilik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korku (heyecan, panik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vücut ve zihinsel bitkinlik (çalışmaya karşı genel isteksizlik, hatırlama güçlüğü, konsantre olamama, unutkanlık)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İdrar yollarından şikâyet (İdrar bırakmada şikâyet, sıkca idrara çıkma, idrarı tutamama)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vajinada kuruluk (vajinada kuruluk duygusu veya yanma, cinsel ilişki sırasında şikâyetler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eklem ve kas ağrıları

(Eklemlerde ağrı, romatizmaya benzer şikâyetler)

**20. Yukarıdaki şikâyetlerden hangileri sizde daha çok belirgin ortaya çıkmakta / çıktı?**

.....  
.....

**21. Sizce, her kadında menopoz şikâyetlerinin olması şart mı?**

Hayır 1

Evet 2

Bilmiyorum 3

**22. Hangi hastalıklar menopozla ilgili ortaya çıkabilir ? *Birden fazla* yanıt verebilirsiniz:**

Arterioskleroz (damar kireçlenmesi) 1 Osteoporoz (kemik erimesi) 2

Şeker hastalığı (Diyabet) 3 Göğüs kanseri 4

Kalp krizi 5 Hiç bir hastalık 6

Bilmiyorum 7 Başka hastalıklar, örneğin..... 8

**23. Menopoz konusunda düşünceleriniz nedir?**

*En doğru bulduğunuz üç cevaba çarpı işareti koyunuz:*

- Menopoz, kadının yaşamındaki normal bir süreçtir ve kadınlar bu duruma, hayattaki bir çok değişiklikte olduğu gibi, kendilerini hazırlamalıdır. 1
- Kadınlar için yaşamda yeni bir dönem başlıyor, yeni hedefler, yeni olanaklar vs. 2
- Menopoz sadece geçici bir süreçtir. Kadınlar bu dönemde ruhsal veya vücutsal olarak kendilerini iyi hissetmeyebilirler, daha sonra yaşam normal devam eder. 3
- Kadınlar artık hamile kalamazlar , bunun dışında yaşamları değişmez. 4
- Menopozdaki kadınlara karşı bir toplumda önyargı başlar. 5
- Menopoz döneminde ve daha sonra, kadınların çekiciliği azalır. 6
- Menopoz döneminde ve daha sonra, kadınların çalışma gücü azalır. 7
- Bunların dışında başka bir şey daha, mesela ..... 8

**24. Aşağıdaki açıklamalardan en doğru bulduğunuz üç noktayı lütfen işaretleyiniz**

- Nihayet artık kanamalar yok 1
- Menopoz yılları bana korku veriyor, aklıma yaşlılık, yalnızlık ve ölüm geliyor 2
- Geçmişte kaçırdığım olanaklar beni üzüyor 3
- Artık meslek hayatında büyük olanaklar ortaya çıkmaz 4

- İcimde **kimsenin bana ihtiyacı yok** duygusu var 5
- Güncel yaşamımı düzenlemek için **içten gelen rahatlık hissi** bana yardımcı oluyor 6
- Mesleğimde ve ailemde **büyük saygı** görüyorum 7
- Eşim / çevrem bana **anlayış** gösteriyor ve beni destekliyor 8
- Bunun dışında bir başka şey daha, mesela ..... 9

**25. Kadınlar menopoz sürecinde ne yapın / ne yapmalı?** *Birden fazla cevap verebilirsiniz*

- Diğer kadınlarla konuşmalı 1
- Kadın hastalıkları uzmanlarına danışmalı 2
- Fazla dert edinmemeli 3
- Spor yapmalı 4
- Şimdiye kadar nasılsa, devam etmeli 5
- Hormon ilaçları almalı 6
- Kendi isteklerini gerçekleştirmeyi ön plana almalı 7
- Menopoz yıllarını kabullenip, mümkün olduğu kadar yaşamda değişiklik yapmalı 8
- Bu yıllardaki değişmeyi olumlu olarak görüp, kabullenmeli 9
- Bunun dışında ..... 10

**26. Annenizin menopoz yılları ile ilgili olarak neleri hatırlıyorsunuz?**

Farkına bile varmadım 1 kötü şeyler 2 iyi şeyler 3

**27. Başka kadınların menopoz yılları ile ilgili olarak neleri hatırlıyorsunuz, örneğin bir arkadaşınızın?**

Farkına bile varmadım 1 kötü şeyler 2 iyi şeyler 3

**28. İnsanın kendi sağlığını ne derecede etkileyebileceği konusunda ne düşünüyorsunuz?** *(Lütfen size en uygun gelen cevabı işaretleyiniz)*

İnsanın kendisinin bu konuda yapabileceği şeyler ...

pek çok 1 çok 2 bir kaç 3 az 4 hiç 5

**29. Menopoz şikayetleri yüzünden hiç doktora gittiniz mi?**

Hayır 1 Evet 2

**30. Sağlık durumunuzu genelde nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok iyi 1 İyi 2 Pek iyi değil 3 Kötü 4

**31. Beslenmenizin sağlığınızda bir rol oynadığına inanıyormusunuz?**

Hayır 1 Evet 2 Kısmen 3 Bilmiyorum 4

**32. İyi beslenmeye dikkat ediyor musunuz?**

Hemen hemen hiç 1 Bazen 2 Sıkca 3 Daima 4

**33. En çok ne yiyorsunuz? (örneğin son 4 hafta içinde)**

	Hemen hemen hiç	Bazen	Sık	Daima
1. Et	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Balık	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Meyve	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Sebze	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Soya ürünleri	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Sıtlü ürünleri, peynir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Tahıl ürünleri, ekmek, makarna	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Başka şeyler: .....	<input type="checkbox"/> 1			

**34. Yemeği kendiniz mi pişiriyorsunuz? (örneğin geçen son 4 hafta içinde)**

Hemen hemen hiç 1 Bazen 2 Sıkca 3 Daima 4

**C. Hormonlar üzerine olan bilgileriniz hakkında sorular**

**35. Menopoz sürecinde hormon kullanımı ile ilgili Amerikan araştırması hakkında bir şey duydunuz veya okudunuz mu?**

Hayır 1 Evet 2

**36. Evet ise, bu araştırma konusunu nereden öğrendiniz?**

Radyodan / televizyondan 1 Gazeteden / dergiden 2  
Arkadaşımdan, akrabalarından, konuşmalardan 3 Doktordan 4

**37. Bu araştırmanın konusu sizce neydi?**

Bilmiyorum 1

Birden fazla cevap verebilirsiniz:

Yan etkiler ve riskler 2

Rahatsızlıklar 3

Uzun tedavideki yan etkiler 4

Doğum kontrol hapı 5

Hormonların faydaları 6

**38. Bu araştırmayı biliyorsanız: Bu araştırma konusunda bildikleriniz kişisel kararınızı ve tutumunuzu etkiliyor mu?**

Hayır 1

Evet 2

Biraz 3

Bilmiyorum 4

**39. Sizce menopoz yıllarında ve daha sonra hormon ilaçları kullanmakla, insan kendi sağlığını etkileyebilir mi,?**

Hayır, kesinlikle 1 Faydası ve olumsuz yanları eşit 2 Evet iyi şekilde 3

Bu konuda bilgim az 4 Evet olumsuz şekilde 5

**40. Menopozda ve daha sonra ki yıllarda alınan hormon ilaçlarının sağlığa olan faydaları ve zararları konusunda ne kadar bilgiye sahipsiniz?**

0 = Hiç ..... yeterli ..... Çok iyi = 10

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**41. Sizin, menopozda ve daha sonraki yıllarda alınan hormon ilaçlarının sağlığa olan faydaları ve zararları konusundaki görüşlerinizi, kim veya ne en çok etkiledi?**

Size uyan en yakın cevabı işaretleyiniz

Ev doktoru 1

Kadın hastalıkları uzmanı 2

Başka doktor 3

Gazeteden / dergiden bilgi 4

Radyodan / televizyondan bilgi 5

Arkadaşlardan, tanıdıklardan, akrabalarından aldığım bilgi 6

Diğer bilgi kaynaklarından, yani ..... 7

## D. Hormon ve diğer ilaçların kullanımı ile ilgili sorular

### 42. Menopozda veya daha sonra hormon ilaçları aldınız mı?

(örneğin östrojenli haplar, kremler, flaster, vajina fitili, iğneler ya da östrojenli ve projesteronlu kombine ilaçlar veya bitkisel östrojenler)

- Hayır hiç 1 ► (Bu durumda lütfen **soru 43** e geçip yanıtlayın, sonra **soru 51 den devam edin**).
- Evet, eskiden 2 ► (Evet ise, **soru 44 ten devam edin**).
- Evet, hala 3 ► (Evet ise, **soru 44 ten devam edin**).
- Tam bilmiyorum 4 ► (Yine de **gelecek soruları** yanıtlamaya çalışın)

### 43.Şimdiye kadar menopoz yıllarında veya daha sonra **hiç** hormon ilaçları almadıysanız, kararınızı ne etkiledi?

- Menopozda her hangi bir şikayetim yok ve olmadı da 1
- Hormon almanın olumlu bir tarafını görmüyorum 2
- Yan etkilerinden korkum var / vardı (örneğin kanamalar...) 3
- Kanserden korkum var / vardı 4
- Şu hastalık nedeniyle hormon alamadım: ..... 5
- Başka nedenlerden: ..... 6

### 44. Evet ise, hangi öneri / tavsiye üzerine hormon ile tedaviye başladınız?

- Ev doktoru 1
- Kadın hastalıkları uzmanı 2
- Başka doktor 3
- Gazeteden / dergiden bilgi 4
- Radyodan / televizyondan bilgi 5
- İnternette bilgi 6
- Arkadaşların, tanıdıkların, akrabaların önerisi 7
- Eczacının önerisi 8
- Başkaca..... 9

### 45. Şu anda /geçen son 4 hafta içinde hangi hormon ilacını kullanıyorsunuz?

- Hormon hapları 1 Hormonlu krem/ hormonlu jel 2
- Hormonlu flaster 3 Hormonlu vajina fitili 4

Hormon iğneleri 5

Başka, örneğin: ..... 6

**46. Menopoz yıllarında veya daha sonra toplam olarak ne kadar zaman hormon ilaçları kullandınız?**

Ay

Yıl

Tam olarak bilmiyorum 1

**47. Evet ise, hangi nedenlerden dolayı hormon kullanmaya başladınız?**

*Birden fazla cevap verebilirsiniz:*

Menopoz şikayetleri azalsın diye 1

Kalp ve kan dolaşımı hastalıklarına önlem olarak 2

Kemikleri korumak için, ve osteoporözeyi önlemek için 3

Kozmetik nedenlerden (saçlar, kırışıklar, vücut güzelliği ....) 4

Daha iyi cinsel yaşam için 5

Bilmiyorum 6

Başka nedenler ..... 7

**48. Sizde hormon kullanmakla bedensel ve ruhsal yönden bir değişiklik oldu mu?**

Kendimi çok daha iyi hissediyorum/dum 1 Kendimi çok daha kötü hissediyorum/dum 2

Bir değişiklik hissetmiyorum/etmedim 3 Tam bilmiyorum 4

**49. Eskiden hormon kullandıysanız, ve şimdi almıyorsanız, hormon almaktan vaz geçmenizın sebebi neydi?**

Doktorun önerisi 1 Göğüste sıkıntı 2 Göğüs kanseri hastalığı 3

Kilo aldırıyor 4 Kanamalar 5 Toplar damar trombozu 6

Artık ihtiyaç kalmadı 7 Kanser korkusu 8 Yeni bilgiler 9

Tıbbî araştırmanın sonucu 10

Başka nedenler: ..... 11

**50. Hangi öneri / tavsiye üzerine hormon tedavisinden vaz geçtiniz?**

Hormon almamaya kendim karar verdim 1

Doktorumun tavsiyesi üzerine 2

Kadın hastalıkları uzmanımın tavsiyesi üzerine 3

Diğer bir doktorumun tavsiyesi üzerine 4

- Gazete / Dergi haberleri nedeniyle 5
- Radyo / Televizyon yayınları üzerine 6
- İnternetteki bilgiler üzerine 7
- Arkadaşların, tanıdıkların, akrabaların önerisi üzerine 8
- Eczacının önerisi üzerine 9
- Başka nedenler..... 10

**51. Şu anda hangi ilaçları alıyorsunuz? (geçen son 4 hafta içinde)**

	<u>Hiç</u>	<u>Nerdeyse hiç</u>	<u>Bazen</u>	<u>Sık</u>	<u>Düzenli şekilde</u>	
Ağrı kesici	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Uyku ilacı	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Yatıştırıcı	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Tansiyon ilacı	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Vitaminler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Kalsiyum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Kabızlığa karşı ilaç	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Mide ilacı	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Menopoz şikâyetlerine karşı bitkisel ilaçlar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Ayrıca başka bir şey, o da	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

**52. Şu anda menopoz şikâyetlerine karşı reçetesiz ilaç alıyor musunuz? (geçen son 4 hafta içinde)**

Hayır 1 Evet 2

**53. Menopoz şikâyetlerine karşı başka tedavi yöntemlerinin olup olmadığını doktorunuza soruyormusunuz?**

Hayır 1 Evet 2 Bilmiyorum 3

## E. Kültürel kökeniniz ile ilgili sorular

54. Ne zamandan beri Almanya'da yaşıyorsunuz?   Yıllardan beri Doğduğumdan beri

55. Burada doğmadıysanız, nerede doğdunuz ve Almanya'ya nasıl geldiniz?

- Nerede?..... doğdum 0
- Çocuk iken ailem ile geldim 1 Eşim (arkadaşım) burada yaşıyordu 2
- Almanya'da çalışmak için 3 Politik nedenlerden (İltica) 4
- Okumaya, meslek eğitimi için 5 Alman kökenli göçmenim 6
- Başka nedenlerden 7 Hangi? .....

56. Aile dışında çok tanıdıklarınız var mı?

- Özel arkadaşlar: Hiç yok 1 Ara sıra görüşüyorum 2 Sık görüşüyorum 3
- İş arkadaşları: Hiç yok 1 Ara sıra görüşüyorum 2 Sık görüşüyorum 3

57. Anadiliniz?

- Almanca 1 Türkçe 2 Korece 3 Japonca 4 Çince 5
- Başka 6 Hangisi? .....

58. Anadilinizde ne dercede iyi okuma yazmaya sahipsiniz?

(Kendi değerlendirmenize göre)

0 = Hiç .....orta ..... Çok iyi = 10

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Anadilde okuma											
2. Anadilde yazma											

59. Almanca'yı ne kadar iyi konuşuyor ve anlıyorsunuz?

(Kendi değerlendirmenize göre)

0 = Hiç .....orta ..... Çok iyi = 10

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Almanca konuşma											
2. Almanca anlama											

60. Almanca'yı ne kadar iyi okuyabiliyor ve anlayabiliyorsunuz?

(Kendi değerlendirmenize göre)

0 = Hiç .....orta ..... Çok iyi = 10

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Almancayı okuyup anlama											

**61. Ailede / Evde en çok hangi dili konuşuyorsunuz?**

Anadilimi 1 Almaca 2 Başka bir dil 3 Almanca ve başka dil veya andili ile birlikte 4

**62. En çok hangi medyalarından bilgi alıyorsunuz? (sadece 3 cevap seçin)**

Hiç almıyorum 1 Televizyondan 2 Başkalarından 3  
Radyodan 4 İnternette 5 Gazete /dergiden 5

**63. Hangi dildeki medyaları tercih ediyorsunuz?**

Almanca 1 Anadilimde 2 Her iki dilde de 3 Başka bir dilde ise, hangi dilde? ..... 4

**64. Doktora yalnız mı gidiyorsunuz yoksa eşiniz çocuklarınız veya arkadaşınız tercüman olarak sizinle geliyorlar mı?**

Yalnız 1 Birisi ile beraber / Tercümanla beraber 2

**65. Kadın hastalıkları uzmanınız hangi ülkeden? Kadın hastalıkları uzmanım yok 0**

Alman 1 Türk 2 Bilmiyorum 3 Başka 4 Hangi uyruktan? .....

**66. Son 5 yıl içinde hangi sıklıkla görüştünüz? Hiç 0 Toplam  kere**

**67. Son görüştüğünüz kadın hastalıkları uzmanı bir bay mı, bayan mı? Bay  Bayan**

**68. Son 5 yıl içinde değişik kadın doktorlarına gittiniz mi? Hayır  Evet**

**Evet ise, kaç ayrı kadın doktoruna gittiniz?**

**Bilgilerinizle bu bilimsel araştırmaya önemli bir katkıda buldunuz.  
Yardımanız için çok teşekkür ederiz!**

Bu anket **yalnız** başına cevaplandırıldı 1 Cevaplandırıldığı **yer** ..... 2

Bu anket başka bir kişinin/kişilerin **yardımıyla** cevaplandırıldı ..... 3

## FRAGEBOGEN ISTANBUL

### A. Kişisel Bilgileriniz

Lütfen doğru yeri işaretleyiniz veya doldurunuz:

1. Doğum yılınız?

19

2. Boyunuz?

cm

3. Kilonuz?

kg

4. Çocuğunuz var mı?

Hayır  Evet  Kaç tane? .....

Evet ise, ilk defa anne oldunuzda kaç yaşındaydınız?   yaşındaydım

5. Medeni haliniz?

Bekâr, dul, boşanmış, yalnız yaşıyorum  Evli /arkadaşım ile beraber yaşıyorum

6. Eşiniz / Arkadaşınız ile beraber yaşıyorsanız, eşiniz-/ arkadaşınız nereli: yok

benim geldiğim bölgeden

Türkiyenin başka bir bölgesinden

başka bir ülkeden

7. Hangi okuldan mezunsunuz? Lütfen bitirdiğiniz en yüksek okula çarpı işareti koyunuz:

Herhangi bir okuldan mezun değilim	<input type="checkbox"/>	(1)
İlkokul mezunuyum	<input type="checkbox"/>	(2)
Orta okul mezunuyum	<input type="checkbox"/>	(3)
Meslek okulu mezunuyum / Meslek eğitimi gördüm	<input type="checkbox"/>	(5)
Lise mezunuyum	<input type="checkbox"/>	(6)
Yüksek okul- / Üniversite mezunuyum	<input type="checkbox"/>	(7)

8. Meslek eğitimi gördünüz mü? Hayır  Evet  Evet ise hangi? .....

9. Çalışıyor musunuz? Hayır  Evet  Hangi işte çalışıyorsunuz? .....

10. Şimdiye kadar toplam maaşlı kaç yıl çalıştınız?

Yıl

Çiftlikte, tarlada çalıştınız mı? Hayır  Evet

Yıl

**11. A. Çocukluğunuzun büyük kısmı nerede geçti? (18 yaşına kadar)**

Istanbul'da 1 Türkiye'nin başka bir bölgesinde 2 dış devlette 3  
Ayrıntılı olarak: .....

**11. B.** Büyükşehirde 1 Kasabada 2 Köyde 3

**13. Dininiz?**

İslam 1 Başka 6 Hangi? .....

**14. Dininize ne kadar bağlısınız?**

Hiç 1 Az 2 Çok 3

**15. Aşağıdaki konulardan ne derecede memnunsunuz:**

0 = Hiç memnun değilim Son derece memnunum = 10

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Ev durumunuzdan											
2. Gelirinizden											
3. İş durumunuzdan											
4. Ailesel durumunuzdan											
5. Sağlığınızdan											
6. Bütün yaşamınızdan											

**B. Menopoz (adetten kesilme) yılları ile ilgili sorular**

**16. Kaç yaşındayken âdet görmeye başladınız?** İlk defa  yaşındayken

**17. Hala âdet görüyor musunuz?**

Hayır		(1)
Hayır ise, <u>en son</u> kaç yaşında gördünüz?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Evet , fakat düzensiz		(2)
Evet, düzenli olarak		(3)
Bilmiyorum		(4)

**18. Adetten kesildiyse, bunun sebebi neydi?**

Tabii olarak menopoz sonucu kesildi		(1)
Ameliyatla ana rahminin çıkarılması sonucu		(2)
Işın tedavisi veya kemoterapi sonucu		(3)
Bilmiyorum		(4)

**19. Aşağıdaki şikâyetlerden hangisi sizde şu anda var veya son 7 gün içinde vardı?**

*Lütfen her şikâyetiniz için çarpı işareti koyun ve derecesini işaretleyin.*

	yok (0)	hafif (1)	orta (2)	fazla (3)	çok fazla (4)
Sıkıntı, terleme (Ateş basıyor, ter basıyor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalpten şikâyet (Kuvvetli kalp atışı, hızlı kalp atışı, düzensiz kalp atışı, kalpte sıkıntı)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uyku rahatsızlığı (Uykuya dalamıyorum, sık uyanıyorum, erken uyanıyorum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresif sıkıntı (Cesaretsizlik, üzgünlük, ağlama, güçsüzlük, bazen keyifli, bazen keyifsiz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çabuk öfkelenme, Hassasiyet (heyecanlanma, içten gelen gerginlik, sinirlilik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korku (heyecan, panik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vücut ve zihinsel bitkinlik (çalışmaya karşı genel isteksizlik, hatırlama güçlüğü,konsantre olamama, unutkanlık)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İdrar yollarından şikâyet (İdrar bırakmada şikâyet, sıkca idrara çıkma, idrarı tutamama)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vajinada kuruluk (vajinada kuruluk duygusu veya yanma, cinsel ilişki sırasında şikâyetler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eklem ve kas ağrıları (Eklemlerde ağrı, romatizmaya benzer şikâyetler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**20. Yukarıdaki şikâyetlerden hangileri sizde daha çok belirgin ortaya çıkmakta / çıktı?**

.....

**21. Sizce, her kadında menopoz şikâyetlerinin olması şart mı?**

Hayır 1

Evet 2

Bilmiyorum 3

**22. Hangi hastalıklar menopozla ilgili ortaya çıkabilir ? *Birden fazla yanıt verebilirsiniz:***

Arterioskleroz (damar kireçlenmesi) 1

Osteoporoz (kemik erimesi) 2

Şeker hastalığı (Diyabet) 3

Göğüs kanseri 4

Kalp krizi 5

Hiç bir hastalık 6

Bilmiyorum 7

Başka hastalıklar, örneğin.....

**23. Menopoz konusunda düşünceleriniz nedir?**

*En doğru bulduğunuz üç cevaba çarpı işareti koyunuz:*

- Menopoz, kadının yaşamındaki normal bir süreçtir ve kadınlar bu duruma, hayattaki bir çok değişiklikte olduğu gibi, kendilerini hazırlamalıdır. 1
- Kadınlar için yaşamda yeni bir dönem başlıyor, yeni hedefler, yeni olanaklar vs. 2
- Menopoz sadece geçici bir süreçtir. Kadınlar bu dönemde ruhsal veya vücutsal olarak kendilerini iyi hissetmeyebilirler, daha sonra yaşam normal devam eder. 3
- Kadınlar artık hamile kalamazlar , bunun dışında yaşamları değişmez. 4
- Menopozdaki kadınlara karşı bir toplumda önyargı başlar. 5
- Menopoz döneminde ve daha sonra, kadınların çekiciliği azalır. 6
- Menopoz döneminde ve daha sonra, kadınların çalışma gücü azalır. 7
- Bunların dışında başka bir şey daha, mesela ..... 8

**24. Aşağıdaki açıklamalardan en doğru bulduğunuz üç noktayı lütfen işaretleyiniz**

- Nihayet artık kanamalar yok 1
- Menopoz yılları bana korku veriyor, aklıma yaşlılık, yalnızlık ve ölüm geliyor 2
- Geçmişte kaçırdığım olanaklar beni üzüyor 3
- Artık meslek hayatında büyük olanaklar ortaya çıkmaz 4
- İcimde kimsenin bana ihtiyacı yok duygusu var 5
- Güncel yaşamımı düzenlemek için içten gelen rahatlık hissi bana yardımcı oluyor 6
- Mesleğimde ve ailemde büyük saygı görüyorum 7
- Eşim / çevrem bana anlayış gösteriyor ve beni destekliyor 8
- Bunun dışında bir başka şey daha, mesela ..... 9

**25. Kadınlar menopoz sürecinde ne yapsın / ne yapmalı?**

*Birden fazla cevap verebilirsiniz*

- Diğer kadınlarla konuşmalı 1
- Kadın hastalıkları uzmanlarına danışmalı 2
- Fazla dert edinmemeli 3
- Spor yapmalı 4
- Şimdiye kadar nasılsa, devam etmeli 5
- Hormon ilaçları almalı 6
- Kendi isteklerini gerçekleştirmeyi ön plana almalı 7
- Menopoz yıllarını kabullenip, mümkün olduğu kadar yaşamda değişiklik yapmalı 8
- Bu yıllardaki değişmeyi olumlu olarak görüp, kabullenmeli 9
- Bunun dışında ..... 10

**26. Annenizin menopoz yılları ile ilgili olarak neleri hatırlıyorsunuz?**

Farkına bile varmadım 1 kötü şeyler 2 iyi şeyler 3

**27. Başka kadınların menopoz yılları ile ilgili olarak neleri hatırlıyorsunuz, örneğin bir arkadaşınızın?**

Farkına bile varmadım 1 kötü şeyler 2 iyi şeyler 3

**28. İnsanın kendi sağlığını ne derecede etkileyebileceği konusunda ne düşünüyorsunuz? (Lütfen size en uygun gelen cevabı işaretleyiniz)**

İnsanın kendisinin bu konuda yapabileceği şeyler ...

pek çok 1 çok 2 bir kaç 3 az 4 hiç 5

**29. Menopoz şikayetleri yüzünden hiç doktora gittiniz mi?**

Hayır 1 Evet 2

**30. Sağlık durumunuzu genelde nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Çok iyi 1 İyi 2 Pek iyi değil 3 Kötü 4

**31. Beslenmenizin sağlığınızda bir rol oynadığına inanıyorsunuz mu?**

Hayır 1 Evet 2 Kısmen 3 Bilmiyorum 4

**32. İyi beslenmeye dikkat ediyor musunuz?**

Hemen hemen hiç 1 Bazen 2 Sıkça 3 Daima 4

**33. En çok ne yiyorsunuz? (örneğin son 4 hafta içinde)**

	Hemen hemen hiç	Bazen	Sık	Daima
1. Et	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Balık	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Meyve	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Sebze	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Soya ürünleri	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Sütlu ürünler, peynir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Tahıl ürünleri, ekmek, makarna	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Başka şeyler: .....	<input type="checkbox"/> 0			

**34. Yemeği kendiniz mi pişiriyorsunuz? (örneğin geçen son 4 hafta içinde)**

Hemen hemen hiç 1      Bazen 2      Sıkca 3      Daima 4

**C. Hormonlar üzerini olan bilgileriniz hakkında sorular**

**35. Menopoz sürecinde hormon kullanımı ile ilgili Amerikan araştırması hakkında bir şey duydunuz veya okudunuz mu?**

Hayır 1      Evet 2

**36. Evet ise, bu araştırma konusunu nereden öğrendiniz?**

Radyodan / televizyondan 1      Gazeteden / dergiden 2  
Arkadaşımdan, akrabalarından, konuşmalardan 3      Doktordan 4

**37. Bu araştırmanın konusu sizce neydi?**

Bilmiyorum 1

Birden fazla cevap verebilirsiniz:

Yan etkiler ve riskler 2

Rahatsızlıklar 3      Uzun tedavideki yan etkiler 4

Doğum kontrol hapı 5      Hormonların faydaları 6

**38. Bu araştırmayı biliyorsanız: Bu araştırma konusunda bildikleriniz kişisel kararınızı ve tutumunuzu etkiliyor mu?**

Hayır 1      Evet 2      Biraz 3      Bilmiyorum 4

**39. Sizce menopoz yıllarında ve daha sonra hormon ilaçları kullanmakla, insan kendi sağlığını etkileyebilir mi?**

Hayır, kesinlikle 1      Faydası ve olumsuz yanları eşit 2

Evet iyi şekilde 3      Evet olumsuz şekilde 5      Bu konuda bilgim az 4

**40. Menopozda ve daha sonra ki yıllarda alınan hormon ilaçlarının sağlığa olan faydaları ve zararları konusunda ne kadar bilgiye sahipsiniz?**

0 = Hiç..... yeterli ..... Çok iyi = 10

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**41. Sizin, menopozda ve daha sonraki yıllarda alınan hormon ilaçlarının sağlığa olan faydaları ve zararları konusundaki görüşlerinizi, kim veya ne en çok etkiledi?**

*Size uyan en yakın cevabı işaretleyiniz*

- Ev doktoru 1
- Kadın hastalıkları uzmanı 2
- Başka doktor 3
- Gazeteden / dergiden bilgi 4
- Radyodan / televizyondan bilgi 5
- Arkadaşlardan, tanıdıklardan, akrabalarından aldığım bilgi 6
- Diğer bilgi kaynaklarından, yani ..... 7

**D. Hormon ve diğer ilaçların kullanımı ile ilgili sorular**

**42. Menopozda veya daha sonra hormon ilaçları aldınız mı?**

(örneğin östrojenli haplar, kremler, flaster, vajina fitili, iğneler ya da östrojenli ve projesteronlu kombine ilaçlar veya bitkisel östrojenler)

- Hayır hiç 1 ► (Bu durumda lütfen **soru 43** e geçip yanıtlayın, sonra **Soru 51** den devam edin).
- Evet, eskiden 2 ► (Evet ise, **soru 44** ten devam edin).
- Evet, hala 3 ► (Evet ise, **soru 44** ten devam edin).
- Tam bilmiyorum 4 ► (Yine de **gelecek soruları** yanıtlamaya çalışın)

**43. Şimdiye kadar menopoz yıllarında veya daha sonra hiç hormon ilaçları almadıysanız, kararınızı ne etkiledi?**

- Menopozda her hangi bir şikayetim yok ve olmadı da 1
- Hormon almanın olumlu bir tarafını görmüyorum 2
- Yan etkilerinden korkum var / vardı (örneğin kanamalar...) 3
- Kanserden korkum var / vardı 4
- Şu hastalık nedeniyle hormon alamadım: ..... 5
- Başka nedenlerden: ..... 6

**44. Evet ise, hangi öneri / tavsiye üzerine hormon ile tedaviye başladınız?**

- Ev doktoru 1
- Kadın hastalıkları uzmanı 2
- Başka doktor 3
- Gazeteden / dergiden bilgi 4
- Radyodan / televizyondan bilgi 5
- İnternette bilgi 6
- Arkadaşların, tanıdıkların, akrabaların önerisi 7
- Eczacının önerisi 8
- Başkaca..... 9

**45. Şu anda / geçen son 4 hafta içinde hangi hormon ilacını kullanıyorsunuz?**

- Hormon hapları 1
- Hormonlu krem/ hormonlu jel 2
- Hormonlu flaster 3
- Hormonlu vajina fitili 4
- Hormon iğneleri 5
- Başka, örneğin.: ..... 6

**46. Menopoz yıllarında veya daha sonra toplam olarak ne kadar zaman hormon ilaçları kullandınız?**

- Ay  Yıl Tam olarak bilmiyorum 1

**47. Evet ise, hangi nedenlerden dolayı hormon kullanmaya başladınız?**

*Birden fazla cevap verebilirsiniz:*

- Menopoz şikayetleri azalsın diye 1
- Kalp ve kan dolaşımı hastalıklarına önlem olarak 2
- Kemikleri korumak için, ve osteoporözü için önlemek için 3
- Kozmetik nedenlerden (saçlar, kırışıklar, vücut güzelliği ....) 4
- Daha iyi cinsel yaşam için 5
- Bilmiyorum 6
- Başka nedenler ..... 7

**48. Sizde hormon kullanmakla bedensel ve ruhsal yönden bir değişiklik oldu mu?**

- Kendimi çok daha iyi hissediyorum/dum 1 Kendimi çok daha kötü hissediyorum/dum 2
- Bir değişiklik hissetmiyorum/etmedim 3 Tam bilmiyorum 4

**49. Eskiden hormon kullandıysanız, ve şimdi almıyorsanız, hormon almaktan vaz geçmenizin sebebi neydi?**

- Doktorun önerisi 1 Göğüste sıkıntı 2 Göğüs kanseri hastalığı 3
- Kilo aldırıyor 4 Kanamalar 5 Toplar damar trombozu 6
- Artık ihtiyaç kalmadı 7 Kanser korkusu 8 Yeni bilgiler 9
- Tıbbî araştırmanın sonucu 10
- Başka nedenler: ..... 11

**50. Hangi öneri / tavsiye üzerine hormon tedavisinden vaz geçtiniz?**

- Hormon almamaya kendim karar verdim 1
- Doktorumun tavsiyesi üzerine 2
- Kadın hastalıkları uzmanımın tavsiyesi üzerine 3
- Diğer bir doktorumun tavsiyesi üzerine 4
- Gazete / Dergi haberleri nedeniyle 5
- Radyo / Televizyon yayınları üzerine 6
- İnternetteki bilgiler üzerine 7
- Arkadaşların, tanıdıkların, akrabaların önerisi üzerine 8
- Eczacının önerisi üzerine 9
- Başka nedenler: ..... 10

**51. Şu anda hangi ilaçları alıyorsunuz? (geçen son 4 hafta içinde)**

	<u>Hic</u>	<u>Nerdeyse hiç</u>	<u>Bazen</u>	<u>Sık</u>	<u>Düzenli şekilde</u>
Ağrı kesici	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Uyku ilacı	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Yatıştırıcı	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Tansiyon ilacı	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Vitaminler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Kalsiyum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Kabızlığa karşı ilaç	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mide ilacı	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Menopoz şikâyetlerine karşı bitkisel ilaçlar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Ayrıca başka bir şey, o da 1 2 3 4 5

.....  
.....

**52. Şu anda menopoz şikâyetlerine karşı reçetesiz ilaç alıyor musunuz? (geçen son 4 hafta içinde)**

Hayır 1 Evet 2

**53. Menopoz şikâyetlerine karşı başka tedavi yöntemlerinin olup olmadığını doktorunuza soruyormusunuz?**

Hayır 1 Evet 2 Bilmiyorum 3

## E. Başka sorular

**54. Ne zamandan beri İstanbul'da yaşıyorsunuz?**

Yıldan beri

Doğduğumdan beri

**55. Burada doğmadıysanız, nerede doğdunuz ve İstanbul'a nasıl geldiniz?**

Nerede?..... doğdum 0

Çocuk iken ailem ile geldim 1 Eşim (arkadaşım) burada yaşıyordu 2

İstanbul'da çalışmak için 3 Başka nedenlerden 7

Okumaya, meslek eğitimi için 5 Hangi? .....

**56. Aile dışında çok tanıdıklarınız var mı?**

**Özel arkadaşlar:** Hiç yok 1 Ara sıra görüşüyorum 2 Sık görüşüyorum 3

**İş arkadaşları:** Hiç yok 1 Ara sıra görüşüyorum 2 Sık görüşüyorum 3

**57. Anadiliniz nedir?**

Türkçe 1 Başka 2 Hangisi? ..... 7

**58. Türkçe'yi ne kadar iyi konuşuyor ve anlıyorsunuz? (59)**

(Kendi değerlendirmenize göre)

0 = Hiç .....orta ..... Çok iyi = 10

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. konuşma											
2. anlama											

**59. Türkçe’de ne dercede okuma ve yazmaya sahipsiniz? (58)**

(Kendi değerlendirmenize göre)

0 = Hiç ..... orta ..... Çok iyi = 10

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. okuma											
2. yazma											

**60. Ailede / Evde en çok hangi dili konuşuyorsunuz? (61)**

Türkçe  Başka  Hangisi? .....

**61. En çok hangi medyalardan bilgi alıyorsunuz? (62) (sadece 3 cevap seçin)**

Hiç almıyorum  Televizyondan  Başkalarından   
Radyodan  İnternetten  Gazete /dergiden

**62. Doktora yalnız mı gidiyorsunuz yoksa eşiniz çocuklarınız veya arkadaşınız (64) tercüman olarak sizinle geliyorlar mı?**

Yalnız  Birisi ile beraber / Tercümanla beraber

**63. Kadın hastalıkları uzmanıyla görüşüyorsunuz? (65 mod.)**

Hayır  Evet

Evet ise, son 5 yıl içinde hangi sıklıkla görüştünüz? Toplam   kere

... son görüştüğünüz kadın hastalıkları uzmanı bir bay mı, bayan mı? Bay  Bayan

... son 5 yıl içinde değişik kadın doktorlarına gittiniz mi? Hayır  Evet

... kaç ayrı kadın doktoruna gittiniz?

***Bilgilerinizle bu bilimsel araştırmaya önemli bir katkıda buldunuz.  
Yardımanız için çok teşekkür ederiz!***

Bu anket **yalnız** başına cevaplandırıldı. 1 Cevaplandırıldığı yer..... 2

Bu anket başka bir kişinin/kişilerin **yardımıyla** cevaplandırıldı

Yardımda bulunan kişi/kişiler ..... 3

### **8.3 Curriculum Vitae**

**Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.**

## 8.4 Publikationsliste

- Seybold J, Thomas D, Witzenrath M, Boral Ş, et al., 2005, "*Tumor necrosis factor-alpha-dependent expression of phosphodiesterase 2: role in endothelial hyperpermeability*", BLOOD, 105, S. 3569-3576
- Bau AM, Vahabzadeh Z, Povel C, James J, Boral Ş, et. al., 2007, „*Psychologische Aspekte der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen und vernetzte Versorgungsstrukturen*“, Tagungsbericht, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, S. 1145-1151
- Borde T, Boral Ş, Schalinski A, David M, 2007, "*Does migration have an impact on the perception of menopause and coping with symptoms?*", Proceedings of the 15th International Conference of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, S. 43-46
- Borde T, Boral Ş, Schalinski A, David M, 2008, „*Haben Kultur und Migration einen Einfluss auf den Umgang mit den Wechseljahren?*“, in: Borde T, David M (Hrsg.): Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt, Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, S. 43-71
- Seybold J, Thomas D, Boral Ş, et alii, "*Phosphodiesterase 2 inhibition reduces VEGF-induced tube formation and migration in endothelial cells*", British Journal of Pharmacology, im Erscheinen

## **9. Selbständigkeitserklärung**

Ich, Şengül Boral, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Wechseljahre und Hormontherapie: eine vergleichende Befragung bei türkeistämmigen Migrantinnen und deutschen Frauen in Berlin sowie Frauen in Istanbul“ 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.

Berlin, 09.11.2009