

Studienergebnisse

Die Gerontopsychiatrische Versorgung unter dem Blickwinkel der Migration

Ein sektorenübergreifender und regionalspezifisch orientierter Forschungsansatz

Beteiligte Institutionen:

LWL-Universitätsklinikum Bochum
LWL-Klinikum Gütersloh
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)

Autoren/innen:

Dr. Gaby Bruchmann, LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen
Friederike Tornau, LWL-Universitätsklinikum Bochum
PD Dr. Rainer J. Wolf, LWL-Universitätsklinikum Bochum
Prof. Dr. Georg Juckel (Wissenschaftliche Leitung), LWL-Universitätsklinikum Bochum

(Stand: Mai 2011)



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

- 1.1 Projekthintergrund
- 1.2 Methodisches Vorgehen
 - 1.2.1 Migrationsdefinition
 - 1.2.2 Untersuchungsregionen
 - 1.2.3 Datenbasis
 - 1.2.4 Statistische Auswertungsmethoden

2. Ergebnisse

- 2.1 Stichprobenbeschreibung
 - 2.1.1 Stationärer Stichprobenumfang
 - 2.1.2 Herkunftsländer
 - 2.1.3 Einzugsgebietsdarstellung
 - 2.1.4 Ambulante Stichprobenumfang
- 2.2 Inanspruchnahme
 - 2.2.1 Stationäre Inanspruchnahme
 - a. Inanspruchnahme von Personen mit und ohne Migrationshintergrund
 - b. Inanspruchnahme von Aussiedlern und Migranten i.e.S. im Vergleich
 - c. Inanspruchnahme nach Migrationsart und Geschlecht
 - 2.2.2 Ambulante Inanspruchnahme
 - a. Patientenzahl nach Facharztgruppen und Region
 - b. Ärztliche Kontakthäufigkeit nach Migrationsart und Region
 - c. Ärztliche ambulante Kontakthäufigkeit nach Region und Geschlecht
- 2.3 Diagnosespektrum
 - 2.3.1 Diagnosespektrum nach Untersuchungsregionen
 - 2.3.2 Diagnosespektrum von Personen mit und ohne Migrationshintergrund
 - 2.3.3 Diagnosespektrum nach Migrationsart
 - 2.3.4 Diagnosespektrum nach Herkunftsländern
- 2.4 Verweildauer
 - 2.4.1 Stationäre Verweildauer
 - 2.4.2 Teilstationäre Verweildauer
 - 2.4.3 Stationäre Verweildauer und ambulante ärztliche Kontakthäufigkeit
- 2.5 Anzahl stationärer Aufnahmen
 - 2.5.1 Anzahl stationärer Aufnahmen nach Personengruppen
 - 2.5.2 Anzahl stationärer Aufnahmen nach Untersuchungsregion
 - 2.5.3 Anzahl stationärer Aufnahmen und ambulante ärztliche Kontakthäufigkeit

3. Zusammenfassung und Diskussion

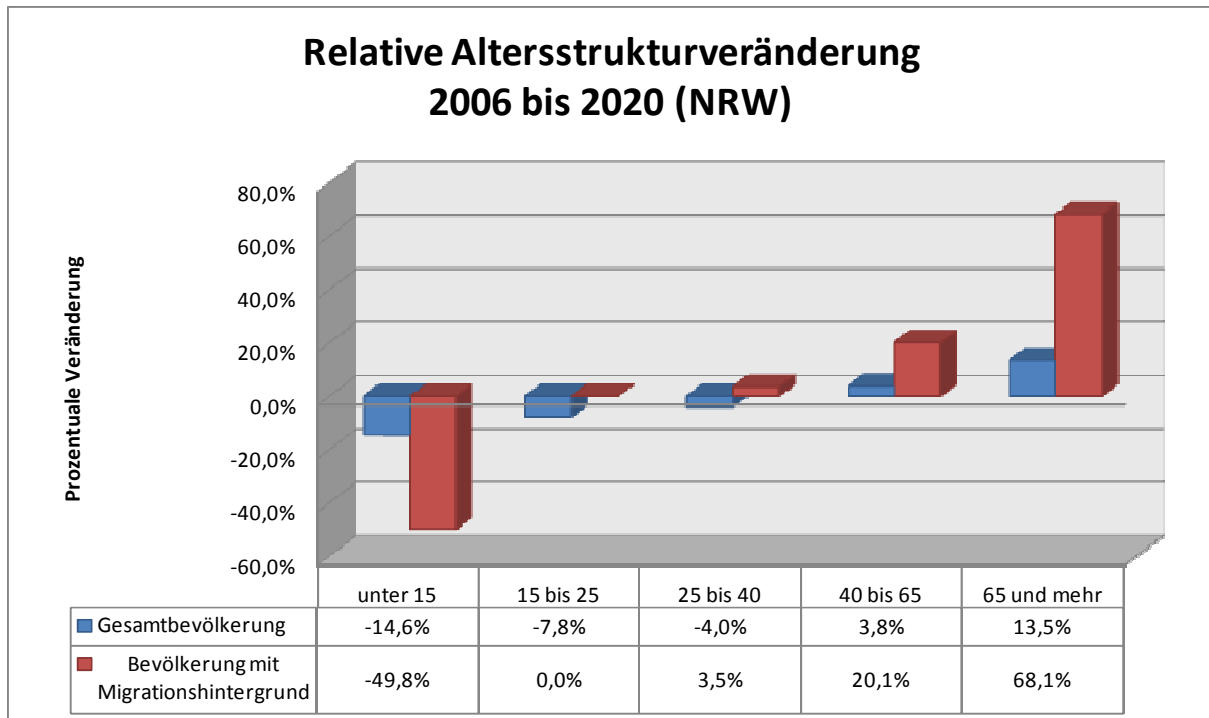
1. Einleitung

1.1 Projekthintergrund

Der demografische Wandel wird die gerontopsychiatrische Versorgung sowohl im Hinblick auf die Bedarfe als auch hinsichtlich der Ressourcen vor neuen Herausforderungen stellen. Hierbei ist nicht nur die demografische Alterung der Bevölkerung in ihrer Gesamtheit zu berücksichtigen, sondern auch sozio-demografische Aspekte mit einzubeziehen, die möglicherweise neue Anforderungen an die künftige gerontopsychiatrische Versorgung stellen. Zu den wesentlichen Entwicklungen zählt u.a. der steigende Bevölkerungsanteil von Personen mit Migrationshintergrund. Nach dem Mikrozensus 2009 ist der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Zeitraum 2005 bis 2009 von 18,6% auf 19,6% gestiegen. Dies entspricht einem Zuwachs von 715.000 Personen mit Migrationshintergrund bei gleichzeitigem Gesamtbevölkerungsrückgang in Höhe von 561.000 Personen. Dies verdeutlicht, die weiter zunehmende Bedeutung dieser Bevölkerungsgruppe [14].

Eine differenzierte Betrachtung nach Alterskategorien zeigt, dass der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund an der älteren Bevölkerung zwar noch relativ gering ist, aber der demografische Wandel in den kommenden Jahren auch in dieser Personengruppe zu einer Verschiebung der Altersstruktur führen wird, wenn auch im Vergleich zur Gesamtbevölkerung zeitliche verzögert [9]. So ergibt sich für Nordrhein-Westfalen (NRW) im Zeitraum 2006 bis 2020 ein relativer Zuwachs in der Altersgruppe 65 Jahre und älter in Höhe von 68,1% [15].

Abb.1: Relative Altersstrukturveränderung 2006 bis 2020 (NRW)



Quelle: [15]

Fraglich ist, inwiefern diese Entwicklung Einfluss auf die künftige gerontopsychiatrische Versorgung haben wird. Bisherige Studien zur Prävalenz psychischer Erkrankungen und zur ärztlichen Inanspruchnahme weisen unterschiedliche Ergebnisse auf. In vielen Veröffentlichungen wird die Annahme zu Grunde gelegt, dass Migration einen Einfluss auf die Gesundheitslage und auf die ärztliche Inanspruchnahme hat. Die Ausprägung des Zusammenhanges wird in den Studien allerdings zum Teil unterschiedlich bewertet. So weisen einige Studien auf erhöhte Prävalenzraten von psychischen Störungen hin und auf eine unterschiedliche Inanspruchnahme. Verständigungsprobleme, kulturelle Unterschiede im Umgang mit psychischen Erkrankungen wie auch zum Teil differente Gesundheitssysteme in den jeweiligen Herkunftsländern im Vergleich zu Deutschland werden als mögliche Ursachen angeführt. [1,3,4,7,8b 17,18]. Dies verdeutlicht die Komplexität dieses Themas, in dem sowohl systemische als auch individuelle Aspekte zu berücksichtigen sind [10]. Die bisherigen uneinheitlichen Forschungsergebnisse resultieren möglicherweise auch aus der Heterogenität der Bevölkerungsgruppe der Migranten und verdeutlichen zudem, dass in diesem Bereich auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Anzahl von Migranten im gerontopsychiatrischen Bereich weitere Studien erforderlich sind, die auch eine differenziertere Betrachtung dieser Bevölkerungsgruppe beinhalten.

Mit dem gemeinsamen Forschungsprojekt des LWL und der KVWL soll ein Beitrag geleistet werden, um das Forschungsdefizit zu verringern. Im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung steht insofern ein Vergleich der Personengruppen mit und ohne Migrationshintergrund im gerontopsychiatrischen Bereich. Basierend auf einer retrospektiven Betrachtung der ambulanten, teilstationären und stationären Daten von Personen mit und ohne Migrationshintergrund werden hierzu vergleichende Analysen im Hinblick auf Häufigkeit und Umfang ärztlicher Leistungen, Diagnosespektrum, Verweildauer und Anzahl der Aufnahmen durchgeführt.

1.2.2 Datenbasis

Die Stichprobe umfasst alle Patienten, die in den Jahren 2008 und 2009 auf den gerontopsychiatrischen Stationen im LWL-Universitätsklinikum Bochum bzw. im LWL-Klinikum Gütersloh (teil-)stationär behandelt wurden, eine F-Diagnose als Aufnahme- oder Entlassdiagnose aufweisen, ihren Wohnort in der jeweiligen Untersuchungsregion haben und mindestens 60 Jahre alt sind. Bis auf diese Vorgaben werden keine weiteren Einschlusskriterien a priori formuliert, um eine möglichst umfangreiche Datenbasis zu erhalten.

Die verwendeten Sekundärdaten basieren auf den Routinedaten der LWL-Kliniken und der KVWL in den Untersuchungsregionen und umfassen vorrangig Angaben zur Diagnose und zur Häufigkeit sowie Art und Umfang der ärztlichen Inanspruchnahme. Um den Anforderungen des Datenschutzes Rechnung zu tragen, werden die Daten für die Auswertung mittels MD5-Hash-Verfahren anonymisiert.

Grundlage bilden die stationären Patienten und Fälle im Untersuchungszeitraum 2008 bis 2009 im LWL-Universitätsklinikum Bochum und im LWL-Klinikum Gütersloh. Ergänzend werden für den gleichen Zeitraum die teilstationären Patienten aus der gerontopsychiatrischen Tagesklinik am Standort Gütersloh mit einbezogen. Das LWL-Universitätsklinikum Bochum verfügt über keine gerontopsychiatrische Tagesklinik, so dass der teilstationäre Aspekt sich ausschließlich auf die Untersuchungsregion Gütersloh bezieht. Für die Auswertungen zum Diagnosespektrum werden sowohl die im Krankenhausinformationssystem hinterlegten drei Aufnahmediagnosen als auch die drei Entlassdiagnosen aller Patienten betrachtet. Hinsichtlich der Verweildauer wird bei mehreren Aufenthalten innerhalb des Untersuchungszeitraumes der Mittelwert (Median) jeweils für den stationären Bereich als auch für den teilstationären Bereich ermittelt. Aussagen zur Anzahl der Aufnahmen beziehen sich auf alle stationären Aufenthalte im o.a. Untersuchungszeitraum.

Da die Erhebung des Migrationshintergrundes aus methodischen Gründen anhand der Daten stationärer Patienten vorgenommen wurde, sind die Aussagen zur ambulanten Inanspruchnahme auf die Gruppe (teil-)stationär psychiatrisch behandelter Patienten mit Migrationshintergrund sowie deutscher Patienten dieser Gruppe begrenzt. Die ambulanten Daten umfassen insofern nur die Patienten, die im Zeitraum 2008 bis 2009 auf der gerontopsychiatrischen Station der LWL-Kliniken Bochum und Gütersloh behandelt wurden und somit Teil der stationären Stichprobe sind.

1.2.3 Migrationsdefinition und -erhebung

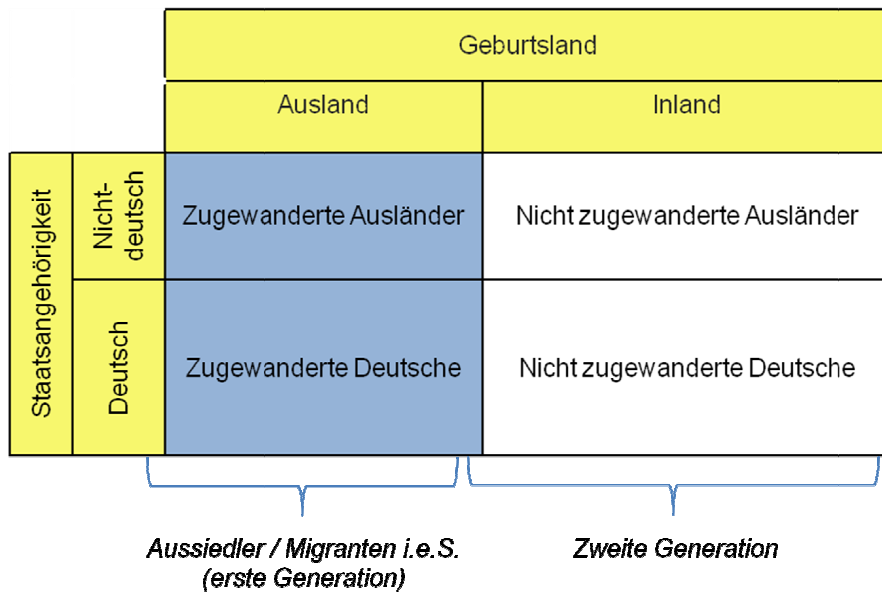
Zunächst stellt sich die Frage, was unter der Bezeichnung Personen mit Migrationshintergrund zu verstehen ist. Für die Studie erfolgt die definitorische Abgrenzung von Personen mit und ohne Migrationshintergrund in Anlehnung an die Definition des Statistischen Bundesamtes. Danach zählen zu den Menschen mit Migrationshintergrund „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderte, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.“ [14]. Diese Definition umfasst sowohl die erste als auch die zweite Generation.

Für das gemeinsame Forschungsprojekt wird die Definition dahingehend eingegrenzt, dass nur die erste Generation in die Betrachtung mit einbezogen wird. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass die zweite Generation in einem ausreichenden Umfange nur mittels einer Primärerhebung erfasst werden könnte und dies für eine retrospektive Betrachtung kaum realisierbar ist. Diese Eingrenzung ist aber insofern unproblematisch, als dass die Altersgruppe 60 Jahre und älter der ersten Generation zuzuordnen ist und mehrheitlich aus den sog. Anwerbeländern zugewandert ist [14].

Eine Auswertung von Personen mit und ohne Migrationshintergrund ausschließlich nach der o.a. definitorischen Abgrenzung würde die Heterogenität der Personengruppe mit Migrationshintergrund nicht berücksichtigen und eine nicht vorhandene Homogenität implizieren [17]. Die unterschiedlichen Herkunftsländer (z.B. Türkei, Griechenland, Russland, etc.) verdeutlichen, dass Migranten eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe darstellen und insoweit die unterschiedlichen Herkunftsländer und Kulturen in die Betrachtung mit einzubeziehen sind.

Insofern werden für das Forschungsprojekt des LWL und der KVWL in einem ersten Schritt die Personen mit Migrationshintergrund differenziert ausgewertet nach den Merkmalen „Aussiedler (A)“ und „Migranten i.e.S. (M)“. Zu Aussiedlern zählen alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, die zuvor seit dem 08.05.1945 oder nach ihrer Vertreibung seit dem 31.03.1952 den Wohnsitz in den Aussiedlungsgebieten (Polen, Sowjetunion, ehemalige Tschechoslowakei, Ungarn, Rumänien, Jugoslawien) hatten. (angelehnt an die Definition des Bundesvertriebenengesetz - BVFG § 4) Entsprechend werden unter Migranten i.e.S. alle zugewanderten Ausländern verstanden, die nicht der Personengruppe der Aussiedler angehören und im Ausland geboren wurden. Bezüglich der älteren Generation sind hier insbesondere Zugewanderte aus den sogenannten Anwerbeländern (z.B. Türkei) zu subsumieren [11]. Abbildung 2 veranschaulicht die grundlegende Einteilung von Personen mit Migrationshintergrund nach den Angaben im Mikrozensus vom Statistischen Bundesamt.

Abb. 3: Definitorische Abgrenzung



Quelle: Statistisches Bundesamt (2010) – Mikrozensus 2009

In einem weiteren Schritt werden für die Untersuchung ergänzend die Herkunftsländer mit einbezogen. Somit kann das Inanspruchnahmeverhalten nicht nur im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund (O) sondern auch zwischen einzelnen Migrantengruppen bzw. Herkunftsländern näher untersucht werden.

Zur Ermittlung des Migrationsstatus der Patienten wurden die Daten der Bochumer Patienten, die im Jahr 2009 entlassen wurden, anhand des Krankenhausinformationssystems (KIS) gesichtet, die dazugehörigen Patientenakten durchgesehen und beide Datenquellen miteinander verglichen. Dabei wurde festgestellt, dass die Daten in den Akten bezüglich des Migrationshintergrunds als zuverlässiger zu bewerten sind als die Dokumentationen im KIS. Bei fehlenden Angaben im KIS wurden daher die Daten aus den Akten verwendet. Patienten zu denen widersprüchliche Informationen vorlagen oder bei denen z. B. das Geburtsland nicht klar erhoben werden konnte, wurden aus der weiteren Betrachtung ausgeschlossen.

Nach demselben Vorgehen wurden auch die Daten des Jahres 2008 erhoben sowie die Datenerhebung im LWL-Klinikum Gütersloh.

Hinsichtlich der Codierung sei kurz darauf hingewiesen, dass der Migrationshintergrund im KIS (unter dem Punkt „Sozialanamnese“, „Lebensumstände“) kodiert wurde. Hierbei wurde „O“ für Menschen ohne Migrationshintergrund, „A“ für Aussiedler und „M“ für Migranten verwendet. Hinter A und M wurde, durch ein Leerzeichen getrennt, das Länderkürzel eingetragen.

1.2.4 Statistische Auswertungsmethoden

Die statistische Auswertung erfolgt mit der Software SPSS (PASW Statistics 18.0). Für die Darstellung der Einzugsgebiete wird das Geoinformationssystem Regiograph Planung 12 verwendet.

Um Unterschiede zwischen den Personengruppen insbesondere hinsichtlich der Inanspruchnahme und der Häufigkeit von Diagnosen auch unter Berücksichtigung der Variable „Geschlecht“ vornehmen zu können, wird der χ^2 -Test verwendet und ergänzend für einen Vergleich des Diagnosespektrums Odds Ratio. Ein Vergleich der Verweildauer und der Anzahl der Aufnahmen erfolgte über statistische Verfahren zum Mittelwertvergleich (t-Tests, Anova, etc.). Auf Grund der unterschiedlichen Größe der Vergleichsgruppen wurde u.a. der Bonferroni-Test verwendet [5].

2. Ergebnisse

2.1 Stichprobenbeschreibung

2.1.1 Stationärer Stichprobenumfang

Berücksichtigt wurden beim Gesamtstichprobenumfang alle Patienten, die in den Jahren 2008 und 2009 auf der gerontopsychiatrischen Station des LWL-Universitätsklinikums Bochum bzw. des LWL-Klinikum Gütersloh behandelt wurden, älter als 59 Jahre sind und deren Wohnort im Kreis Bochum bzw. Gütersloh liegt. Entsprechend enthält die Stichprobe eine vergleichsweise hohe Anzahl von Patienten ohne Migrationshintergrund im Folgenden vereinfacht auch als „Deutsche“ bezeichnet.

Die Stichprobe umfasst insgesamt (aggregiert) 1547 Patienten und 2378 Fälle für den Zeitraum 2008 – 2009 in den Untersuchungsregionen Bochum und Gütersloh. Hiervon haben 220 Patienten und 407 Fälle einen Migrationshintergrund. Dem gegenüber standen 1327 Patienten und 1908 Fälle ohne Migrationshintergrund. Ein Übersicht nach der Einteilung Aussiedler, Migranten i.e.S. und Personen ohne Migrationshintergrund enthält die Tabelle 1.

Tab. 1: Gesamtstichprobenumfang für den Zeitraum 2008 bis 2009

	Patientenzahl	%-Anteil	Fallzahl	%-Anteil
Aussiedler	147	9,5%	281	11,8%
Migranten i.e.S.	73	4,7%	126	5,3%
Zwischensumme	220	14,2%	407	17,1%
Ohne Migrationshintergrund	1327	85,8%	1980	82,9%
Summe	1547	100,0%	2378	100,0%

Tabelle 2 enthält eine differenziert Darstellung des Stichprobenumfanges für den Zeitraum 2008 bis 2009 nach stationären und teilstationären Aufenthalten sowie für den stationären Bereich nach den Untersuchungsregionen. Für die Region Gütersloh ergibt sich eine im Vergleich zu Bochum hohe Anzahl von Personen mit Migrationshintergrund.

Tab.2: Stichprobenumfang differenziert nach teilstationären und stationären Bereich sowie nach Untersuchungsregion

	Stationärer Bereich				Teilstationärer Bereich (Gütersloh)	
	Bochum		Gütersloh		Gütersloh	
	Patientenzahl	Fallzahl	Patientenzahl	Fallzahl	Patientenzahl	Fallzahl
Aussiedler	26	46	103	184	40	51
Migranten i.e.S.	27	41	41	69	14	16
Zwischensumme	53	87	144	253	54	67
Ohne Migrationshintergrund	398	552	784	1138	242	290
Summe	451	639	928	1391	296	357

Der höhere Stichprobenumfang in der Untersuchungsregion Gütersloh resultiert aus der höheren Bettenzahl im gerontopsychiatrischen Bereich. So verfügt das LWL-Universitätsklinikum Bochum über 23 Betten und das LWL-Klinikum Gütersloh über 62 Betten (Ist-Stand) und 29 tagesklinischen Plätzen für Gerontopsychiatrie.

Die Geschlechterverteilung stellt sich hinsichtlich der Patientenzahl wie folgt dar:

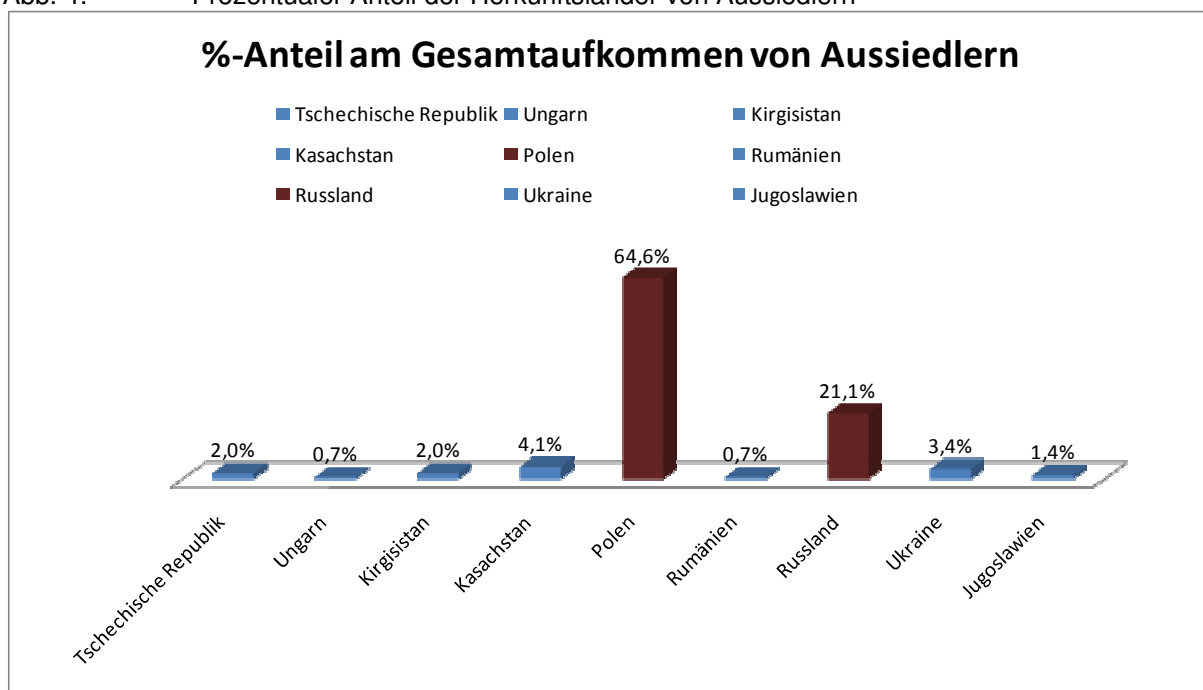
Tab. 3: Geschlechterverteilung nach Personengruppen

	Weiblich %-Anteil	Männlich %-Anteil
Aussiedler	62,6%	37,4%
Migranten i.e.S.	56,2%	43,8%
Ohne Migrationshintergrund	61,9%	38,1%

2.1.2 Herkunftsländer

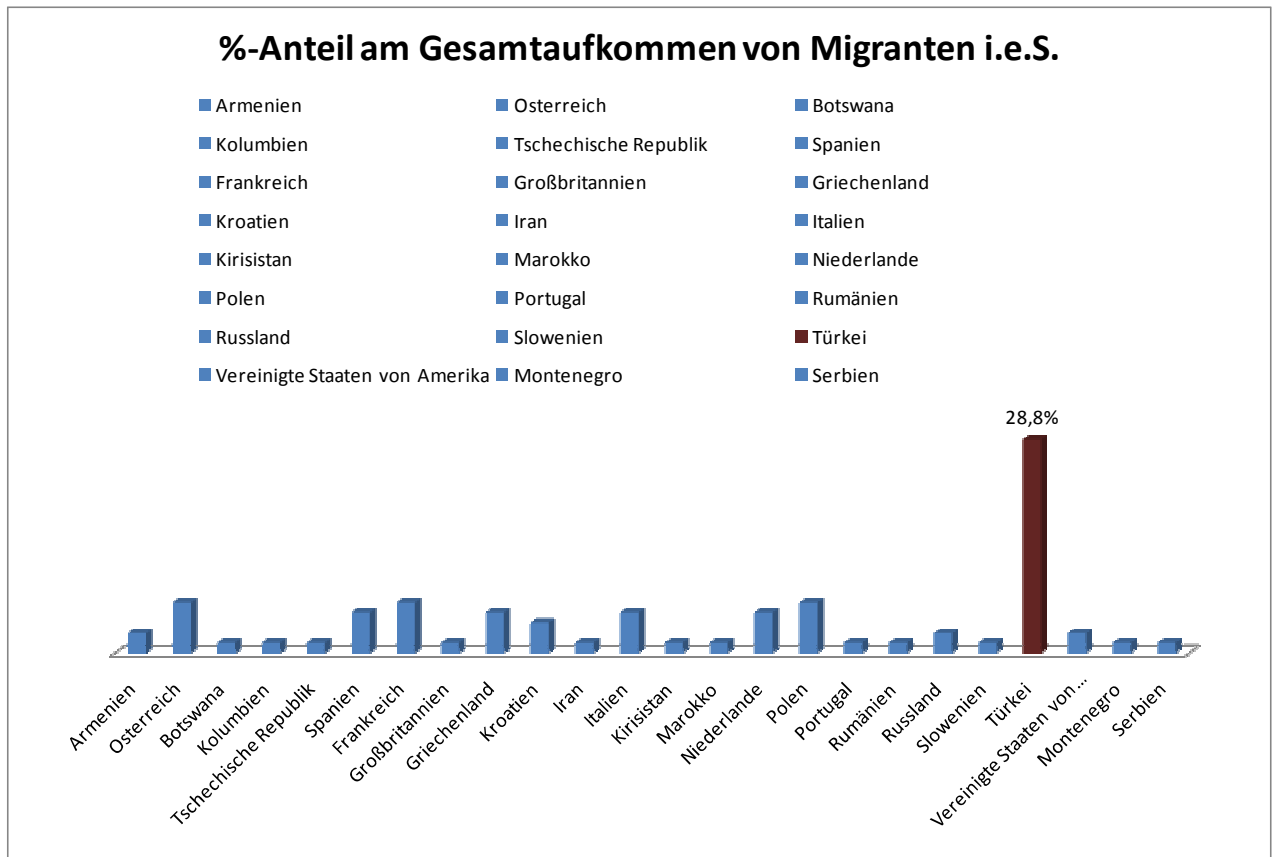
Wie erwartet, dominiert bei den Aussiedlern Polen als Herkunftsland, gefolgt von Russland. Der Anteil aller weiteren Herkunftsländer liegt unter 5% (Abb. 4).

Abb. 4: Prozentualer Anteil der Herkunftsländer von Aussiedlern



Für die Migranten i.e.S. ergibt sich erwartungsgemäß eine breitere Vielfalt von Herkunftsländern. Mit einem Anteil von 28.8% dominieren Migranten aus der Türkei (Abb. 5).

Abb. 5: Prozentualer Anteil der Herkunftsländer von Migranten i.e.S.

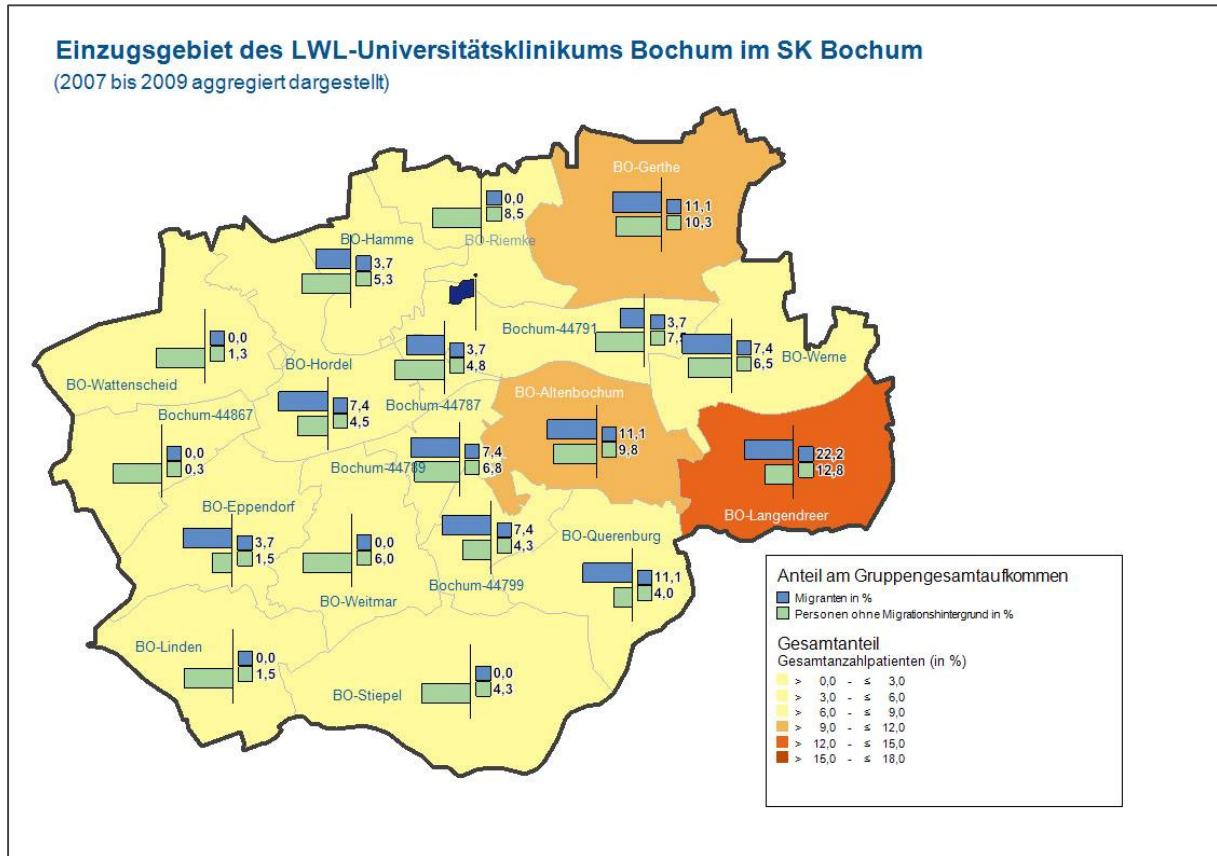


In den weiteren Analysen können die dominierenden Herkunftsländer Türkei, Polen und Russland differenziert betrachtet werden. Auf eine separate Betrachtung der übrigen Herkunftsländer wird auf Grund des geringen Stichprobenumfangs verzichtet.

2.1.3 Einzugsgebietsdarstellung

Das Kerneinzugsgebiet des LWL-Universitätsklinikums Bochum (Abb. 6) umfasst vorrangig den östlichen Stadtteil. Dies resultiert aus dem Umstand, dass der westliche Stadtteil im Rahmen der Pflichtversorg primär von einem weiteren psychiatrischen Fachkrankenhaus am Standort Bochum übernommen wird.

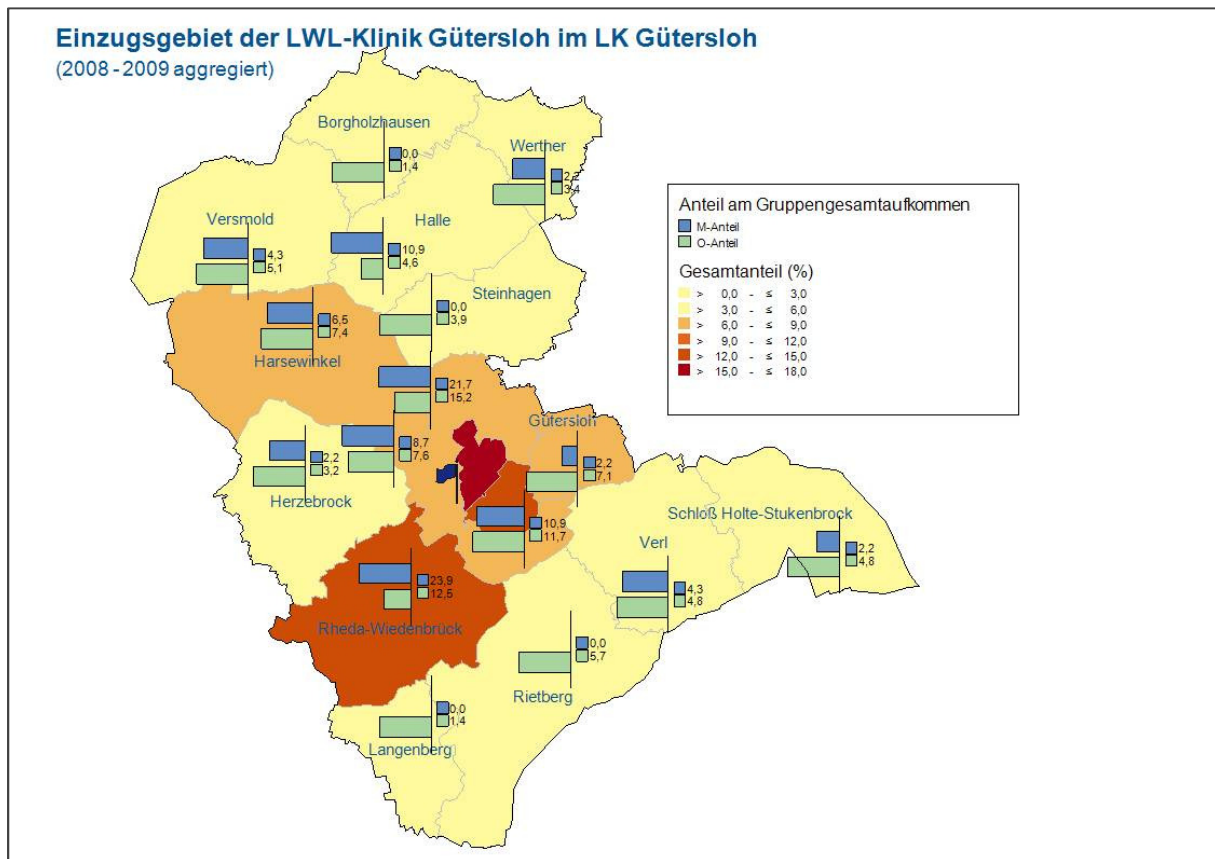
Abb. 6: Einzugsgebiet des LWL-Universitätsklinikum Bochum



Insbesondere vier Stadtteile weisen mit einem Anteil von über 10% am Gesamtaufkommen hohe Fallzahlen von Personen mit Migrationshintergrund auf. Das Einzugsgebiet von Personen ohne Migrationshintergrund kann als weiträumiger mit vergleichsweise geringerer Schwerpunktbildung beschrieben werden.

Im Kreis Gütersloh ist das LWL-Klinikum Gütersloh das einzige Krankenhaus mit psychiatrischer Fachrichtung.

Abb. 7: Einzugsgebiet des LWL-Klinikums Gütersloh



Das Kerneinzugsgebiet (Abb. 7) befindet sich vornehmlich in der näheren Umgebung der LWL-Klinik und vergleichbar zu Bochum, ist die räumliche Verteilung des Einzugsgebietes von Personen ohne Migrationshintergrund weiträumiger.

2.1.4 Ambulanter Stichprobenumfang

Die ambulanten Daten beziehen sich ausschließlich auf die Patienten, die im Untersuchungszeitraum 2008 bis 2009 in den genannten LWL-Kliniken auf den gerontopsychiatrischen Stationen behandelt wurden. Bei Zusammenführung der klinischen Patientendatensätze (N = 1547) mit den ambulanten Informationen anhand der Hash-5 codierten Patientenidentifikationsnummern, stellten sich fehlende Informationen für N = 98 Patienten heraus. In Folge dessen reduzierte sich der zu analysierende Datensatz auf N = 1449 Patienten.

Es kann vermutet werden, dass es sich bei diesen Patienten zum einen um Privatpatienten handelt, zu denen von ambulanter Seite im Rahmen dieser Studie keine Informationen vorliegen. Zum anderen kommt in Betracht, dass diese Patienten außerhalb des Versorgungsgebietes der KVWL behandelt wurden. So grenzt Bochum an das Versorgungsgebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein an. Grundsätzlich kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass Patienten im Untersuchungszeitraum keinen niedergelassenen Arzt aufgesucht haben. Aufgrund dieser Reduktion der Stichprobengröße soll im Folgenden die für die Auswertung der ambulanten Daten zur Verfügung stehende Stichprobe dargestellt werden.

Patientenzahlen

Für den Zeitraum 2008 bis 2009 ergibt sich insgesamt (Bochum und Gütersloh) folgender ambulanter Stichprobenumfang:

Tab. 4: Ambulanter Stichprobenumfang

	Patienten	Prozent
Aussiedler	139	9,6%
Migrant i.e.S.	67	4,6%
ohne Migrationshintergrund	1243	85,8%
Gesamt	1449	100,0%

Die Geschlechterverteilung stellt sich hinsichtlich der Patientenzahl wie folgt dar:

Tab. 5: Stichprobenumfang nach Geschlecht

	Geschlecht				Gesamt	Prozent
	männlich	Prozent	weiblich	Prozent		
Aussiedler	52	37,9%	85	62,0%	137	100,0%
Migrant i.e.S.	30	45,5%	36	54,5%	66	100,0%
ohne Migrationshintergrund	466	38,4%	748	61,6%	1214	100,0%
	548	38,7%	869	61,3%	1417	100,0%

32 Patienten ohne die Information "Geschlecht" entfielen.

Die Patientengruppen mit Migrationshintergrund verteilen sich wie folgt auf die beiden Regionen Bochum und Gütersloh:

Tab. 6: Stichprobenumfang nach Untersuchungsregion

	Bochum	Prozent	Gütersloh	Prozent	Gesamt	Prozent
Aussiedler	25	5,9%	114	11,2%	139	9,6%
Migrant i.e.S.	25	5,9%	42	4,0%	67	4,6%
ohne Migrationshintergrund	372	88,2%	871	84,8%	1243	85,8%
Gesamt	422	100%	1027	100%	1449	100%

2.2 Inanspruchnahme

2.2.1 Stationäre Inanspruchnahme

a. Inanspruchnahme von Personen mit und ohne Migrationshintergrund

Um Aussagen zur Inanspruchnahme vornehmen zu können, sind die jahresbezogenen Patientenzahlen für die einzelnen Untersuchungsregionen und die offiziellen Bevölkerungsangaben zum Migrationsanteil relevant. Nach den vom IT.NRW zur Verfügung gestellten Daten beläuft sich der Migrationsanteil für den Kreis Bochum für das Jahr 2008 auf 13,7% und für das Jahr 2009 auf 11,7%. Für den Kreis Gütersloh ergibt sich für beide Jahre ein geringerer Migrationsanteil in Höhe von 8,0%, was verdeutlicht, dass Bevölkerungsstrukturen regionalspezifisch zu betrachten sind. Die Tabelle 7 enthält eine Übersicht der offiziellen Migrationsanteile an der Bevölkerung sowie die Anteil von Migranten an dem Patientenaufkommen in der Stichprobe für die Jahre 2008 und 2009. Ein Vergleich der Angaben zeigt, dass der Anteil an Migranten in der Stichprobe für Gütersloh sowohl für das Jahr 2008 als auch für das Jahr 2009 über den zu erwartenden Werten nach der Bevölkerungsstatistik liegt. Um zu ermitteln, ob sich die Stichprobenverteilung im Hinblick auf die zu erwartende Verteilung nach den Bevölkerungsstatistiken unterscheidet, wurde der χ^2 -Einzeltest angewendet.

Tab. 7: Stationäre Inanspruchnahme in Bochum und Gütersloh in 2008 und 2009

	Bochum		Gütersloh	
	Migrationsanteil in der Stichprobe	Migrationsanteil in der Bevölkerung (IT.NRW)	Migrationsanteil in der Stichprobe	Migrationsanteil in der Bevölkerung (IT.NRW)
2008	14,1% (n=34)	13,7%	17,5% (n=93)	8,0%
2009	11,7% (n=28)	11,7%	15,7% (n=81)	8,0%

Nach dem χ^2 -Test entspricht der Migrationsanteil in der Stichprobe für Bochum dem tatsächlichen Anteil von Migranten in der Bevölkerung. Für Gütersloh bestehen hingegen für alle Jahr sowohl im stationären als auch im teilstationären Bereich (Tab. 8) hoch signifikante Unterschiede ($p < 0,001$) des Migrationsanteils im Vergleich zum Bevölkerungsanteil.

Tab. 8: Teilstationäre Inanspruchnahme in Gütersloh in 2008 und 2009

	Gütersloh	
	Migrationsanteil in der Stichprobe	Migrationsanteil in der Bevölkerung (IT.NRW)
2008	16,6 (n=26)	8,0
2009	21,4 (n=33)	8,0

b. Inanspruchnahme von Aussiedlern und Migranten i.e.S. im Vergleich

Es liegen keine offiziellen kreisbezogenen Daten vor, die explizit Aussagen über die Verteilung von Aussiedlern und Migranten i.e.S. ermöglichen. Für NRW wird davon ausgegangen, dass Zugewanderte aus den ehemaligen Anwerbeländern die stärkste Gruppe unter den Personen mit Migrationshintergrund darstellen [13,18]. Detaillierte Angaben liegen allerdings nicht vor. Hier können nur die Bevölkerungsdaten für NRW als Hilfsgröße verwendet werden, die eine Differenzierung von Migranten nach den Indikatoren deutsch / nicht-deutsch (Staatsangehörigkeit) beinhaltet und tendenziell jeweils den Personengruppen Aussiedler / Migranten i.e.S. zugeordnet werden können.. Wie in Tabelle 9 dargestellt, ergibt sich für das Jahr 2009 ein etwas höherer Anteil von Migranten i.e.S., während im Jahr 2008 deutsche und nicht-deutsche Migranten zu gleichen Teilen in der Bevölkerung vorlagen.

Tab. 9: Inanspruchnahme von Aussiedlern und Migranten i.e.S.

Migrationsart	Jahr	Personen mit Migrationshintergrund In %			
		Bochum lt. Studie (stationär)	Gütersloh lt. Studie (stationär)	Gütersloh Lt. Studie (teilstationär)	Anteil an der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (IT.NRW)
Aussiedler	2008	52,9% (n=18)	72,0% (n=67)	80,8% (n=21)	50,0%
	2009	53,6% (n=15)	70,4% (n=57)	72,7% (n=24)	46,7%
Migranten i.e.S.	2008	47,1% (n=16)	28,0% (n=26)	19,2% (n=5)	50,0%
	2009	46,4% (n=13)	29,6% (n=24)	27,3% (n=9)	53,3%

Nach dem χ^2 -Einzeltest ergeben sich für die Untersuchungsregion Gütersloh sowohl für das Jahr 2008 als auch für das Jahr 2009 hoch signifikante Unterschiede ($p=0,000$) zwischen der Stichprobe und der Grundgesamtheit. Die Personengruppe Aussiedler ist im Vergleich zum Bevölkerungsanteil in der Stichprobe überproportional vertreten. Für den teilstationären Bereich liegen ebenfalls für beide Jahre sehr deutliche Abweichungen vor ($p=0,000$). Für die Untersuchungsregion Bochum hingegen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede nach dem χ^2 -Test. Ursächlich hierfür können regionalspezifische Gegebenheiten sein in der Form, dass die Region Gütersloh eine höhere Wohnattraktivität für Aussiedler hat und insofern möglicherweise deren Anteil an der Gesamtbevölkerung im Kreis Gütersloh über dem Landesdurchschnitt liegt.

c. Inanspruchnahme nach Migrationsart und Geschlecht

Der Anteil der weiblichen Migrantinnen i.e.S. ist im Vergleich zu den anderen Personengruppen wie erwartet geringer und entspricht den in den Tabelle 10 aufgeführten offiziellen Bevölkerungsangaben zum Anteil von Frauen und Männern vom IT.NRW.

Wenngleich der Anteil der weiblichen Patienten in allen Personengruppen höher liegt als der zu erwartende Anteil nach der Bevölkerungsstatistik, so ergibt der χ^2 -Einzeltest lediglich für die Personengruppe der Migranten i.e.S. für das Jahr 2008 einen signifikanten Unterschied ($p= 0,06$).

Tab. 10: Inanspruchnahme der Migrationsarten nach Geschlecht

		Prozentualer Anteil	
		Männer In der Studie / in der Bevölkerung	Frauen In der Studie / in der Bevölkerung
2008	Aussiedler	42,4% / 44,7%	57,6% / 55,3%
	Migranten i.e.S.	35,7% / 56,6%	64,3% / 43,4%
	Ohne Migrationshintergrund	40,9% / 42,9%	59,1% / 57,1%
2009	Aussiedler	36,1% / 43,2%	63,9% / 56,8%
	Migranten i.e.S.	51,4% / 56,6%	48,6% / 43,4%
	Ohne Migrationshintergrund	39,9% / 43,4%	60,1% / 56,6%

2.2.2 Ambulante Inanspruchnahme

a. Patientenzahl nach Facharztgruppen und Region

Bei Betrachtung der Patientenzahlen der drei Untersuchungsgruppen Migranten i.e.S., Aussiedler und Patienten ohne Migrationshintergrund im Vergleich zwischen Bochum und Gütersloh fällt besonders ins Auge, dass die Anzahl der Patienten bei Allgemeinmedizinern von Migranten i.e.S. in Gütersloh im Vergleich zu Bochum deutlich höher ausfällt. Hinsichtlich der psychiatrischen Fachärzte ist auffällig, dass sie von allen drei Gruppen (Migranten i.e.S., Aussiedler und ohne MHG) in Gütersloh deutlich geringer ausgeprägt ist als in Bochum (Differenz um 30%), wobei die drastischste Differenz zwischen den Inanspruchnahmen in den beiden Gebieten bei den Aussiedlern mit beinahe 40 % liegt.

Tab. 11: Patientenzahl an Migranten i.e.S., Aussiedlern und Patienten ohne Migrationshintergrund hinsichtlich verschiedener Facharztgruppen innerhalb der beiden Untersuchungsregionen

	Ort	Migranten		Aussiedler		ohne MHG	
		N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Kontakte Gesamt	Bochum	25	100%	25	100%	372	100%
	Gütersloh	42	100%	114	100%	871	100%
Kontakte Allgemeinärzte	Bochum	17	68%	17	68%	243	65,3%
	Gütersloh	33	78,6%	72	63,2%	588	67,5%
Kontakte Internisten	Bochum	9	36%	11	44%	137	36,8%
	Gütersloh	12	28,6%	40	35,1%	309	35,5%
Kontakte Psychiater	Bochum	14	56%	13	52%	172	46,2%
	Gütersloh	10	23,8%	15	13,2%	137	15,7%
Kontakte Psychotherapeuten	Bochum	0	0	0	0	2%	0,5%
	Gütersloh	0	0	0	0	0	0
Kontakte nichtärztl. Psychotherapeuten	Bochum	0	0	0	0	4%	1,1%
	Gütersloh	0	0	1%	0,9%	2%	0,2%

SP-Anteil (N) entspricht aufgrund Erhebungsmethodik N bei Kontakte Gesamt

Die inferenzstatistische Überprüfung mittels χ^2 -Einzeltests ergab unter Berücksichtigung der zusätzlich berechneten korrigiert standardisierten Residuen folgende Ergebnisse hinsichtlich einer möglichen Erhöhung bzw. Reduktion der Anzahl der Patienten mit Migrations- bzw. Aussiedlerhintergrund.

Tab. 12: Inferenzstatistische Überprüfung mittels χ^2 -Einzeltest

	Ort	Migranten i.e.S.			Aussiedler		
		N	Erhöhte/ erniedrigte Anzahl	Sig.	N	Erhöhte/ erniedrigte Anzahl	Sig.
Kontakte Allgemeinärzte	Bochum	17	+	/	17	-	/
	Gütersloh	33	+	*	72	-	*
Kontakte Internisten	Bochum	9	-	**	11	-	*
	Gütersloh	12	-	**	40	-	**
Kontakte Psychiater	Bochum	14	-	/	13	-	/
	Gütersloh	10	-	**	15	-	**

*** signifikant; ** hochsignifikant**

In Gütersloh finden sich innerhalb der untersuchten Stichprobe demnach signifikant mehr Migranten i.e.S., die Allgemeinärzte konsultieren. Diejenigen Patienten mit Migrationshintergrund, welche Kontakte mit Internisten haben, sind in beiden Regionen in Relation zur Gesamtzahl der Patienten der jeweiligen Region hochsignifikant reduziert. Interessant ist, dass die Patienten, welche Kontakte zu Psychiatern haben in Gütersloh hochsignifikant weniger vorhanden sind, während dieser Reduktionseffekt in Bochum nicht in signifikantem Ausmaße zu verzeichnen ist.

Aussiedler zeigen bzgl. der drei betrachteten Facharztgruppen weniger Patienten, welche diese Ärzte konsultierten mit einer deutlichen Tendenz, dass in Relation zur Gesamtzahl der Aussiedlergruppe in Gütersloh weniger Patienten dieses ärztliche Angebot nutzen als in Bochum, so wie dies auch bei den Migranten i.e.S. der Fall ist.

Für die folgende Auswertung wurden einerseits Migranten i.e.S. und andererseits Aussiedler mit Patienten ohne Migrationshintergrund verglichen.

Tab. 13: Patientenanzahl von Aussiedlern, Migranten i.e.S. und Personen ohne Migrationshintergrund bzgl. der psychiatrischen Fachärzte

	N	Patienten mit Kontakt Psychiater	Prozent	Signifikanz X ² -Test
Migranten i.e.S.	67	24	35,8 %	p = .045
ohne MHG	1243	309	24,9 %	
Aussiedler	139	28	20,1 %	nicht sig.
ohne MHG	1243	309	24,9 %	

Die tabellarische Aufstellung zeigt, dass nach χ^2 -Test die Migranten i.e.S. im Verhältnis der untersuchten Stichprobe signifikant häufiger mindestens einen Kontakt zu einem in der ambulanten Versorgung tätigen Psychiater haben als Patienten ohne Migrationshintergrund. Der Unterschied zwischen Patienten ohne Migrationshintergrund und Aussiedlern hingegen ist nicht signifikant.

b. Ambulante ärztliche Kontakthäufigkeit

Obgleich sich zwischen den Gruppen Migranten i.e.S., Aussiedler und Patienten ohne Migrationshintergrund hinsichtlich der deskriptiven Betrachtung der ärztlichen Kontakthäufigkeit leichte Unterschiede in den Mittelwert abzeichneten, konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede durch die univariate ANOVA detektiert werden, so dass auf post-hoc Test (Scheffé) verzichtet werden musste (Tabelle 14).

Tab. 14: Ambulante ärztliche Kontakthäufigkeit nach Migrationsart (M, A und O)

Kontakte		N	Mittelwert	SD	Signifikanz
Gesamt	Migrant i.e.S.	67	55,18	32,162	Keine signifikanten Globaleffekte
	Aussiedler	139	56,51	41,154	
	ohne MHG	1243	55,54	36,206	
	Gesamt	1449	55,62	36,511	
Allgemeinärzte	Migrant i.e.S.	50	28,94	20,166	
	Aussiedler	89	28,98	19,580	
	ohne MHG	831	31,90	22,371	
	Gesamt	970	31,48	22,025	
Internisten	Migrant i.e.S.	21	20,52	14,480	
	Aussiedler	51	31,80	38,149	
	ohne MHG	446	26,14	29,142	
	Gesamt	518	26,47	29,735	
Psychiater	Migrant i.e.S.	24	18,63	10,918	
	Aussiedler	28	15,39	10,401	
	ohne MHG	309	18,26	13,535	
	Gesamt	361	18,06	13,156	
Nichtärztl. Psychotherapeuten	Migrant i.e.S.	0	.	.	
	Aussiedler	1	5,00	.	
	ohne MHG	6	19,83	10,980	
	Gesamt	7	17,71	11,485	

Kursiv: Zellbesetzung für eine inferenzstatistische Auswertung nicht hinreichend; Psychotherapeuten aufgrund geringer Zellbesetzung aus ANOVA ausgeschlossen

Aufgrund des explorativen Charakters der Studie wurden anschließend an die ANOVA zur Verifikation ergänzende t-test zwischen einerseits Migranten i.e.S. und andererseits Aussiedlern und Personen ohne Migrationshintergrund gefertigt. Die Ergebnisse zeigten jedoch ebenfalls keine Signifikanz.

Zuletzt sei darauf hingewiesen, dass über die Unterschiede bei den ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten inferenzstatistisch im Rahmen der ANOVA keine Aussage vollzogen werden kann, da die Inanspruchnahme zu gering ist.

Tab. 15: Ambulante ärztliche Kontakthäufigkeit nach Untersuchungsregion

	Ort	N	Mittelwert	SD	Signifikanz °
Kontakte Gesamt	Bochum	422	59,16	43,397	
	Gütersloh	1027	54,16	33,186	,034*
Kontakte Allgemeinärzte	Bochum	277	29,41	19,726	
	Gütersloh	693	32,31	22,840	,064
Kontakte Internisten	Bochum	157	24,78	41,261	
	Gütersloh	361	27,21	23,027	n.s.
Kontakte Psychiater	Bochum	199	20,46	13,660	
	Gütersloh	162	15,11	11,901	,000**
Kontakte Psychotherapeuten	Bochum	2	16,00	15,556	/
	Gütersloh	0	.	.	
Kontakte nichtärztliche Psychotherapeuten	Bochum	4	15,75	11,325	n.s.
	Gütersloh	3	20,33	13,614	

Kursiv: Zellbesetzung für eine inferenzstatistische Auswertung nicht hinreichend
°Unter jeweiliger Beachtung der Varianzgleichheit nach Levene-Test ergaben sich folgende Ergebnisse hinsichtlich der Signifikanzen der Gruppenunterschiede

Hinsichtlich der regionalen Inanspruchnahme zeigen Bochumer Patienten eine signifikant höhere Inanspruchnahme sowohl insgesamt als auch von Psychiatern (Tab. 15). Im Gegensatz dazu werden die anderen untersuchten Arztgruppen in Gütersloh vermehrt in Anspruch genommen. Diese Unterschiede erreichen jedoch keine Signifikanz. Wiederrum kann über die Unterschiede bei den ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten inferenzstatistisch kaum eine Aussage vollzogen werden, da die Inanspruchnahme zu gering ist. Deskriptive und inferenzstatistische Ergebnisse bzgl. der Frage nach der Inanspruchnahme der Migrantengruppen zwischen den Regionen sind im Folgenden zusammengefasst dargestellt.

Tab. 16: Ambulante ärztliche Kontakthäufigkeit von Migranten i.e.S. nach Untersuchungsregion

Migranten	Ort	N	Mittelwert	SD	Signifikanz °
Kontakte Gesamt	Bochum	25	57,84	38,750	n.s.
	Gütersloh	42	53,60	27,916	
Kontakte Allgemeinärzte	Bochum	17	33,12	21,183	n.s.
	Gütersloh	33	26,79	19,604	
Kontakte Internisten	Bochum	9	17,00	16,628	n.s.
	Gütersloh	12	23,17	12,741	
Kontakte Psychiater	Bochum	14	17,71	10,752	n.s.
	Gütersloh	10	19,90	11,599	
Kontakte Psychotherapeuten	Bochum	0	.	.	/
	Gütersloh	0	.	.	
Kontakte nichtärztliche Psychotherapeuten	Bochum	0	.	.	/
	Gütersloh	0	.	.	

°unter Beachtung der Varianzgleichheit nach Levene-Test ergaben sich folgende Ergebnisse hinsichtlich der Signifikanzen der Gruppenunterschiede

In der Gruppe der Migranten i.e.S. erreichten die Gruppenunterschiede zwischen Bochum und Gütersloh hinsichtlich der Inanspruchnahme der verschiedenen Arztgruppen keine Signifikanz (Tab. 16).

Tab. 17: Ambulante ärztliche Kontakthäufigkeit von Aussiedlern. nach Untersuchungsregion

Aussiedler	Ort	N	Mittelwert	SD	Signifikanz ^o
Kontakte Gesamt	Bochum	25	66,68	66,837	n.s.
	Gütersloh	114	54,28	33,040	
Kontakte Allgemeinärzte	Bochum	17	29,65	14,422	n.s.
	Gütersloh	72	28,82	20,692	
Kontakte Internisten	Bochum	11	38,64	75,714	n.s.
	Gütersloh	40	29,93	19,470	
Kontakte Psychiater	Bochum	13	19,31	11,665	,062
	Gütersloh	15	12,00	8,089	
Kontakte Psychotherapeuten	Bochum	0	.	.	/
	Gütersloh	0	.	.	
Kontakte nichtärztliche Psychotherapeuten	Bochum	0	.	.	/
	Gütersloh	1	5,00	.	

unter Beachtung der Varianzgleichheit nach Levene-Test ergaben sich folgende Ergebnisse hinsichtlich der Signifikanzen der Gruppenunterschiede

In der Gruppe der Aussiedler zeigten Bochumer Patienten durchschnittlich mehr Kontakte beim Psychiater als Gütersloher Patienten. Der t-test zeigte einen p-Wert von 0,062, der insbesondere im Hinblick auf die Stichprobengröße als deutlicher Trend gedeutet werden sollte (Tab. 17).

Tab. 18: Ambulante ärztliche Kontakthäufigkeit von Deutschen. nach Untersuchungsregion

ohne MHG	Ort	N	Mittelwert	SD	Signifikanz ^o
Kontakte Gesamt	Bochum	372	58,74	41,796	,063
	Gütersloh	871	54,18	33,470	
Kontakte Allgemeinärzte	Bochum	243	29,14	19,983	,022*
	Gütersloh	588	33,05	23,206	
Kontakte Internisten	Bochum	137	24,18	38,668	n.s.
	Gütersloh	309	27,01	23,756	
Kontakte Psychiater	Bochum	172	20,77	14,032	,000**
	Gütersloh	137	15,10	12,218	
Kontakte Psychotherapeuten	Bochum	2	16,00	15,556	/
	Gütersloh	0	.	.	
Kontakte nichtärztliche Psychotherapeuten	Bochum	4	15,75	11,325	n.s.
	Gütersloh	2	28,00	4,243	

unter Beachtung der Varianzgleichheit nach Levene-Test ergaben sich folgende Ergebnisse hinsichtlich der Signifikanzen der Gruppenunterschiede

In der Gruppe der Patienten ohne Migrationshintergrund fanden sich deutlichere Unterschiede (Tab. 18). Es zeigte sich ein gegenüber den Gütersloher Patienten insgesamt erhöhtes, ambulantes Inanspruchnahmeverhalten der Bochumer Patienten, dessen Signifikanz als Trend gedeutet werden kann ($p=,063$). Weiterhin zeigte sich eine signifikant höhere Inanspruchnahme der Allgemeinärzte bei den Gütersloher Patienten ($p = ,022$) sowie eine hochsignifikant erhöhte Inanspruchnahme der Bochumer Patienten bei Psychiatern im Vergleich zu den Gütersloher Patienten ($p = ,000$).

c. Ärztliche ambulante Kontakthäufigkeit nach Region und Geschlecht

Bei differenzierter Betrachtung des Inanspruchnahmeverhalten beider Geschlechter (Tab 19) zwischen den Regionen ergeben sich beim männlichen Geschlecht signifikante Unterschiede hinsichtlich der Kontakte bei Allgemeinärzten (in GT höher; $p = ,008$) und bei Psychiatern (in BO höher; $p = ,007$). Beim weiblichen Geschlecht ist in Bochum insgesamt (Kontakte Gesamt) eine hochsignifikant höhere Inanspruchnahme ($p = ,001$) zu verzeichnen. In gleicher Weise ist die Inanspruchnahme von Psychiatern in Bochum erhöht ($p = ,006$).

Tab. 19: Ambulante ärztliche Kontakthäufigkeit Geschlecht und Region

	männlich					weiblich				
	Ort	N	Mittelwert	SD	Signifikanz ^o	N	Mittelwert	SD	Signifikanz ^o	
Kontakte Gesamt	Bochum	167	50,12	40,784	n.s.	240	65,58	41,544	,001**	
	Gütersloh	381	51,79	33,297		629	55,81	33,254		
Kontakte Allgemeinärzte	Bochum	97	25,52	19,020	,008**	171	31,89	20,050	n.s.	
	Gütersloh	256	32,41	22,546		424	32,28	23,285		
Kontakte Internisten	Bochum	63	21,97	33,724	n.s.	90	24,58	39,183	n.s.	
	Gütersloh	118	25,49	27,312		239	28,22	20,692		
Kontakte Psychiater	Bochum	66	20,17	12,687	,007**	125	20,79	14,409	,006**	
	Gütersloh	56	13,54	13,860		105	16,03	10,717		
Kontakte Psychotherapeuten	Bochum	0	.	.	/	2	16,00	15,556	/	
	Gütersloh	0	.	.		0	.	.		
Kontakte nichtärztliche Psychotherapeuten	Bochum	0	.	.	/	4	15,75	11,325	n.s.	
	Gütersloh	0	.	.		3	20,33	13,614		

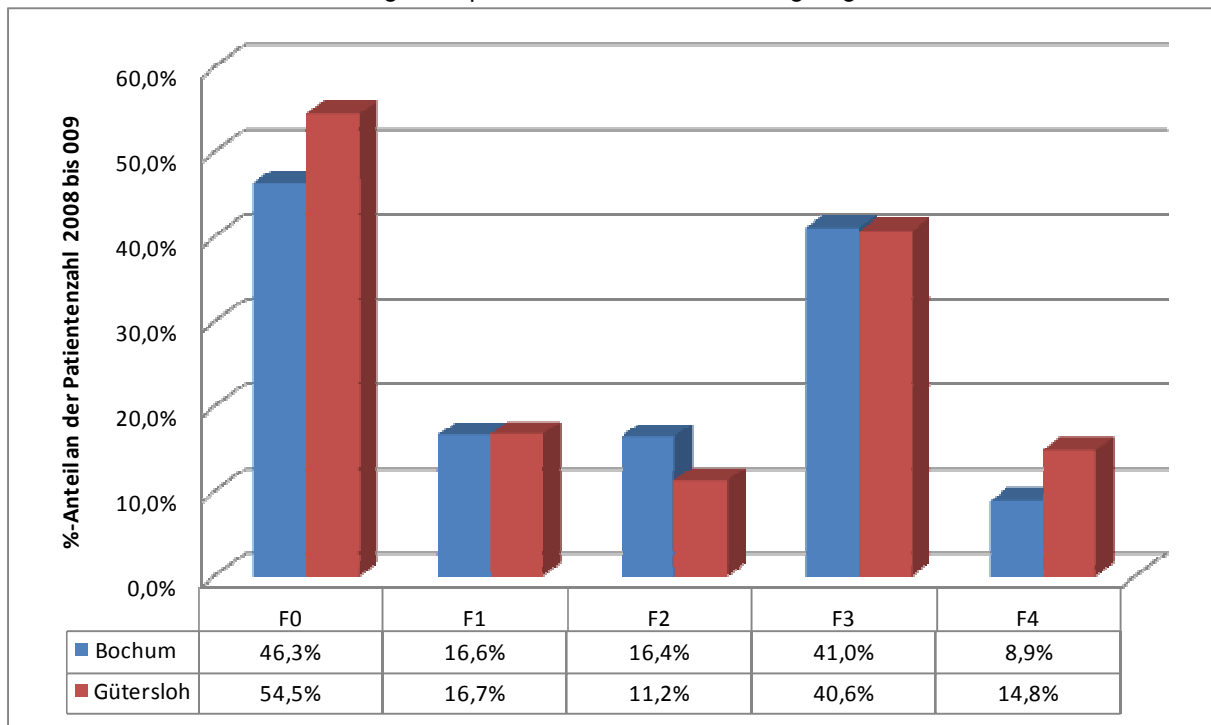
^ounter Beachtung der Varianzgleichheit nach Levene-Test ergaben sich folgende Ergebnisse hinsichtlich der Signifikanzen der Gruppenunterschiede

2.3 Diagnosespektrum

2.3.1 Diagnosespektrum nach Untersuchungsregionen

Erwartungsgemäß dominieren F0 und F3 Diagnosen im gerontopsychiatrischen Bereich in beiden Untersuchungsregionen, wenngleich die F0-Diagnosen am Standort Gütersloh ein um 9,2% erhöhtes Aufkommen haben. Regionalspezifische Unterschiede ergeben sich zudem in der Häufigkeit von F4 und F2 Diagnosen, wie aus der deskriptiven Darstellung der Häufigkeiten in Abbildung 8 erkennbar.

Abb. 8: Stationäres Diagnosespektrum nach Untersuchungsregionen im Zeitraum 2008 bis 2009



Das vergleichsweise erhöhte Aufkommen von F2-Diagnosen am Standort Bochum ist auf eine Spezialisierung des LWL-Universitätsklinikums Bochum zurückzuführen. Entsprechend ist auch die höhere Diagnosehäufigkeit betreffend F0 und F4 am Standort Gütersloh zu erklären. Das LWL-Klinikum Gütersloh hat mit seinem integrierten Zentrum für Altersmedizin einen Behandlungsschwerpunkt im gerontopsychiatrischen Bereich. Es ist anzunehmen, dass damit ein höheres Aufkommen von Patienten mit F0 Diagnosen und mit Mehrfacherkrankungen verbunden ist.

Tab. 20: Regionaler Vergleich des Diagnosespektrums

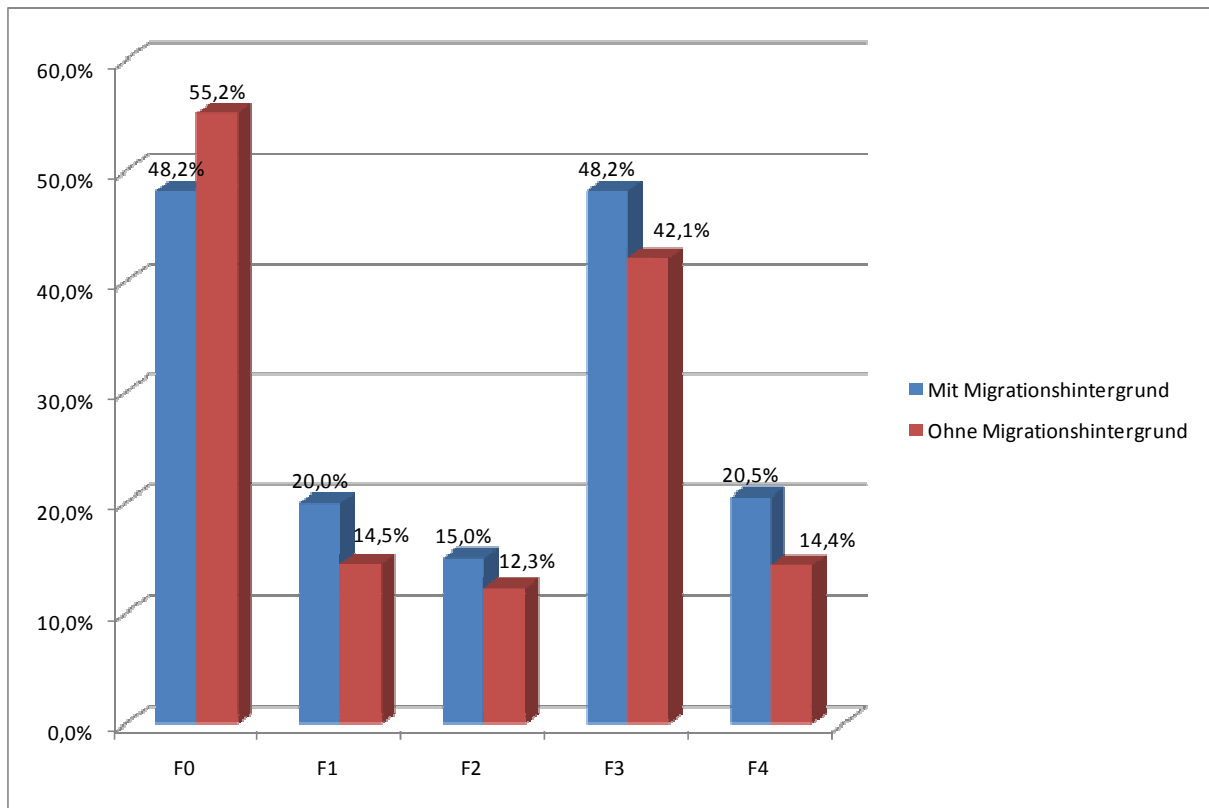
	F0	F1	F2	F3	F4
Bochum (n=451)	46,3%	16,6%	16,4%	41,0%	8,9%
Gütersloh (n=928)	54,5%	16,7%	11,2%	40,6%	14,8%
Signifikante Unterschiede	$(\chi^2=8,143;$ $p=0,004)$		$(\chi^2=7,303;$ $p=0,007)$		$(\chi^2=9,423;$ $p=0,002)$

Aus der Tabelle 20 ist zu entnehmen, dass die regionalen Unterschiede im Hinblick auf die F0-, F2- und F4-Diagnosen signifikant sind.

2.3.2 Diagnosespektrum von Personen mit und ohne Migrationshintergrund

Abbildung 9 zeigt die prozentuale Häufigkeitsverteilung der Diagnosen F0 bis F4 in der jeweiligen Personengruppe. Auffällig ist, dass bei Migranten F0 und F3 Diagnosen in der gleichen Häufigkeit vorkommen, hingegen Personen ohne Migrationshintergrund vermehrt F0-Diagnosen im klinischen Bereich aufweisen. Weitere Unterschiede ergeben sich insbesondere auch bei den F1 und F4 Diagnosen, die stärker bei Migranten vorliegen.

Abb. 9: Diagnosespektrum nach Migrationshintergrund

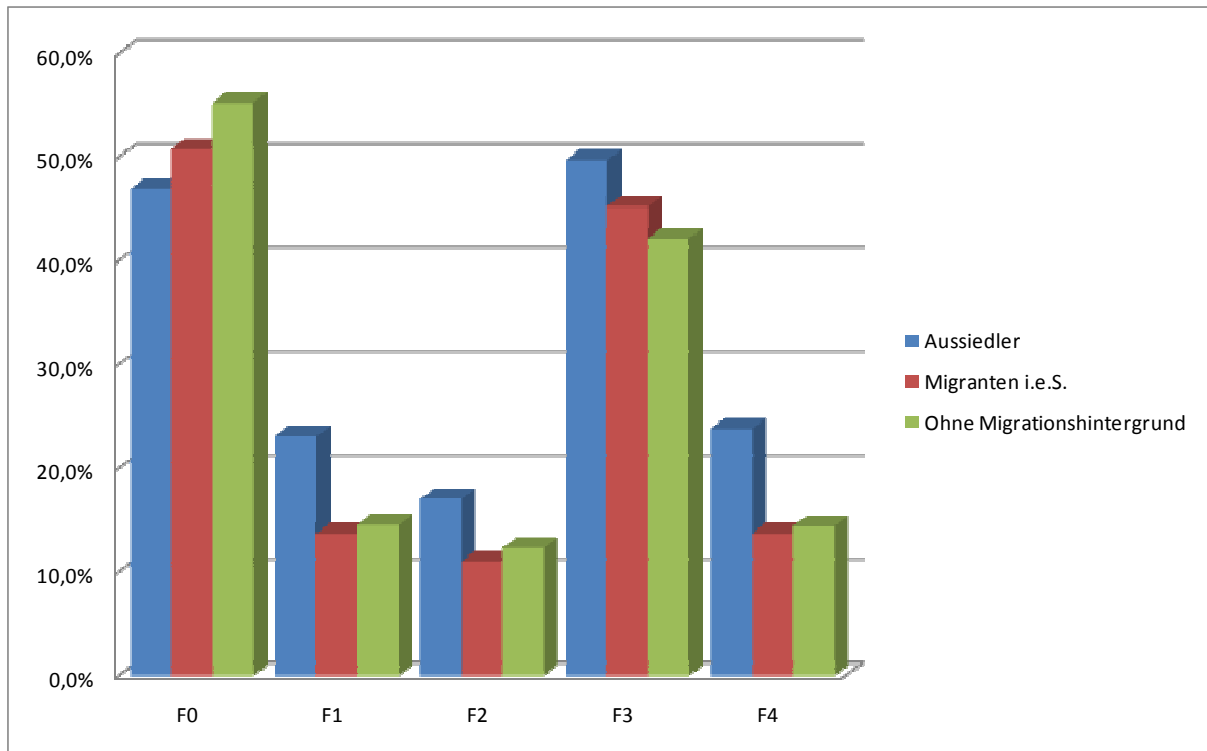


Um festzustellen, inwieweit die Unterschiede signifikant sind, wurde ein χ^2 -Test durchgeführt. Danach ist das erhöhte Aufkommen von F1-Diagnosen ($\chi^2=4,466$; $p=0,035$) und F4-Diagnosen ($\chi^2=7,021$; $p=0,08$) bei Migranten signifikant im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund. Hingegen können keine signifikanten Auffälligkeiten bezüglich der Diagnosegruppen F0, F2 und F3 ermittelt werden. Im Weiteren wird der Fragestellung nachgegangen, ob diese Unterschiede grundsätzlich für alle Migranten bestehen, oder einzugrenzen sind auf Aussiedler und Migranten i.e.S. bzw. auf bestimmte Herkunftsländer.

2.3.3 Diagnosespektrum nach Migrationsart

Die prozentuale Häufigkeitsverteilung des Diagnosespektrums im klinischen Bereich ist für die einzelnen Personengruppen in der Abbildung 10 dargestellt.

Abb. 10: Diagnosespektrum nach Migrationsart

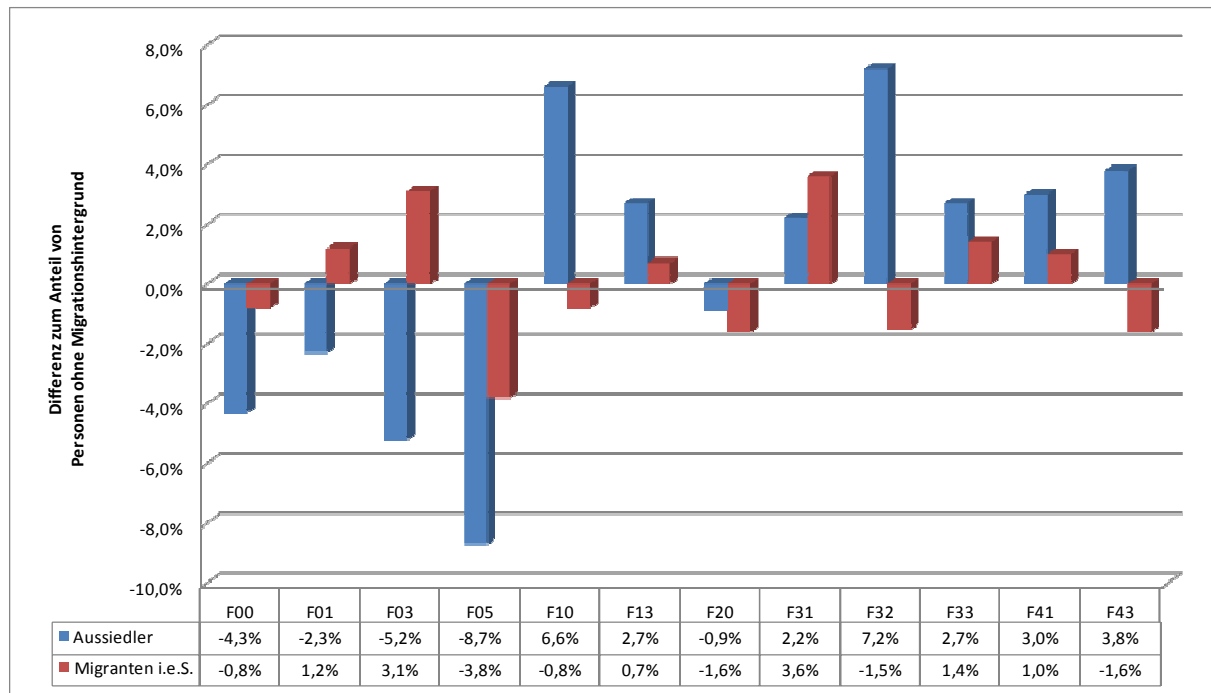


Die Grafik deutet daraufhin, dass Aussiedler vergleichsweise vermehrt auf Grund von F1 und F4 Diagnosen klinisch behandelt werden. Personen ohne Migrationshintergrund weisen am häufigsten F0-Diagnosen auf. Unterschiede zwischen Migranten i.e.S. und Personen ohne Migrationshintergrund sind geringer ausgeprägt.

Abweichende Ausprägungen ergeben sich auch im Hinblick auf einzelne Diagnosegruppen (ICD-10 / 3-stellig). Abbildung 11 enthält diesbezüglich die deskriptiven Angaben zu den prozentualen Differenzen der jeweiligen Diagnosehäufigkeit von Aussiedlern und Migranten i.e.S. zu Personen ohne Migrationshintergrund zu ausgewählten Diagnosen.

Danach weisen Aussiedler im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund die höchsten Abweichungen auf bei den Diagnose F05, F10, F32 und F43. Die Unterschiede zwischen Migranten i.e.S. und Personen ohne Migrationshintergrund fallen geringer aus.

Abb. 11: Differenz der Diagnosehäufigkeit von Aussiedlern und Migranten i.e.S. zu Personen ohne Migrationshintergrund



Um mögliche signifikante Unterschiede festzustellen zu können, werden die Diagnosen der einzelnen Personengruppen geschlechtsspezifisch mittels χ^2 -Test und Odds Ratio näher analysiert.

Aussiedler vs. Personen ohne Migrationshintergrund

Die OR's zeigen, dass insbesondere Aussiedlerinnen eine höhere Chance haben auf Grund von F1, F3 und F4 Diagnosen stationäre Leistungen in Anspruch zu nehmen (Tab. 21). Unter Beachtung der Konfidenzintervalle zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Odds Ratio unterhalb von 1 liegt bei den genannten Diagnosegruppen nur bei 5% liegt. Dies gilt gleichsam für die Diagnosen F32 und F41. Hingegen zeigen die Konfidenzintervalle bei den männlichen Aussiedlern, dass diese keinen Nulleffekt ausschließen, wengleich hier auch für die Diagnosen F1, F2 und F4 ein OR > 1 ermittelt werden kann. Der χ^2 -Test bestätigt den Nulleffekt dahingehend, dass keine signifikanten Abweichungen zu Personen ohne Migrationshintergrund vorliegen.

Signifikante Unterschiede bestehen hingegen zwischen der Verteilung bei Aussiedlerinnen und Frauen ohne Migrationshintergrund nach dem χ^2 -Test für die Diagnosen F1, F3, F4 und explizit für F32 und F41:

F1: $\chi^2 = 4,753$; $p = 0,029$

F3: $\chi^2 = 5,346$; $p = 0,021$

F4: $\chi^2 = 9,478$; $p = 0,002$

F32: $\chi^2 = 4,870$; $p = 0,027$

F41: $\chi^2 = 4,194$; $p = 0,041$

Tab. 21: Diagnosen von Aussiedlern und Personen ohne Migrationshintergrund nach Geschlecht im Vergleich mittels Odds Ratio

	Männer			Frauen		
	OR	95%-Konfidenzintervall		OR	95%-Konfidenzintervall	
F0	0,756	0,433	1,321	0,695	0,450	1,071
F1	1,727	0,946	3,151	1,900	1,058	3,421
F2	1,388	0,595	3,238	1,495	0,861	2,596
F3	0,942	0,521	1,703	1,671	1,078	2,591
F4	1,365	0,614	3,036	2,114	1,301	3,434
F00	0,514	0,155	1,704	0,643	0,303	1,366
F01	0,742	0,285	1,933	0,687	0,243	1,947
F03	1,015	0,527	1,955	0,631	0,373	1,069
F05	0,976	0,539	1,766	0,429	0,234	0,786
F10	1,704	0,925	3,140	1,806	0,884	3,668
F13	0,917	0,115	7,299	2,141	0,962	4,768
F20	0,388	0,051	2,931	1,033	0,431	2,476
F31	0,761	0,097	5,965	2,101	0,898	4,917
F32	0,987	0,529	1,844	1,626	1,053	2,512
F33	0,937	0,322	2,729	1,369	0,790	2,372
F41	0,474	0,062	3,608	1,976	1,018	3,834
F43	2,086	0,823	5,284	1,536	0,703	3,356

Migranten i.e.S. / Personen ohne Migrationshintergrund

Die Auswertung für Migranten im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund weisen zwar ebenfalls OR's > 1 auf, allerdings liegen ausschließlich Konfidenzintervalle vor, die einen Nulleffekt einschließen (Tab. 22). Ebenso ergibt der χ^2 -Test keinen signifikanten Unterschied in der Verteilung von Migranten und Personen ohne Migrationshintergrund und bestätigt die Annahme aus der grafischen Darstellung.

Tab. 22: Diagnosen von Migranten i.e.S. und Personen ohne Migrationshintergrund im Vergleich mittels Odds Ratio

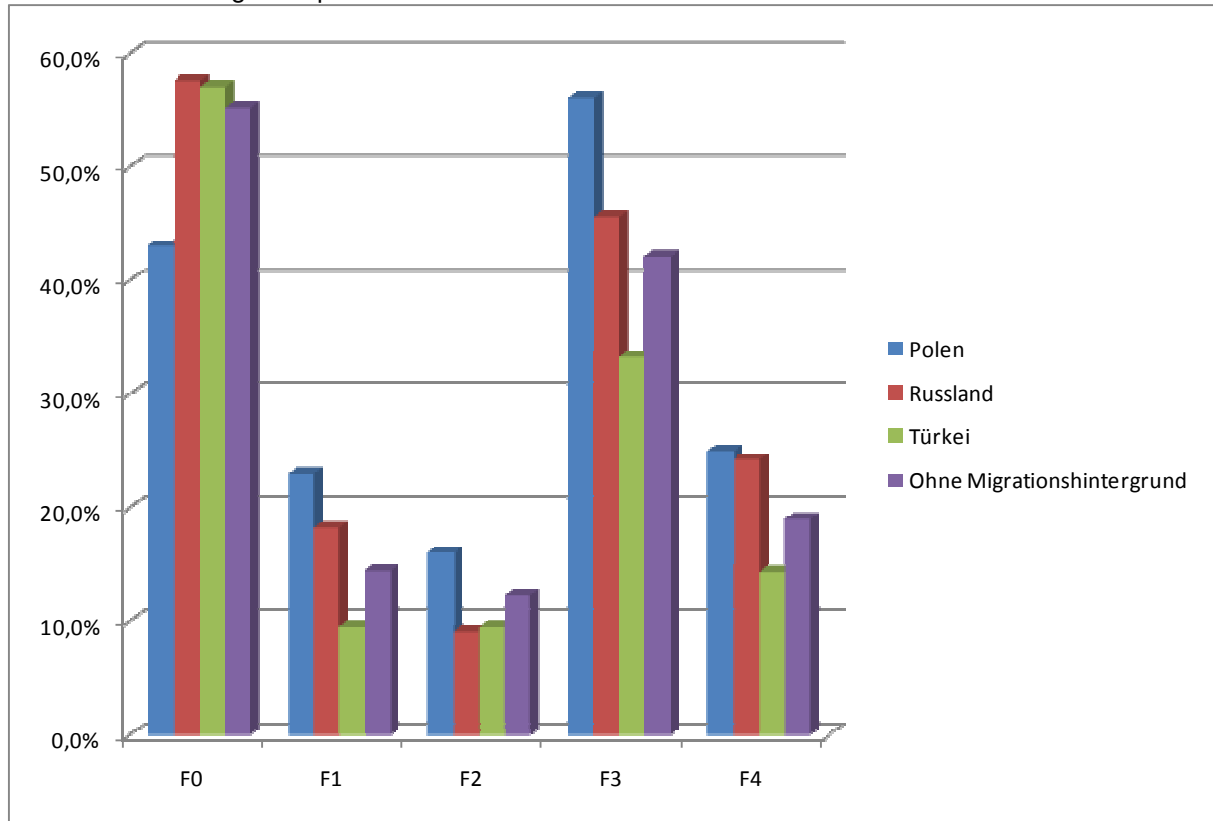
	Männer			Frauen		
	Odds Ratio	95%-Konfidenzintervall		Odds Ratio	95%-Konfidenzintervall	
F0	0,938	0,456	1,928	0,746	0,398	1,399
F1	0,994	0,419	2,359	0,712	0,215	2,359
F2	0,307	0,041	2,300	1,266	0,548	2,923
F3	1,162	0,555	2,432	1,180	0,630	2,210
F4	1,485	0,550	4,011	0,707	0,272	1,834
F00	1,649	0,608	4,468	0,533	0,162	1,758
F01	1,373	0,510	3,702	0,775	0,182	3,302
F03	1,491	0,687	3,237	1,003	0,504	1,999
F05	0,562	0,238	1,325	1,078	0,541	2,149
F10	0,879	0,353	2,191	0,759	0,178	3,232
F13	3,300	0,692	15,740	0,582	0,075	4,208
F20	-	-	-	1,169	0,349	3,914
F31	2,739	0,586	12,797	2,014	0,589	6,85
F32	1,030	0,465	2,282	0,899	0,458	1,762
F33	1,707	0,570	5,115	0,965	0,398	2,342
F41	1,705	0,379	7,665	1,040	0,312	3,471
F43	1,136	0,258	4,995	0,403	0,054	2,995

Im Weiteren werden ergänzend die Patienten nach den häufigsten Herkunftsländern (Polen, Türkei und Russland, Deutschland) auf signifikante Unterschiede hin analysiert.

2.3.4 Diagnosespektrum nach Herkunftsländern

Ausgehend von den in Abbildung 12 dargestellten prozentualen Häufigkeiten der Diagnosegruppen F0 bis F4 ergeben sich insbesondere für polnische Migranten höhere Aufnahmezeiten bei F1, F2 und F3 Diagnosen und nur bei F0 Diagnosen eine vergleichsweise geringere Anzahl.

Abb. 12: Diagnosespektrum nach Herkunftsländern



Russische Migranten haben im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund häufiger F1 und F4 Diagnosen. Türkische Mitbürger haben hingegen lediglich bei F0-Diagnosen ein geringfügig höheres Vorkommen und weisen bei F1 wie auch F4 Diagnosen von allen Personengruppen die geringste Häufigkeit auf.

Analog zu den Personengruppen Aussiedler und Migranten i.e.S. wurden die ausgewählten Herkunftsländer und die Personengruppe ohne Migrationshintergrund mittels Odds Ratio und χ^2 -Test hinsichtlich der ICD-10-Diagnosen F0 – F4 verglichen, um etwaige signifikante Unterschiede zu ermitteln. Die Ergebnisse sind in Tabelle 23 zusammengefasst.

Tab. 23: Diagnosen ausgewählter Herkunftsländer und Deutschland im Vergleich mittels Odds Ratio

	Männer			Frauen		
	Odds Ratio	95%-Konfidenzintervall		Odds Ratio	95%-Konfidenzintervall	
Polen						
F0	0,648	0,23	1,301	0,598	0,359	0,996
F1	1,698	0,803	3,589	2,005	1,031	3,903
F2	0,921	0,272	3,127	1,508	0,797	2,854
F3	1,355	0,668	2,749	1,967	1,170	3,308
F4	1,718	0,682	4,330	2,057	1,171	3,616
Russland						
F0	0,851	0,282	2,568	1,296	0,524	3,204
F1	1,065	0,288	3,936	1,593	0,457	5,550
F2	-	-	-	1,085	0,313	3,761
F3	1,210	0,390	3,755	1,124	0,463	2,729
F4	1,458	0,315	6,746	2,181	0,823	5,776
Türkei						
F0	2,188	0,437	10,948	0,741	0,247	2,222
F1	0,507	0,062	4,165	0,752	0,097	5,858
F2	-	-	-	1,118	0,245	5,108
F3	0,645	0,129	3,231	0,703	0,228	2,165
F4	1,145	0,138	9,482	1,527	0,415	5,620

Unter Einbeziehung der Konfidenzintervalle wird ersichtlich, dass die größten Chancen-Unterschiede von Personen ohne Migrationshintergrund zu polnischen Migrantinnen bestehen. Die geringsten Unterschiede bestehen zu den türkischen Migranten.

Eine Analyse mittels χ^2 -Test ergibt, dass ausschließlich bei der weiblichen polnischen Migrationsbevölkerung ein signifikanter Verteilungsunterschied zu Personen ohne Migrationshintergrund besteht und dies betreffend der Diagnosen F1, F3 und F4.

F1: $\chi^2 = 4,347$; $p = 0,037$

F3: $\chi^2 = 6,706$; $p = 0,010$

F4: $\chi^2 = 6,516$; $p = 0,011$

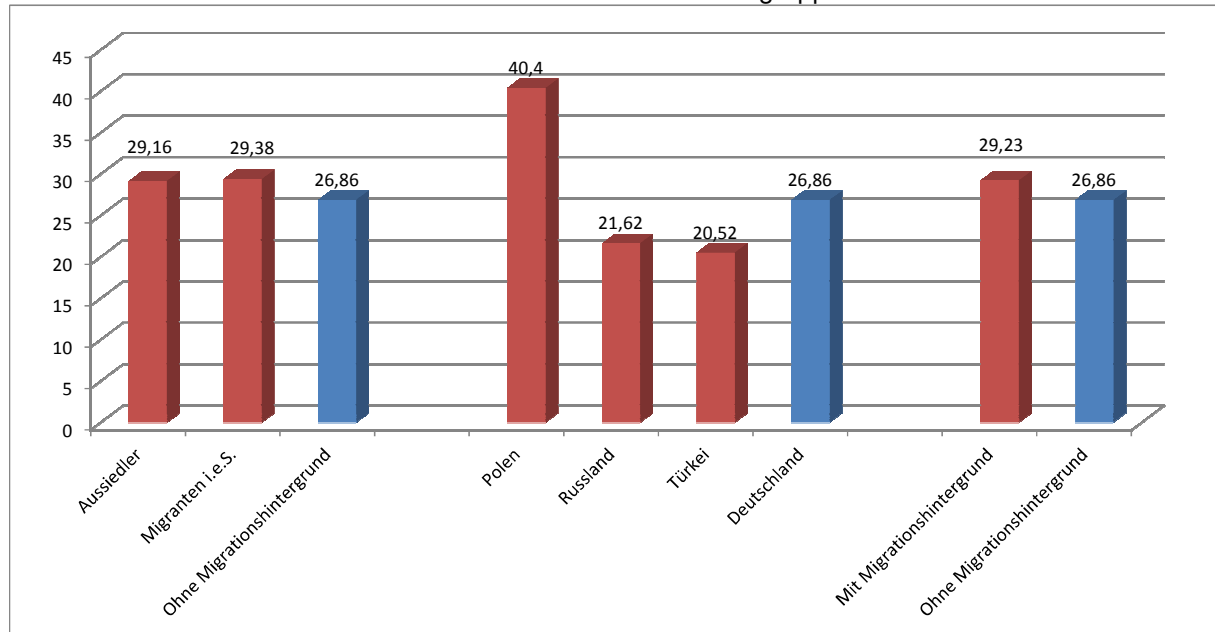
Diese differenzierte Betrachtung der Personengruppe mit Migrationshintergrund zeigt, dass die zu Beginn festgestellten signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund letztendlich einzuschränken sind auf Aussiedler bzw. auf Frauen aus dem Herkunftsland Polen.

2.4 Verweildauer

2.4.1 Stationäre Verweildauer

Ein Vergleich der Verweildauern im stationären Bereich nach den Personengruppen Aussiedler, Migranten i.e.S. und Personen ohne Migrationshintergrund zeigen nur geringe Unterschiede (Abb. 13). Danach haben Migranten i.e.S. die höchste durchschnittliche Verweildauer mit 29,3 Tagen im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund mit der geringsten durchschnittlichen Verweildauer in Höhe von 26,86.

Abb. 13: Stationäre Verweildauer nach Personengruppen und Herkunftsländern



Eine differenzierte Betrachtung nach Herkunftsländern verdeutlicht aber, dass insbesondere Migranten mit polnischem Herkunftsland die höchsten Verweildauern aufweisen.

Ein durchgeführter t-Test kann keine signifikanten Auffälligkeiten zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund feststellen. Auch eine differenzierte Mittelwertanalyse mittels Anova (Bonferroni) nach Migrationsart (Aussiedler, Migranten i.e.S. und Deutsche) sowie nach Herkunftsländern bestätigt, dass keine signifikanten Abweichungen im Hinblick auf die Verweildauer vorliegen. Eine Übersicht der durchgeführten Mittelwertanalysen von Migrantengruppen zur Personengruppe ohne Migrationshintergrund unter Angabe der ermittelten Signifikanz enthält die Tabelle 24.

Tab. 24: Mittelwertanalyse bzgl. der Verweildauer zwischen Migrantengruppen und Personen ohne Migrationshintergrund

Migrationsart	Verweildauer im Vergleich zur Personengruppe ohne Migrationshintergrund (t-Test, Anova-Test)	
	Mittlere Differenz	Signifikanz
Personen mit Migrationshintergrund	2,373	0,138
Aussiedler	2,299	0,699
Migranten i.e.S.	2,515	0,996
Polen	3,536	0,719
Russland	-5,240	1,000
Türkei	-6,337	0,957

Auffällig ist, dass Frauen in allen Personengruppen eine höhere Verweildauer aufweisen. Ein Vergleich zwischen Männer und Frauen zeigt aber lediglich für Personen ohne Migrationshintergrund einen signifikanten Unterschied mit $p = 0,000$ und einem Konfidenzintervall von 2,315 - 7,055, welches somit den Nulleffekt ausschließt (Tab. 22).

Tab.25: Verweildauern von Männern und Frauen ohne Migrationshintergrund im Vergleich

	N	Mittelwert	95%-Konfidenzintervall		Signifikanz
			Untergrenze	Obergrenze	
Frauen	705	28,75	2,315	7,055	0,000
Männer	477	24,07			

Frauen haben in dieser Personengruppe danach eine signifikant höhere Verweildauer als Männer. Sie bleiben im Durchschnitt zwischen 2,3 bis 7 Tage länger in stationärer Behandlung. Bei Personen mit Migrationshintergrund sind hingegen keine signifikanten geschlechterspezifischen Unterschiede erkennbar.

Möglicherweise ist die höhere Verweildauer auf das unterschiedliche Diagnosespektrum von Frauen und Männern zurück zu führen. Ein expliziter Vergleich der ICD-10 Diagnosen F0 - F3 zeigt, dass Frauen eine im Vergleich zu Männern signifikant höhere Verweildauer aufweisen, wenn eine F1 oder F3 Diagnose vorliegt (Tab. 25).

Tab.23: Durchschnittliche Verweildauer bei F0 und F3 nach Geschlecht für Personen ohne Migrationshintergrund

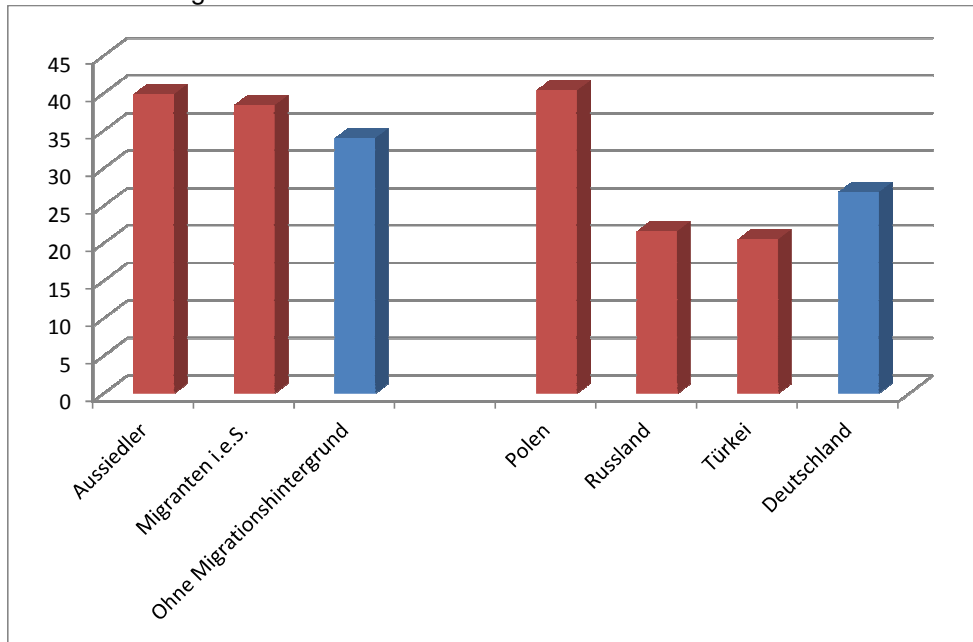
Diagnose	Durchschnittliche Verweildauer		Ergebnis t-Test
	Männer	Frauen	
F0	23,58 (n=271)	23,59 (n=363)	Nicht signifikant
F1	15,17 (n=109)	24,15 (n=79)	$t = -4,438; p = 0,00$
F2	29,98 (n=48)	34,13 (n=104)	Nicht signifikant
F3	29,19 (n=159)	35,03 (n=319)	$t = -2,480; p = 0,013$
F4	23,93 (n=48)	28,74 (n=104)	Nicht signifikant

Entsprechende signifikante Unterschiede in der Verweildauer von Frauen und Männern sind sowohl bei den Aussiedlern als auch bei Migranten i.e.S. nicht gegeben.

2.4.2 Teilstationäre Verweildauer

Wenngleich die Aussiedler und die Migranten mit Herkunftsland Polen höhere Verweildauer im teilstationären Bereich aufweisen, können nach der Mittelwertanalyse keine bedeutsamen Unterschiede festgestellt werden (Abb. 14). Kritisch anzumerken ist allerdings, dass die Stichprobengröße im Vergleich zum stationären Bereich geringer ausfällt.

Abb. 14: Teilstationäre Verweildauer von Frauen und Männern ohne Migrationshintergrund im Vergleich



2.4.3 Stationäre Verweildauer und ambulante ärztliche Kontakthäufigkeit

Tab. 26: Zusammenhänge zwischen stationärer Verweildauer und ambulanter ärztlicher Kontakthäufigkeit

		Stationäre Verweildauer der Patienten
Kontakte Gesamt	Korrelation nach Pearson	-,014
	Signifikanz	,603
	N	1292
Kontakte Allgemeinärzte	Korrelation nach Pearson	-,016
	Signifikanz	,649
	N	860
Kontakte Internisten	Korrelation nach Pearson	-,105*
	Signifikanz	,026
	N	450
Kontakte Psychiater	Korrelation nach Pearson	,075
	Signifikanz	,169
	N	336
Kontakte Psychotherapeuten	Korrelation nach Pearson	1,000
	Signifikanz	.
	N	2
Kontakte nichtärztliche Psychotherapeuten	Korrelation nach Pearson	,785*
	Signifikanz	,036
	N	7
<i>Kursiv: Teilstichprobengröße für Berechnung des Korrelationskoeffizienten und Signifikanz nicht hinreichend.</i>		

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen stationärer Verweildauer und ambulanten Arztkontakten (2008 bis 2009) belegt der Korrelationskoeffizient nach Pearson einen schwachen, negativen Zusammenhang bzgl. der Kontakte zu Internisten, welcher Signifikanz zeigt sowie einen engen, positiven Zusammenhang zu Kontakten zu nichtärztlichen Psychotherapeuten, dessen errechnete Signifikanz jedoch aufgrund der geringen Teilstichprobengröße (N = 7) zu hinterfragen ist (Tab.26).

Tab. 27: Zusammenhänge zwischen stationärer Verweildauer und ambulanter ärztlicher Kontakthäufigkeit nach Geschlecht

		Stationäre Verweildauer der Patienten	
		männlich	weiblich
Kontakte Gesamt	Korrelation nach Pearson	,030	-,056
	Signifikanz	,495	,126
	N	514	746
Kontakte Allgemeinärzte	Korrelation nach Pearson	,090	-,083
	Signifikanz	,106	,060
	N	327	511
Kontakte Internisten	Korrelation nach Pearson	-,098	-,115
	Signifikanz	,201	,059
	N	172	270
Kontakte Psychiater	Korrelation nach Pearson	,165	,003
	Signifikanz	,072	,969
	N	120	207
Kontakte Psychotherapeuten	Korrelation nach Pearson		1,000
	Signifikanz	.	.
	N	0	2
Kontakte nichtärztliche Psychotherapeuten	Korrelation nach Pearson		,785
	Signifikanz	.	,036
	N	0	7

Kursiv: Teilstichprobengröße für Berechnung des Korrelationskoeffizienten und Signifikanz nicht hinreichend.

Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung zeigt sich bei den weiblichen Patienten für die Kontakte mit Allgemeinärzten und Internisten jeweils ein schwacher, negativer Zusammenhang zwischen Verweildauer und Kontakthäufigkeit, der im Hinblick auf die Signifikanz als Trend gedeutet werden könnte (Tab. 27). Bei den männlichen Probanden besteht ein schwacher, positiver Zusammenhang zwischen stationärer Verweildauer und Kontakten zum Psychiater, der im Hinblick auf die Signifikanz ebenfalls als Trend gedeutet werden könnte.

Tab. 28: Zusammenhänge zwischen stationärer Verweildauer und ambulanter ärztlicher Kontakthäufigkeit nach Migrationsart

		Stationäre Verweildauer		
		Aussiedler	Migranten	ohne MHG
Kontakte Gesamt	Korrelation nach Pearson	-,088	,111	-,012
	Signifikanz	,339	,391	,694
	N	121	62	1109
Kontakte Allgemeinärzte	Korrelation nach Pearson	-,064	,010	-,012
	Signifikanz	,577	,945	,743
	N	77	47	736
Kontakte Internisten	Korrelation nach Pearson	-,135	,244	-,114*
	Signifikanz	,384	,300	,025
	N	44	20	386
Kontakte Psychiater	Korrelation nach Pearson	,108	,603**	,050
	Signifikanz	,601	,003	,396
	N	26	22	288
Kontakte Psychotherapeuten	Korrelation nach Pearson			1,000
	Signifikanz	.	.	.
	N	0	0	2
Kontakte nichtärztliche Psychotherapeuten	Korrelation nach Pearson			,885
	Signifikanz	.	.	,019
	N	1	0	6

Kursiv: Teilstichprobengröße für Berechnung des Korrelationskoeffizienten und Signifikanz nicht hinreichend.

Vergleicht man die Korrelationen (Tab. 28) der drei Gruppen Migranten, Aussiedler und Patienten ohne Migrationshintergrund, so wird deutlich, dass bei Patienten ohne Migrationshintergrund ein schwacher, negativer Zusammenhang zum Kontakt mit Internisten und stationärer Aufenthaltsdauer besteht ($p = ,025$). Weiterhin besteht ein deutlicher, positiver Zusammenhang zwischen stationärer Aufenthaltsdauer und ambulanten Kontakten bei Psychiatern bei der Gruppe der Migranten, welcher hochsignifikant ist ($p = ,003$).

2.5 Anzahl stationärer Aufnahmen

2.5.1 Anzahl stationärer Aufnahmen nach Migrationsart

Ein t-Test hinsichtlich der Anzahl stationärer Aufnahmen im Zeitraum 2008 – 2009 ergibt ausschließlich für die Personengruppe Aussiedler eine signifikant höhere Anzahl von Aufnahmen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung (Tab. 29).

Tab.29: Durchschnittliche Anzahl stationärer Aufnahmen nach Personengruppen im Zeitraum 2008 bis 2009

	N	Mittelwert	Mittlere Differenz zu Personen ohne Migrationshintergrund
Aussiedler	129	1,78	0,353*
Migranten i.e.S.	68	1,62	0,188
Ohne Migrationshintergrund	1168	1,43	

* Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau 0,05 signifikant

Eine differenzierte Betrachtung nach Herkunftsländern zeigt, dass insbesondere polnische Aussiedler mit einer durchschnittlichen Aufnahmezahl von 1,98 im Zeitraum 2008 - 2009 zu Personen ohne Migrationshintergrund mit einer durchschnittlichen Aufnahmezahl in Höhe von 1,43 signifikant höhere Differenzen hat (Tab. 30). Für russische und türkische Migranten können hingegen keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund festgestellt werden.

Tab.30: Durchschnittliche Anzahl stationärer Aufnahmen nach Herkunftsländern im Zeitraum 2008 bis 2009

	N	Mittelwert	Mittlere Differenz
Polen	87	1,98	0,547*
Russland	29	1,41	-0,016
Türkei	21	1,52	-0,094

* Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau 0,05 signifikant

Vergleicht man die Anzahl der stationären Aufenthalte mit den Diagnosegruppen, so wird deutlich, dass Patienten mit einer F1 Diagnose die höchste Anzahl an stationären Aufenthalten aufweisen und bestätigt insofern die Wiederaufnahmerate von Aussiedlern, für die signifikant häufiger F1 Diagnosen vorliegen (Tab. 32).

Tab. 32: Anzahl stationärer Aufenthalte im Zeitraum 2008 bis 2009 nach Diagnosegruppen

	F0	F1	F2	F3	F4
Durchschnittliche Anzahl stationärer Aufenthalte	1,32	1,94	1,74	1,47	1,39

Ein weitergehender differenzierter Vergleich der Personengruppen nach Geschlechtern zeigt, dass signifikante Abweichungen ausschließlich bei Frauen mit polnischer Herkunft zu Frauen ohne Migrationshintergrund ermittelt werden können (Tab. 33).

Tab.33: Durchschnittliche Anzahl stationärer Aufnahmen nach Herkunftsländern und Geschlecht im Zeitraum 2008 bis 2009

	Männer			Frauen		
	N	Mittelwert	Mittlere Differenz zu Deutschland	N	Mittelwert	Mittlere Differenz zu Deutschland
Polen	32	1,88	0,389	55	2,04	0,645*
Russland	13	1,46	-0,025	16	1,38	-0,016
Türkei	8	1,13	-0,361	13	1,77	0,378
Deutschland	477	1,49		705	1,39	

* Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau 0,05 signifikant

2.5.2 Anzahl stationärer Aufnahmen nach Untersuchungsregionen

Tab. 34: Durchschnittliche Anzahl stationärer Aufnahmen nach Untersuchungsregion im Zeitraum 2008 bis 2009

	N	Mittelwert
SK Bochum	451	1,42
LK Gütersloh	928	1,50

Die Anzahl der Aufnahmen ist am Untersuchungsort Gütersloh zwar etwas höher im Vergleich zu Bochum, aber nicht signifikant (Tab. 34).

Auch eine nähere Betrachtung nach Personengruppen ergeben keine regionalspezifischen Besonderheiten (Tab. 35).

Tab. 35: Durchschnittliche Anzahl stationärer Aufnahmen nach Personengruppen und Untersuchungsregion im Zeitraum 2008 bis 2009

	Aussiedler		Migranten i.e.S.		Deutschland	
	N	Mittelwert	N	Mittelwert	N	Mittelwert
SK Bochum	26	1,77	27	1,52	398	1,39
LK Gütersloh	103	1,79	41	1,68	784	1,45

i. Anzahl stationärer Aufnahmen und ambulante ärztliche Kontakthäufigkeit

Bewertungen hinsichtlich möglicher Zusammenhänge zwischen der Anzahl stationärer Aufnahmen und ambulanter ärztlicher Kontakthäufigkeit bei den verschiedenen Facharztgruppen erfolgten über die Berechnung von Korrelationskoeffizienten nach Pearson.

Tab. 36: Zusammenhänge zwischen Anzahl stationärer Aufnahmen und ambulanter ärztlicher Kontakthäufigkeit

	Stationären Aufenthalte	
Kontakte Gesamt	Korrelation nach Pearson	-,014
	Signifikanz	,610
	N	1293
Kontakte Allgemeinärzte	Korrelation nach Pearson	-,015
	Signifikanz	,655
	N	861
Kontakte Internisten	Korrelation nach Pearson	-,105*
	Signifikanz	,026
	N	450
Kontakte Psychiater	Korrelation nach Pearson	,075
	Signifikanz	,169
	N	336
Kontakte Psychotherapeuten	Korrelation nach Pearson	1,000
	Signifikanz	.
	N	2
Kontakte nichtärztliche Psychotherapeuten	Korrelation nach Pearson	,785
	Signifikanz	,036
	N	7
<i>Kursiv: Teilstichprobengröße für Berechnung des Korrelationskoeffizienten und Signifikanz nicht hinreichend.</i>		

Hinsichtlich der Anzahl der stationären Aufnahmen und der Anzahl der ambulanten Kontakte bei Internisten besteht ein schwacher, negativer Zusammenhang, der die Signifikanz erreicht (Tab. 36).

Tab. 37: Zusammenhänge zwischen Anzahl stationärer Aufnahmen und ambulanter ärztlicher Kontakthäufigkeit nach Migrationsart

		Migranten	Aussiedler	ohne MHG
Kontakte Gesamt	Korrelation nach Pearson	-,085	,110	-,012
	Signifikanz	,349	,394	,696
	N	122	62	1109
Kontakte Allgemeinärzte	Korrelation nach Pearson	-,065	,011	-,012
	Signifikanz	,571	,943	,750
	N	78	47	736
Kontakte Internisten	Korrelation nach Pearson	-,132	,244	-,114*
	Signifikanz	,393	,299	,025
	N	44	20	386
Kontakte Psychiater	Korrelation nach Pearson	,106	,603**	,050
	Signifikanz	,605	,003	,396
	N	26	22	288
Kontakte Psychotherapeuten	Korrelation nach Pearson			1,000
	Signifikanz	.	.	.
	N	0	0	2
Kontakte nichtärztliche Psychotherapeuten	Korrelation nach Pearson			,885
	Signifikanz	.	.	,019
	N	1	0	6

Kursiv: Teilstichprobengröße für Berechnung des Korrelationskoeffizienten und Signifikanz nicht hinreichend.

Bei differenzierter Betrachtung der Korrelationen, getrennt nach den drei Migrationsgruppen (Migranten, Aussiedler, ohne Migrationshintergrund), zeigt sich bei den Patienten ohne Migrationshintergrund ein schwacher, negativer Zusammenhang zwischen der stationären Aufnahmeghäufigkeit und den ambulanten Kontakten zu Internisten, welcher signifikant ist (Tab. 37). Bei Patienten mit einem Aussiedlerhintergrund ist ein deutlicher, positiver Zusammenhang zu ambulanten Kontakten mit psychiatrischen Fachärzten zu vermerken, welcher hochsignifikant ist.

3 Zusammenfassung und Diskussion

3.1 Zentrale Ergebnisse

Die in Tabelle 38 zusammengefassten zentralen Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass Migranten generelle eine mit Deutschen vergleichbare Inanspruchnahme haben, die je nach regionalspezifischen Gegebenheiten variieren kann. So liegt für die Untersuchungsregion Gütersloh sowohl die stationäre als auch die teilstationäre der Migranten über dem erwarteten Wert nach den Bevölkerungsanteilen.

Tab. 38: Zentrale Ergebnisse / Kurzthesen

Zentrale Ergebnisse / Kurzthesen	
Grundlegende Thesen	<p>Migranten sind heterogen und innerhalb von Studien nach Migrationsart bzw. Herkunftsland und Geschlecht differenziert zu betrachten.</p> <p>Art und Umfang der Inanspruchnahme variieren regionalspezifisch, bedingt durch Spezialisierungen und Ausprägung der ambulanten Versorgungsstruktur.</p>
Inanspruchnahme	<p>Migranten haben generell eine mit Deutschen vergleichbare Inanspruchnahme.</p> <p>Je nach regionalspezifischen Gegebenheiten kann die Inanspruchnahme von Migranten variieren und höher ausgeprägt sein, als nach den Bevölkerungsdaten zu erwarten wäre.</p> <p>Die städtische Region Bochum weist eine höhere ambulante Kontakthäufigkeit von Fachärzten bzw. Psychiatern auf als die ländliche Region Gütersloh.</p>
Diagnosespektrum	<p>Migranten in ihrer Gesamtheit weisen im klinischen Bereich signifikant häufiger F1 und F4 Diagnosen auf.</p> <p>Eine differenzierte Betrachtung nach Herkunftsland und Geschlecht zeigt ausschließlich für Aussiedlerinnen bzw. bei polnischen Migrantinnen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung ein höheres Vorkommen von F1, F3 und F4 Diagnosen.</p> <p>Signifikante Unterschiede im Diagnosespektrum zwischen der deutschen Bevölkerung und männlichen Aussiedler, Migranten i.e.S. und insbesondere Migranten aus Russland und Türkei liegen nicht vor.</p>
Verweildauer	<p>Die Verweildauer ist unabhängig von der Migrationsart. Migrationspezifische Unterschiede bzgl. der Dauer von Krankenhausaufenthalten liegen somit nicht vor.</p> <p>Die Verweildauer ist umso höher, je mehr ambulante Kontakte zur Facharztgruppe „Psychiater“ bestehen.</p>
Wiederaufnahmerate	<p>Die Anzahl der stationären Behandlungen ist bei Aussiedlern bzw. polnische Migrantinnen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung signifikant höher. Signifikante Auffälligkeiten zu anderen Personengruppen mit Migrationshintergrund (Türkei, Russland) konnten nicht festgestellt werden.</p>

Auch für die ärztliche Kontakthäufigkeit im ambulanten Bereich ergeben sich keine signifikanten Auffälligkeiten zwischen den Migrationsarten Aussiedler, Migranten i.e.S. und Personen ohne

Migrationshintergrund. Eine regionalspezifische Betrachtung ergibt, dass die ambulante Kontakthäufigkeit hinsichtlich psychiatrischer Fachärzte in Bochum signifikant höher ist als in der Region Gütersloh und geschlechtsunspezifisch ist. Eine weitergehende Differenzierung nach Migrationsart zeigt, dass die Signifikanz einzugrenzen ist auf Personen ohne Migrationshintergrund. Betrachtet man ausschließlich die Patientenzahl, unabhängig von der Anzahl Kontakte je Patient, werden in Gütersloh Allgemeinärzte signifikant häufiger aufgesucht von Migranten i.e.S. und in signifikant geringerem Maße Psychiater. Studien deuten daraufhin, dass Migranten Ärzte mit vergleichbarem Migrationshintergrund bevorzugen, im Sinne einer besseren kulturellen und/oder sprachlichen Verständigung und Akzeptanz [7,8]. Nach Angaben des Landesgesundheitsinstitutes NRW (LIGA) lag der Versorgungsgrad von Nervenärzten im Kreis Gütersloh im Jahr 2008 bei 127,9 während Bochum einen Versorgungsgrad von 164,5 aufwies. Berücksichtigt man zudem die geringere Distanz im städtischen Bereich, so ist zu vermuten, dass in der städtischen Region Bochum eine bessere Erreichbarkeit von Psychiatern mit Migrationshintergrund gegeben ist als in der ländlichen Region Gütersloh und entsprechend die Inanspruchnahme in Gütersloh geringer ausgeprägt ist. Es ist daher zu vermuten, dass im Sinne einer besseren kulturellen und/oder sprachlichen Verständigung und Akzeptanz ärztliche Angebote stärker in Anspruch genommen werden, wenn die Berücksichtigung kultureller Aspekte – u.a. durch spezielle Migrantenambulanzen, Ärzte mit Migrationshintergrund – gegeben ist [7,8,10].

Die Studie bestätigt auch die Annahme, dass Personen mit Migrationshintergrund keine homogene Gruppe sind, sondern differenziert zu betrachten sind. So kann ein ausschließlicher Vergleich zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund signifikante Unterschiede ergeben, die in einer differenzierteren Analyse aber auf bestimmte Herkunftsländer bzw. Personengruppe einzuschränken ist. Die Ergebnisse verdeutlichen zudem, dass auch geschlechtsspezifische Analysen erforderlich sind. So hat die vorliegende Untersuchung ergeben, dass sowohl hinsichtlich des Diagnosespektrums als auch hinsichtlich der Anzahl der Aufnahmen im Untersuchungszeitraum polnische Frauen signifikante Unterschiede aufweisen zu deutschen Frauen. Insbesondere F1, F3 und F4 Diagnosen sind hier zu nennen, deren Aufkommen nach Odds Ratio zweimal so häufig ist wie bei Personen ohne Migrationshintergrund. Die durchschnittliche Anzahl der Aufnahmen innerhalb von zwei Jahren liegt bei 2,04 und ist somit im Durchschnitt um 0,645 höher als bei Frauen aus Deutschland. Hingegen können aber keine signifikanten Differenzen zu Polen und zu Migranten beider Geschlechter aus den Herkunftsländern Türkei und Russland festgestellt werden.

Aussiedler weisen ebenfalls eine signifikant höhere Anzahl von Aufnahmen auf als Personen ohne Migrationshintergrund. Signifikante Unterschiede zwischen Migranten i.e.S. und Personen ohne Migrationshintergrund liegen hingegen nicht vor. Eine differenzierte Betrachtung nach Herkunftsländern zeigt, dass insbesondere polnische Aussiedler mit einer durchschnittlichen Aufnahmezahl von 1,98 im Zeitraum 2008 - 2009 zu Personen ohne Migrationshintergrund mit einer durchschnittlichen Aufnahmezahl in Höhe von 1,43 signifikant höhere Wiederaufnahmeraten haben. Für russische und türkische Migranten können hingegen keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund festgestellt werden. Ein weitergehender differenzierter Vergleich der Personengruppen nach Geschlechtern zeigt, dass signifikante Unterschiede ausschließlich bei Frauen mit polnischer Herkunft zu Frauen ohne Migrationshintergrund ermittelt werden können. Ein Zusammenhang zwischen der Wiederaufnahmerate und der ärztlichen Kontakthäufigkeit im ambulanten Bereich ergab sich ausschließlich für die Personengruppe der Aussiedler. Danach steigt die Anzahl der stationären Aufnahmen mit der Kontakthäufigkeit. Möglicherweise resultiert dies aus dem Diagnosespektrum. Aussiedler haben ein signifikant höheres Vorkommen von F1 Diagnosen, die mit einer erhöhten Wiederaufnahmerate korrelieren.

Ein Vergleich der Verweildauern im stationären Bereich nach den Personengruppen Aussiedler, Migranten i.e.S. und Personen ohne Migrationshintergrund zeigen nur geringe Unterschiede. Danach haben Migranten i.e.S. die höchste durchschnittliche Verweildauer mit 29,3 Tagen im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund mit der geringsten durchschnittlichen Verweildauer in Höhe von 26,86. Eine differenzierte Betrachtung nach Herkunftsländern verdeutlicht aber, dass insbesondere Migranten mit polnischem Herkunftsland die höchsten Verweildauern aufweisen. Eine Mittelwertanalyse mittels Anova (Bonferroni) kann allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Migrationsgruppen feststellen. Auch ein differenzierter Vergleich der Gruppen nach Geschlechtern ergibt keine signifikanten Unterschiede.

Auffällig ist, dass Frauen in allen Personengruppen eine höhere Verweildauer aufweisen. Ein Vergleich zwischen Männer und Frauen zeigt aber lediglich für Personen ohne Migrationshintergrund einen signifikanten Unterschied. Frauen haben in dieser Personengruppe danach eine signifikant höhere Verweildauer als Männer. Sie bleiben im Durchschnitt zwischen 2,3 bis 7 Tage länger in stationärer Behandlung. Hingegen ergibt der t-Test für die Personengruppen Aussiedler und Migranten i.e.S. sowie für die Herkunftsländer Polen, Türkei und Russland keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Ein Zusammenhang zwischen der Verweildauer und der Kontakthäufigkeit konnte bei den Migranten i.e.S. bezüglich der Facharztgruppe „Psychiater“ festgestellt werden. Danach ist die Verweildauer umso höher, je mehr ambulante Kontakte zu Psychiatern bestanden. Ursächlich hierfür kann u.a. der Schweregrad der Erkrankung sein, d.h. eine stationäre Aufnahme erfolgt im Rahmen einer ambulanten psychiatrischen Behandlung erst bei fortgeschrittenem Krankheitsbild mit der Folge, dass eine längere stationäre Behandlung erforderlich ist.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Studie ist die regionalspezifische Betrachtungsweise. Allein die Auswertungen zur Inanspruchnahme verdeutlichen, dass z.T. starke regionale Unterschiede vorliegen können. So ist die stationäre und teilstationäre Inanspruchnahme von Migranten in Gütersloh im Vergleich zum Bevölkerungsanteil größer als in der städtischen Region Bochum. Regionale Unterschiede ergeben sich auch im Hinblick auf die ambulante ärztliche Kontakthäufigkeit. Dies ist vermutlich auf die unterschiedliche Erreichbarkeit von Fachärzten bzw. unterschiedlichem ambulanten Versorgungsgrad in ländlichen und städtischen Regionen zurückzuführen. Dies bestätigt die Annahme, dass Studien regionalspezifisch zu betrachten sind und Ergebnisse nicht per se auf alle Regionen übertragen werden können. Wie erwartet, dominieren hinsichtlich des Diagnosespektrums F0 und F3 Diagnosen. Regionalspezifische Auffälligkeiten bestehen dahingehend, dass vermutlich auf Grund unterschiedlicher Behandlungsschwerpunkte in Gütersloh vergleichsweise häufiger F0 und F3 Diagnosen im stationären Bereich vorliegen und möglicherweise auch häufiger komorbide Patienten behandelt werden. Die LWL-Universitätsklinik Bochum hingegen hat u.a. eine Spezialisierung in der Behandlung von F2 Diagnosen, die das erhöhte Aufkommen dieser Diagnose im gerontopsychiatrischen Bereich erklären kann.

Hinsichtlich methodischer Restriktionen ist insbesondere anzuführen, dass die Studie keine Angaben zu Prävalenzraten beinhaltet sondern nur Aussagen zur tatsächlichen Inanspruchnahme von stationären und teilstationären Angeboten vornehmen kann.

Die Stichprobengröße von Personen mit Migrationshintergrund mit $n=220$ ist zufriedenstellend. Kritisch anzumerken ist allerdings, dass bei einer weitergehenden Differenzierung die Stichprobengröße vergleichsweise gering ist. So können beispielsweise bei den Auswertungen nach Her-

kunftsländern für die Türkei nur 21 Patienten in die Analyse mit einbezogen werden. Ebenso umfassen die Auswertungen im ambulanten Bereich in Teilen nur sehr geringe Stichprobengrößen (z.B. hinsichtlich bestimmter Facharztgruppen). Hier ist eine Ausweitung der Stichprobengröße erforderlich, um repräsentative Aussagen treffen zu können. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass für polnische Migrantinnen mit einem größeren Stichprobenumfang von $n=100$ signifikante Unterschiede zur deutschen Bevölkerung ermittelt werden konnten.

Die Studie umfasst zwei Kliniken, die sich im Hinblick auf die Größe der gerontopsychiatrischen Stationen, der Spezialisierungen und der regionalen Lage unterscheiden. Die Einbindung weiterer Kliniken wäre wünschenswert, um den Einfluss regionaler bzw. klinikspezifischer Unterschiede auf die Studienergebnisse näher analysieren zu können.

Die ambulanten Daten wurden ausschließlich für die Patientengruppe erhoben, die im Zeitraum 2008 bis 2009 auf der gerontopsychiatrischen Station der LWL-Kliniken Bochum und Gütersloh behandelt wurden und somit Teil der stationären Stichprobe sind. Aufgrund der Erhebungsmethodik anhand von Akten aus dem stationären Bereich müssen zudem die Aussagen zum ambulanten Bereich auf diese ausgewählte Personengruppe beschränkt werden. Weitere Studien müssen zeigen, ob sich die vorliegenden Ergebnisse auch bei einem größeren Stichprobenumfang bestätigen lassen. Entsprechend wäre auch eine Ausweitung des Untersuchungszeitraumes förderlich, der in der vorliegenden Studie auf zwei Jahre begrenzt ist, um die Aussagen zur Anzahl der stationären Aufnahmen zu überprüfen.

Zum Datenumfang ist kritisch anzumerken, dass nur quantitative Daten verwendet wurden, die auch Teil des Datentransfers zu den Krankenkassen sind. Entsprechend enthält die Studie keine Aussagen zur psychometrischen, anamnestischen oder qualitativen Daten.

Literaturverzeichnis

- 1 Bermejo, Isaac; Mayninger, Elena; Kriston, Levente; Härter, Martin (2010): Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. In: Psychiatrische Praxis, H. 37, S. 225–232.
- 2 Anke Bramsfeld; Friedrich Wilhelm Schwartz (2007): Volkskrankheit Depression: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Herausgegeben von Psychiatrische Praxis. (Supplement 3).
- 3 Franz, M et al. (2007): Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen - Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. In: Psychiatrische Praxis, H. 34, S. 332–338.
- 4 Glaesmer, Heide et al (2009): Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? In: Psychiatrische Praxis, H. 36, S. 16–22.
- 5 Janssen, J.; Laatz, W. (2005): Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. 5., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.
- 6 Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) (2010): Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen nach Migrationsstatus 2005, 2007, 2008 und 2009. Herausgegeben von IT.NRW.
- 7 Koch, Eckhard; Hartkamp, Norbert; Schouler-Ocak, Meryam (2007): Patienten mit Migrationshintergrund - eine Umfrage zur Inanspruchnahme stationärer Versorgung. In: Psychiatrische Praxis, H. 34 (7), S. 361–362.
- 8 Künzler, N. et al. (2004): Deutschkenntnisse psychiatrischer Patienten anderer Kulturen: Einfluss auf Freiwilligkeit und Dauer der stationären Behandlung. In: Psychiatrische Praxis, H. 31, Supplement 1, S. 21–23.
- 8b Machleidt, Wielant; Behrens, Katharina; Ziegenbein, Marc; Calliess, Iris Tatjana (2007): Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis, H. 34, S. 325–331.
- 9 Mohammadzadeh, Z.; Tempel, G. (2005): Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen: Demografische Struktur, soziale Lage und gesundheitliche Situation. In: Das Gesundheitswesen, H. 67, S. 832–839.
- 10 Razum, Oliver; Geiger, Ingrid; Zeeb, Hajo; Ronellenfitsch, Ulrich (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, H. 43, S. A2882 - A2887.
- 11 Robert Koch-Institut: Gesundheit und Krankheit im Alter (2009). Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- 12 Schouler-Ocak, Meryam; Breth, H. Joachim; Hauth, I.; Montesinos, Amanda Heredia; Koch, Eckhard; Driessen, Martin; Heinz, Andreas (2010): Patienten mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Institutsambulanzen - ein Vergleich zwischen Patienten mit türkischer und osteuropäischer Herkunft sowie Patienten ohne Migrationshintergrund. In: Psychiatrische Praxis, H. 38, S. 384–390.
- 13 Seifert, Wolfgang Dr.; Krause, Bernhard (2009): Ältere Personen mit Zuwanderungsgeschichte in Nordrhein-Westfalen - soziodemografische Merkmale und materielle Absicherung. In: Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Geschäftsbereich Statistik (Hg.): Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf, Bd. 59.
- 14 Statistisches Bundesamt (Hg.) (2010): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. (Fachserie 1 Reihe 2.2). Online verfügbar unter www.destatis.de.
- 15 Ströker, Kerstin Dr. (2007): Modellierung von Szenarien zur zukünftigen Entwicklung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in NRW. In: Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Geschäftsbereich Statistik (Hg.): Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf, Bd. 42.
- 16 Strohmeier, KP.; Kersting, V.; Schultz, A. (2005): Clusteranalyse mit Sozialstrukturindikatoren und Vorschlag eines modifizierten Indikatorensatzes für Kreise und Kreisfreie Städte in NRW. Herausgegeben von Ruhr-Universität Bochum und Zentrum für interdisziplinäre Ruhrgebietsforschung (ZEFIR). (Gesundheitsberichterstattung NRW).
- 17 Weber, A.; Hörmann, G. (2010): Migration und Gesundheit - von Defizitanalysen zum Diversity-Ansatz? In: Das Gesundheitswesen, H. eFirst.

- 18 Weilandt, Caren; Rommel, Alexander; Raven, Uwe (2003): Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V. (WIAD).