

4 Ergebnisse

4.1 Studienpopulation und soziodemographische Merkmale

4.1.1 Beschreibung der Studienpopulation

Insgesamt nahmen an der vorliegenden Studie 766 Patienten/innen teil. Von diesen lagen bei fünf Patienten/innen keine Daten zur Ethnizität vor.

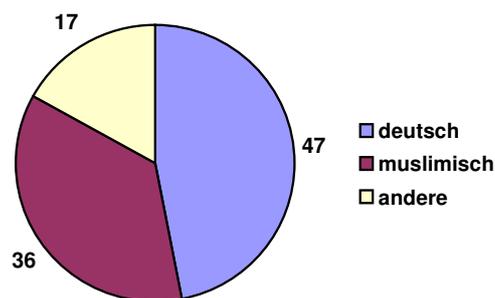
Mit 47% (n=357) machte die Gruppe der deutschen Patienten/innen den größten Teil aus. Die zweitgrößte Gruppe war mit 29% (n=224) die der Patienten/innen mit türkisch/kurdischer Herkunft. Je 6% der Patienten/innen waren arabisch/persischer Herkunft (n=48) und südosteuropäischer Herkunft (n=47). (Von den Patienten/innen aus Südosteuropa waren 41 Patienten/innen serbokroatischer und 6 albanischer Herkunft.) Osteuropäischer Herkunft waren 5% (n=35) der Patienten/innen. Weitere 3% (n=26) stammten aus anderen europäischen Ländern. Aus Asien stammten 2% (n=14) der Patienten/innen und 1% (n=10) aus Afrika.

Tab. 4.1: Verteilung der Ethnizitäten (n=766)

Ethnizität	Patienten/innen	Prozent
Deutsch	357	47
Türkisch/Kurdisch	224	29
Arabisch/Persisch	48	6
Südosteuropäisch	47	6
Serbokroatisch	41	5
Albanisch	6	1
Osteuropäisch	35	5
Übriges Europa	26	3
Asiatisch	14	2
Afrikanisch	10	1
Keine Angaben	5	1

Die Patienten/innen türkisch/kurdischer, arabisch/persischer und albanischer Herkunft machten zusammen 278 Probanden/innen aus, womit 36% der Patienten/innen aus überwiegend muslimisch geprägten Ländern stammten. Mit 129 Probanden/innen machten die übrigen Migranten zusammen 17% der Patienten/innen aus.

Abb. 4.1: Verteilung der Ethnizitäten (Angaben in Prozent)

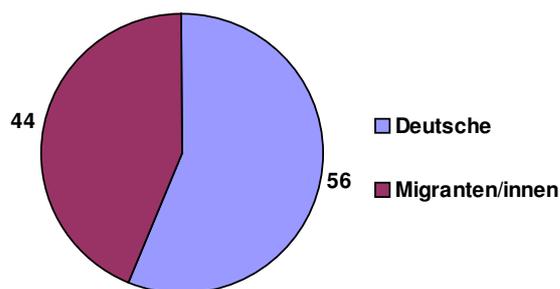


Im Folgenden wird nur die Gruppe der Migranten/innen aus überwiegend muslimisch geprägten Ländern (türkisch/kurdische, arabisch/persische und albanische Herkunft) mit der Gruppe der deutschen Patienten/innen verglichen.

4.1.2 Soziodemographische Merkmale der ausgewerteten Studienpopulation

In die vergleichende Auswertung gingen damit die Daten von 635 Patienten/innen ein (deutsche Patienten/innen und Migranten/innen aus überwiegend muslimisch geprägten Ländern). Von ihnen waren 56% (n=357) deutscher Herkunft. 44% (n=278) stammten aus muslimisch geprägten Ländern.

Abb. 4.2: Verteilung der Ethnizitäten (Angaben in Prozent)

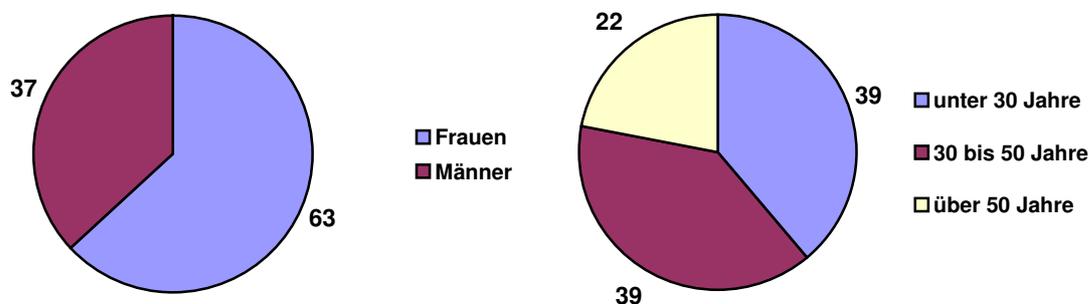


Mit 63% (n=398) überwog in der Studienpopulation der weibliche Teil der Patienten/innen. Der Männeranteil machte 37% (n=237) aus.

39% (n=246) der Patienten/innen war zum Zeitpunkt der Datenerhebung unter 30 Jahre alt. Ebenfalls 39% (n=247) der Patienten/innen war zwischen 30 und 50 Jahre alt. Der Patientenanteil der über 50-jährigen machte 22% (n=142) aus (siehe Tab. 4.2). Somit entsprach

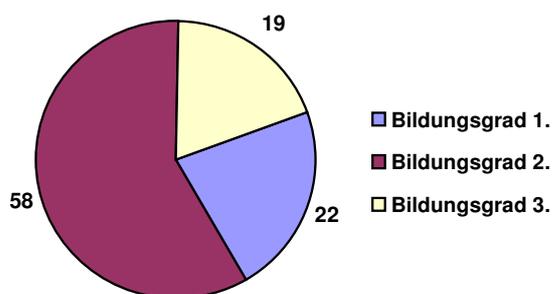
der Anteil der unter 30-jährigen in etwa dem Anteil der 30- bis 50-jährigen, während der Anteil der über 50-jährigen geringer ausfiel.

Abb. 4.3: Verteilung nach Geschlecht und Altersgruppen (Angaben in Prozent)



22% (n=138) der Patienten/innen hatte keinen oder nur einen Grundschulabschluss (erster Bildungsgrad gemäß der im Methodikteil festgelegten Definition). Mit 58% (n=268) besaß der überwiegende Patientenanteil einen Haupt-, Real-, Mittel- oder Berufschulabschluss (zweiter Bildungsgrad). 19% (n=121) hatte das Abitur oder einen Hochschulabschluss (dritter Bildungsgrad). Bei 8 Probanden/innen konnte der Grad der Schulbildung aus den vorliegenden Daten nicht ermittelt werden.

Abb. 4.4: Verteilung der Bildungsgrade (Angaben in Prozent)



Die folgende Tabelle fasst die Verteilung der vier soziodemographischen Faktoren in der ausgewerteten Studienpopulation zusammen.

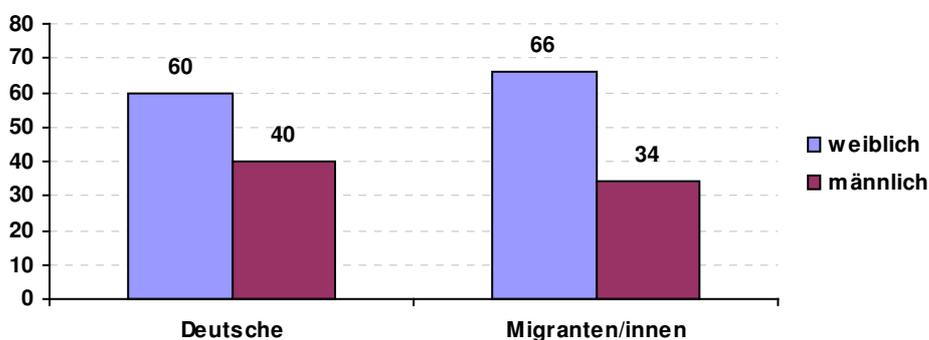
Tab. 4.2: Verteilung der soziodemographischen Faktoren (n=635)

Faktoren		Anzahl	Prozent
Ethnizität	Deutsche	357	56
	Migranten/innen	287	44
Geschlecht	Weiblich	398	63
	Männlich	237	37
Alter	Unter 30	246	39
	30 bis 50	247	39
	Über 50	142	22
Bildungsgrad	1. Bildungsgrad	138	22
	2. Bildungsgrad	268	58
	3. Bildungsgrad	121	19

4.1.2.1 Ethnizitätsvergleich

60% (n=215) der deutschen Patienten/innen war weiblich und 40% (n=142) männlich. Bei der Gruppe der Migranten/innen war der Frauenanteil mit 66% (n=183) im Verhältnis zum Männeranteil von 34% (n=95) etwas größer.

Abb. 4.5: Verteilung nach Geschlecht innerhalb der Ethnizitäten (Angaben in Prozent)

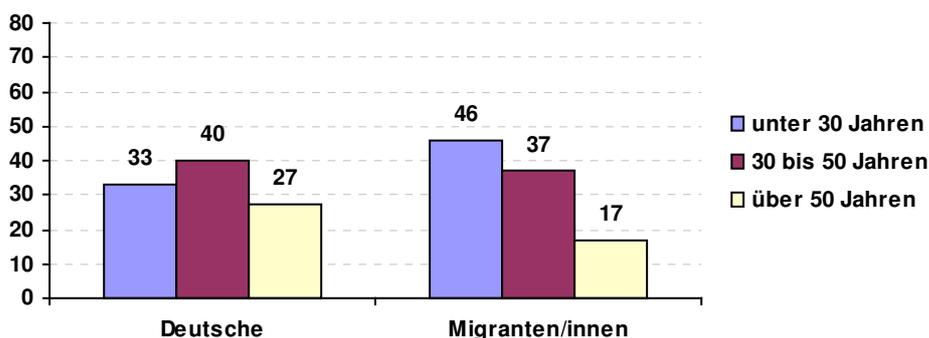


In Bezug auf die Altersgruppen verteilten sich die deutschen Patienten/innen mit 33% (n=117) auf die Gruppe der Unter-30-jährigen, mit 40% (n=144) auf die der 30-bis-50-jährigen und mit 27% (n=96) auf die der Über-50-jährigen. Die Migranten/innen hatten eine Verteilung von 46%

(n=129) auf die Altersgruppe der Unter-30-jährigen, von 37% (n=103) auf die der 30-bis-50-jährigen und von 17% (n=46) auf die der Über-50-jährigen.

Somit war die Gruppe der deutschen Patienten/innen deutlich älter als die der Migranten/innen. Dieser Unterschied war besonders deutlich in den Altersgruppe der Unter-30-jährigen, in der die Migranten/innen überwogen, und in der Altersgruppe der Über-50-jährigen, in der die Deutschen mehr Patienten/innen aufwiesen.

Abb. 4.6: Verteilung nach Altersgruppen innerhalb der Ethnizitäten (Angaben in Prozent)

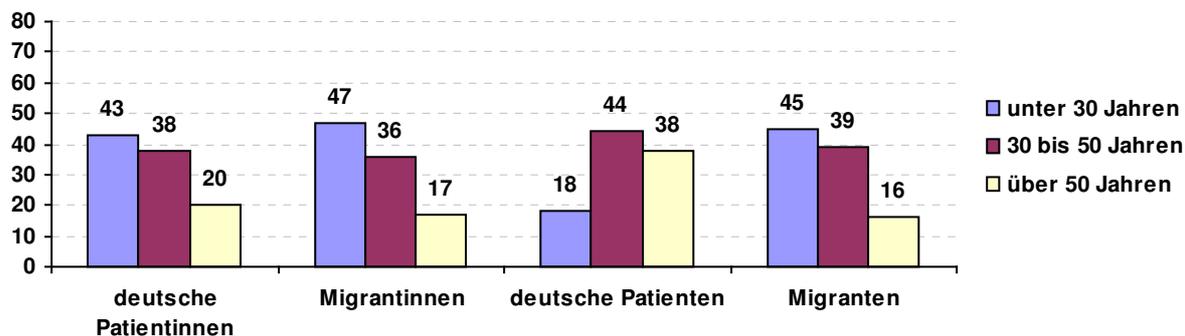


Die deutschen Patientinnen waren mit einer Verteilung von 43% (n=92) unter 30 Jahren, 38% (n=81) von 30 bis 50 Jahren und 20% (n=42) über 50 Jahren deutlich jünger als die deutschen Patienten mit einer Verteilung von 18% (n=25) unter 30 Jahren, 44% (n=63) von 30 bis 50 Jahren und 38% (n=54) über 50 Jahren.

Die Migrantinnen waren hingegen mit einer Verteilung von 47% (n=86) unter 30 Jahren, von 36% (n=66) zwischen 30 und 50 Jahren und von 17% (n=31) über 50 Jahren kaum jünger als die Migranten mit einer Verteilung von 45% (n=43) unter 30 Jahren, 39% (n=37) von 30 bis 50 Jahren und 16% (n=15) über 50 Jahren.

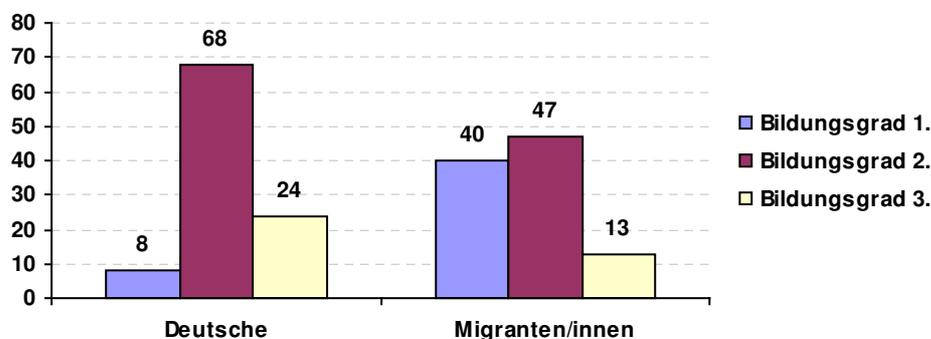
Somit war der Altersunterschied zwischen den deutschen Frauen und deutschen Männern größer als der zwischen den Migrantinnen und Migranten.

Abb. 4.7: Verteilung nach Altersgruppen innerhalb der Geschlechter und der Ethnizitäten (Angaben in Prozent)



Hinsichtlich des Bildungsgrades hatten die deutschen Patienten/innen mit einer Verteilung von 8% (n=27) mit keinem oder nur einem Grundschulabschluss sowie 68% (n=240) mit Hauptschul-, Realschul-, Mittelschul- oder Berufschulabschluss und 24% (n=85) mit Abitur oder einem Hochschulabschluss deutlich höhere Schulabschlüsse als die Migranten/innen, die eine Verteilung von 40% (n=111) beim ersten Bildungsgrad, 47% (n=128) beim zweiten Bildungsgrad und 13% (n=36) beim dritten Bildungsgrad aufwiesen.

Abb. 4.8: Verteilung nach Bildungsgrad innerhalb der Ethnizitäten (Angaben in Prozent)

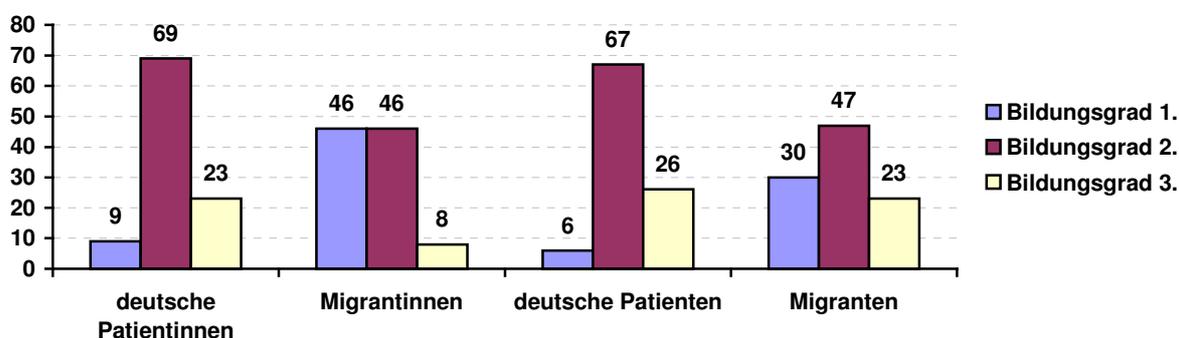


Unterteilt nach Geschlechtern war dieser Unterschied noch ausgeprägter. Die deutschen Patientinnen hatten mit einer Verteilung von 9% (n=18) beim ersten Bildungsgrad sowie von 69% (n=145) beim zweiten Bildungsgrad und von 23% (n=48) beim dritten Bildungsgrad nur unwesentlich niedrigere Abschlüsse als die deutschen Patienten mit einer Verteilung von 6% (n=9) beim ersten Bildungsgrad sowie von 67% (n=95) beim zweiten und von 26% (n=37) beim dritten. Dahingegen lagen die Bildungsabschlüsse der Migrantinnen mit einer Verteilung von 46% (n=83) beim ersten Bildungsgrad sowie von 46% (n=84) beim zweiten Bildungsgrad und von 8% (n=14) beim dritten Bildungsgrad deutlich unter den Abschlüssen der Migranten mit

einer Verteilung von 30% (n=28) beim ersten Bildungsgrad sowie von 47% (n=44) beim zweiten und von 23% (n=22) beim dritten.

Somit lagen bereits die Migranten, vom Bildungsgrad her gesehen, unterhalb der Schulabschlüsse der deutschen Patienten/innen. Die Migrantinnen, von denen fast jede Zweite ohne einen anerkannten Schulabschluss war, lagen in dieser Beziehung auch noch deutlich hinter den Migranten.

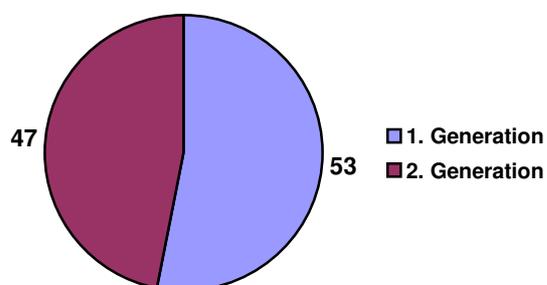
Abb. 4.9: Verteilung nach Bildungsgrad innerhalb der Geschlechter und der Ethnizitäten (Angaben in Prozent)



4.1.2.2 Unterschiede zwischen den Migrationsgenerationen

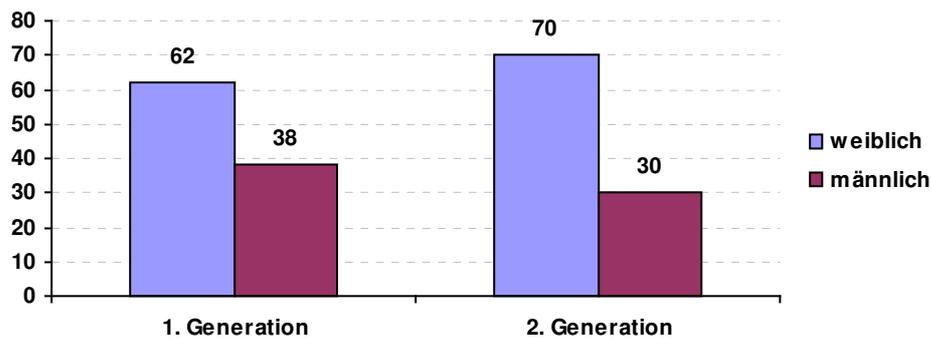
Von den 278 Migranten/innen gehörten 53% (n=146) der ersten Migrantengeneration und 47% (n=132) der zweiten an (gemäß der im Methodikteil definierten Unterscheidung der Generationen).

Abb. 4.10: Verteilung der Migrantengenerationen (Angaben in Prozent)



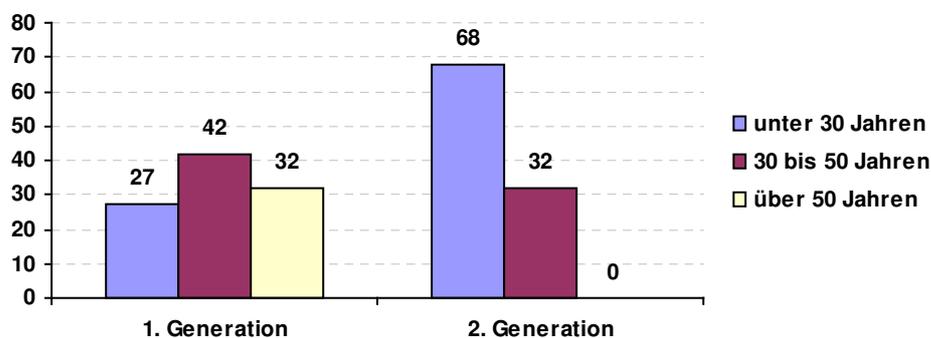
In Gruppe der ersten Migrantengeneration war bei einer Verteilung von 62% (n=91) Patientinnen zu 38% (n=55) Patienten der Frauenanteil etwas geringer als in der Gruppe der zweiten Generation mit einer Verteilung von 70% (n=92) Patientinnen zu 30% (n=40) Patienten.

Abb. 4.11: Verteilung nach Geschlecht innerhalb der Migrantengenerationen (Angaben in Prozent)



Von den Altersgruppen her war die erste Generation mit einer Verteilung von 27% (n=39) der Patienten/innen unter 30 Jahren, 42% (n=61) von 30 bis 50 Jahren und 32% (n=46) über 50 Jahren deutlich älter als die zweite Generation mit einer Verteilung von 68% (n=90) unter 30, 32% (n=42) von 30 bis 50 und keinem Patienten/innen über 50. Dieser Altersunterschied zwischen den Generationen dürfte dadurch zustande kommen, dass die zweite Generation die Kinder der ersten darstellt.

Abb. 4.12: Verteilung nach Altersgruppen innerhalb der Migrantengenerationen (Angaben in Prozent)

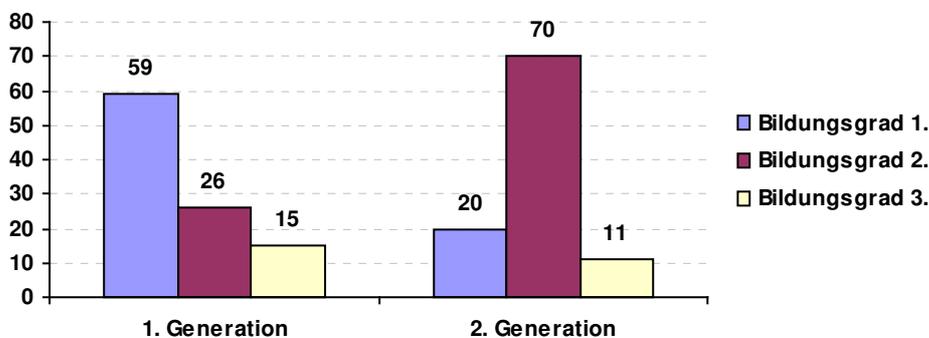


Bei den Schullabschlüssen wies die erste Generation mit einer Verteilung von 59% (n=85) der Patienten/innen beim ersten Bildungsgrad, 26% (n=37) beim zweiten Bildungsgrad und 15% (n=22) beim dritten Bildungsgrad ein deutlich niedrigeres Niveau auf als die zweite Generation

mit einer Verteilung von 20% (n=26) beim ersten Bildungsgrad, 70% (n=91) beim zweiten und 11% (n=14) beim dritten.

Wenn man den hohen Anteil an Unter-30-jährigen berücksichtigt, die sich zum Teil noch innerhalb der Schullaufbahn befinden dürften und somit den Abschluss des jeweiligen höheren Bildungsgrades zu diesem Zeitpunkt noch nicht erreicht hatten, wird die Diskrepanz im Bildungsniveau der beiden Generationen noch deutlicher. Auf der anderen Seite nähert sich die zweite Generation zwar dem Bildungsniveau der deutschen Patienten an, was als Zeichen der Akkulturation aufgefasst werden kann, bleibt aber weiter deutlich unterhalb von diesem.

Abb. 4.13: Verteilung nach Bildungsgrad innerhalb der Migrantengenerationen (Angaben in Prozent)



4.1.3 Hauptbeschwerden der ausgewerteten Studienpopulation

Unter den Hauptbeschwerden, die von den 635 Patienten/innen als Grund für das Aufsuchen der Notfallambulanz angegeben wurden, machten die abdominalen Beschwerden mit 29% (n=181) die größte Patientengruppe aus. Thorakale Beschwerden hatten 22% (n=141) der Patienten/innen. Damit machte diese Beschwerdegruppe den zweitgrößten Anteil aus. Es folgten mit 7% (n=46) die Kreislaufbeschwerden und Synkopen, mit 6% (n=39) die Kopfschmerzbeschwerden, mit ebenfalls 6% (n=38) die Beschwerden des Allgemeinzustandes und mit 4% (n=28) die neurologischen und muskulären Beschwerden. 23% (n=146) der Patienten/innen hatte andere Beschwerden, die nicht diesen Kategorien zugeordnet waren. Bei 17 Patienten/innen lagen keine Daten zu den Beschwerden vor.

Tab. 4.3: Verteilung der Beschwerdegruppen

Hauptbeschwerdekategorie	Patientenzahl	Prozent
Gesamt	635	100
Abdominale Beschwerden	181	29
Thorakale Beschwerden	140	22
Kreislaufbeschwerden/Synkopen	46	7
Kopfschmerzbeschwerden	39	6
Beschwerden des Allgemeinzustandes/Fieber	38	6
Neurologische/Muskuläre Beschwerden	28	4
Andere Beschwerden	146	23
Keine Angaben	17	3

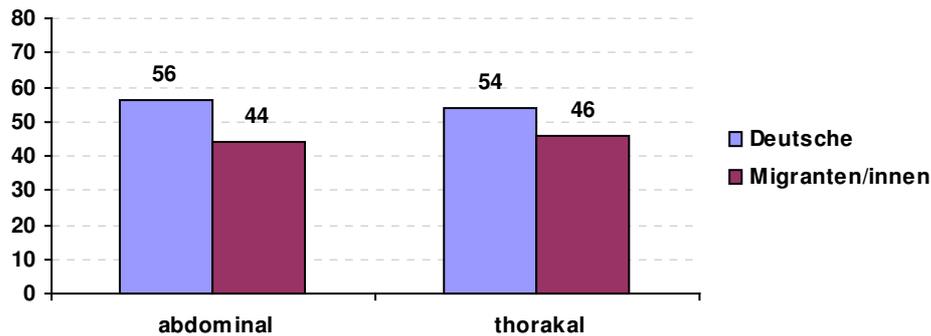
Da lediglich die Gruppe der abdominalen und die der thorakalen Beschwerden eine sinnvoll auswertbare Patientenzahl aufweisen, werden im Folgenden auch nur diese beiden Gruppen auf Unterschiede der subjektiven Krankheitstheorien hin verglichen.

4.1.3.1 Unterschiede zwischen den Gruppen mit abdominalen und thorakalen Beschwerden

Von den 635 Patienten/innen gaben 29% (n=181) abdominale, 22% (n=140) thorakale und 47% (n=297) andere Beschwerden als Hauptbeschwerdegrund für ihren Besuch einer Notfallambulanz an. Bei 17 Patienten/innen lagen keine Daten zu den angegebenen Hauptbeschwerden vor.

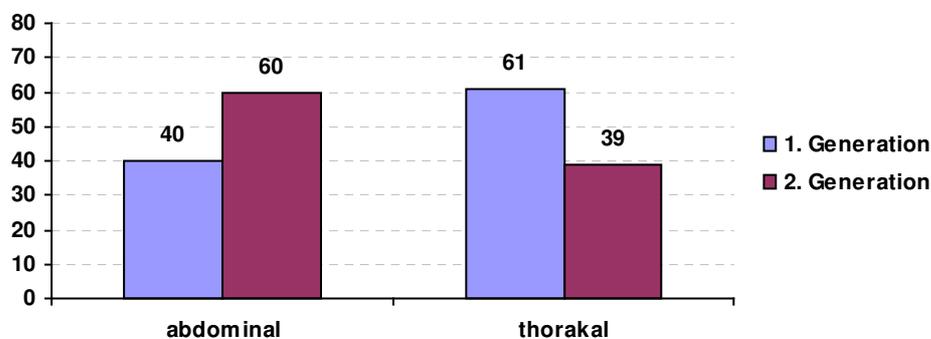
In der Gruppe der abdominalen Beschwerden waren 56% (n=101) der Patienten/innen deutscher Herkunft und 44% (n=80) stammten aus muslimisch geprägten Ländern. Bei der thorakalen Beschwerdegruppe waren 54% (n=76) deutsche Patienten/innen und 46% (n=64) Migranten/innen. Somit ähnelten sich die Ethnizitätsverhältnisse weitestgehend in den beiden Beschwerdegruppen.

Abb. 4.14: Verteilung nach Ethnizität innerhalb der Beschwerdearten (Angaben in Prozent)



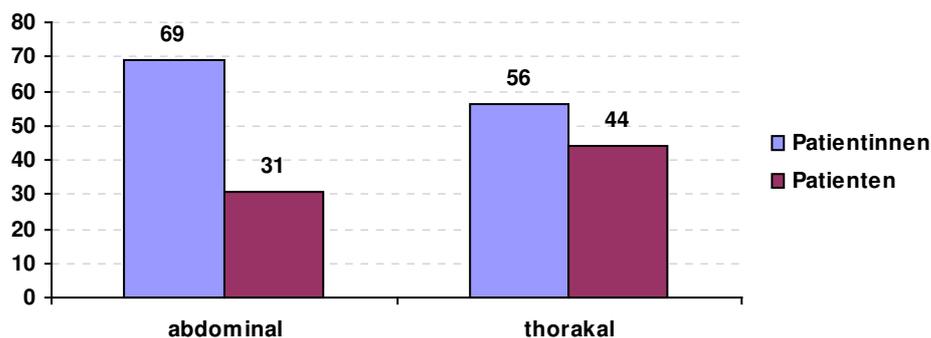
Die erste Migrantengeneration war mit 40% (n=32) im Vergleich zu der zweiten Generation mit 60% (n=48) in der abdominalen Beschwerdegruppe deutlich schwächer vertreten als in der thorakalen, in der die erste Generation mit 61% (n=39) im Vergleich zur zweiten Generation mit 39% (n=25) überwog. Diese unterschiedliche Generationsverteilung bei abdominalen und thorakalen Beschwerden lag sicherlich an der verschiedenen Verteilung der Altersgruppen auf die jeweiligen Beschwerdegruppen.

Abb. 4.15: Verteilung nach Migrantengenerationen innerhalb der Beschwerdearten (Angaben in Prozent)



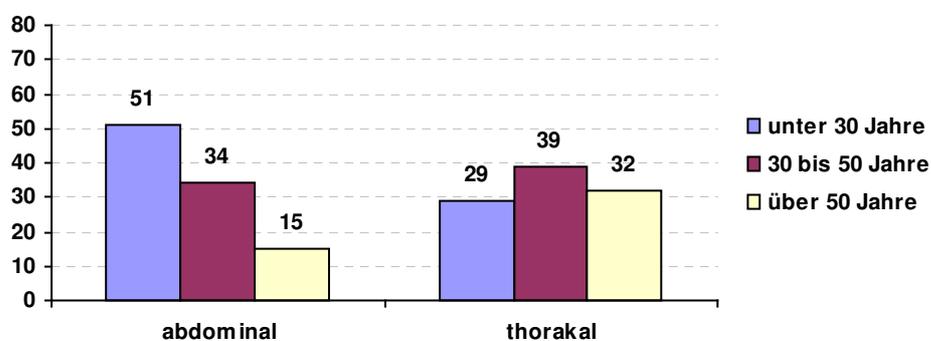
In der abdominalen Beschwerdegruppe machte der Frauenanteil 69% (n=125) aus, der Männeranteil betrug hier 31% (n=56). Im Vergleich dazu war der Frauenanteil bei den thorakalen Beschwerden mit 56% (n=79) geringer. Der Männeranteil betrug hier 44% (n=61).

Abb. 4.16: Verteilung nach Geschlecht innerhalb der Beschwerdearten (Angaben in Prozent)



Die Patienten/innen der abdominalen Beschwerdegruppe waren mit einer Verteilung von 51% (n=92) der Patienten/innen auf die Altersgruppe der Unter-30-jährigen sowie 34% (n=62) auf die der 30-bis-50-jährigen und 15% (n=27) auf die der Über-50-jährigen jünger als die Patienten/innen in der Gruppe der thorakalen Beschwerden, in der eine Verteilung von 29% (n=40) auf die Altersgruppe der Unter-30-jährigen sowie 39% (n=55) auf die der 30-bis-50-jährigen und 32% (n=45) auf die der Über-50-jährigen vorlag.

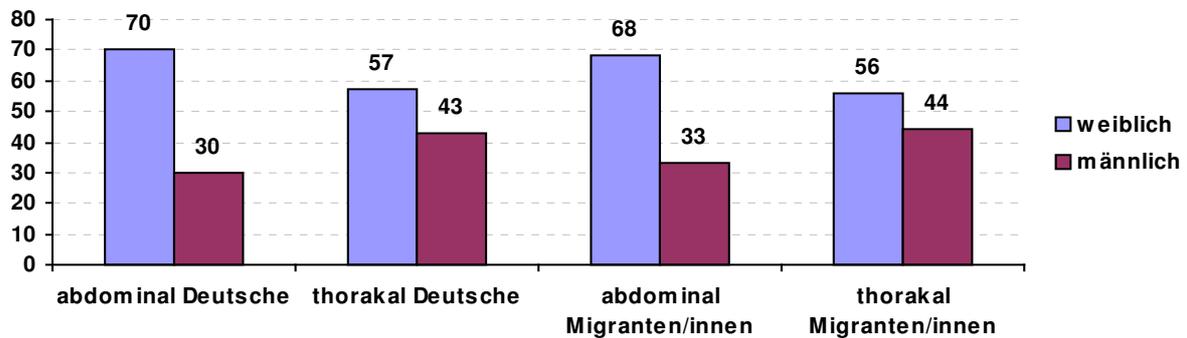
Abb. 4.17: Verteilung nach Altersgruppen innerhalb der Beschwerdearten (Angaben in Prozent)



In der abdominalen Beschwerdegruppe war der Frauenanteil bei den deutschen Patienten/innen mit 70% (n=71) zu 30% (n=30) Männer ähnlich groß wie bei den Migranten/innen mit 68% (n=54) Patientinnen und 33% (n=26) Patienten.

Gleiches galt für die thorakalen Beschwerden, wo die Geschlechterverteilung bei den Deutschen 57% (n=43) Patientinnen zu 43% (n=33) Patienten und bei den Migranten/innen 56% (n=36) Patientinnen zu 44% (n=28) Patienten ausmachte.

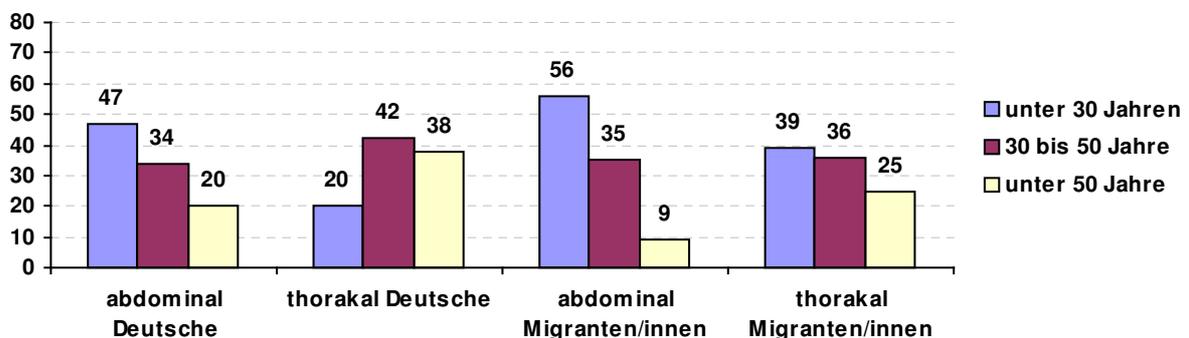
Abb. 4.18: Verteilung nach Geschlecht innerhalb der Ethnizitäten und der Beschwerdearten (Angaben in Prozent)



Sowohl bei den abdominalen als auch bei den thorakalen Beschwerden waren die deutschen Patienten/innen tendenziell älter als die Migranten/innen. Bei den abdominalen Beschwerden verteilten sich die Deutschen mit 47% (n=47) auf die Altersgruppe unter 30 Jahren, mit 34% (n=34) auf die von 30 bis 50 Jahren und mit 20% (n=20) auf die über 50 Jahren. Bei den Migranten/innen lag eine Verteilung von 56% (n=45) auf die Altersgruppe unter 30, von 35% (n=28) auf die von 30 bis 50 und von 9% (n=7) auf die über 50 vor.

In der thorakalen Beschwerdegruppe lautete die Verteilung bei den Deutschen: 20% (n=15) der Patienten/innen unter 30, 42% (n=42) von 30 bis 50 und 38% (n=39) über 50. Bei den Migranten/innen lautete sie: 39% (n=25) unter 30, 36% (n=23) von 30 bis 50 und 25% (n=16) über 50.

Abb. 4.19: Verteilung nach Altersgruppen innerhalb der Ethnizitäten und der Beschwerdearten (Angaben in Prozent)



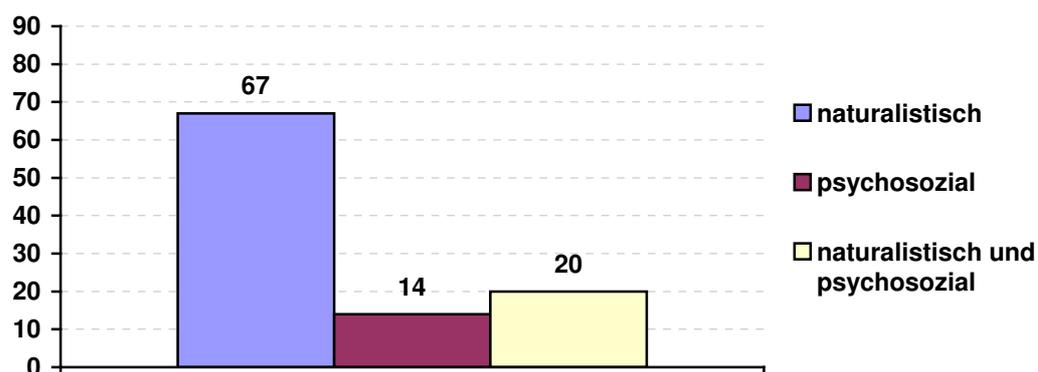
4.2 Subjektive Krankheitskonzepte

4.2.1 Unterschiede in den Kategorien der Ursachenvorstellungen

Von den 635 Patienten/innen der ausgewerteten Studienpopulation machten 548 Patienten/innen Angaben zu ihren beschwerdebezogenen Ursachenvorstellungen. Das entspricht 86% der Studienpopulation.

Von diesen 548 Patienten/innen mit Angaben zu möglichen Ursachen ihrer Beschwerden, gab die Mehrheit mit 67% (n=365) alleinig Ursachen an, die der naturalistischen Kategorie zugeordnet werden konnten. Immerhin 14% (n=76) der Patienten/innen sahen in ihren Antworten die Beschwerdeursachen ausschließlich in psychosozial kategorisierbaren Aspekten begründet. 20% (n=107) gaben sowohl naturalistisch als auch psychosozial kategorisierbare Ursachen für ihre Beschwerden an.

Abb. 4.20: Ursachenvorstellungen (Angaben in Prozent)



4.2.1.1 Ethnizitätsbezogene Unterschiede

Von den Deutschen machten 311 Patienten/innen und von den Migrantinnen/innen 237 Patienten/innen Angaben zu ihren Ursachenvorstellungen.

Die deutschen Patienten/innen äußerten zu 71% (n=220) ausschließlich naturalistische Ursachenvorstellungen. 12% (n=36) gaben nur psychosoziale Ursachen an und 18% (n=55) gaben sowohl psychosoziale als auch naturalistische Gründe für ihre Beschwerden an.

Die Migrantinnen/innen sahen in ihren Antworten zu 61% (n=145) alleinig naturalistische Beschwerdeursachen. 17% (n=40) äußerten ausschließlich psychosoziale Vorstellungen und 22% (n=52) gaben sowohl psychosoziale als auch naturalistische Ursachen an. (Abb. 4.21.)

Damit deutete sich in der Kreuztabelle über die korrigierten Residuen - die Werte über zwei Annahmen - bereits Unterschiede in den Ursachenvorstellungen von deutschen Patienten/innen und Migranten/innen an, weshalb wir mittels der binären logistischen Regression eine multivariate Auswertung durchführten. Als abhängige Variable definierten wir die Ethnizität und als Kovariablen die Ursachenvorstellungen, das Geschlecht, die Altersgruppen und die Hauptbeschwerdearten. Untersucht werden sollte der Zusammenhang zwischen der abhängigen Variablen und den Kovariablen, bzw. die Vorhersagewahrscheinlichkeit der Ethnizität durch die oben genannten Einflussvariablen. Der Trennwert wurde dem prozentualen Anteil der Migranten/innen entsprechend bei 0,43 festgelegt.

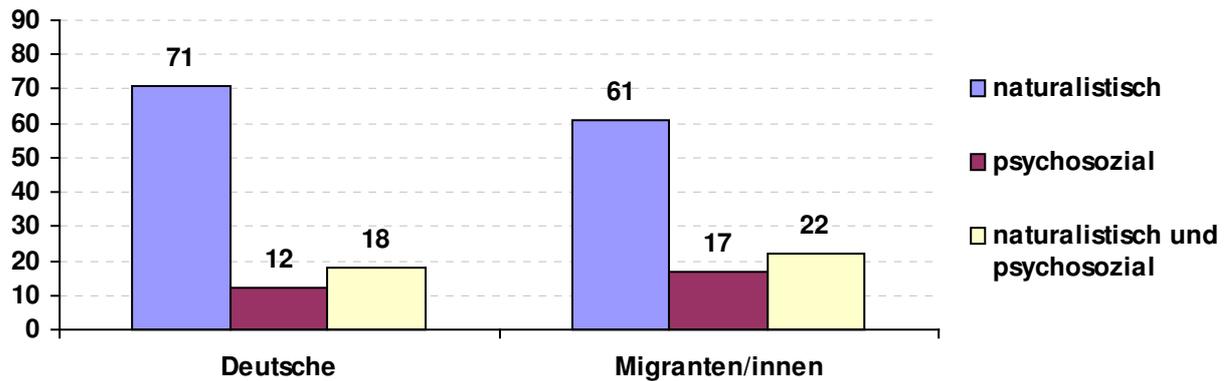
Hierbei ergab sich lediglich für die beiden Einflussvariablen Alter und Ursachenvorstellung eine signifikante Erhöhung der Vorhersagewahrscheinlichkeit der abhängigen Variablen Ethnizität. Bei einem Ausgangswert von 44% richtig Vorhergesagter bzw. richtig Positiver wurde die Vorhersagewahrscheinlichkeit durch die Berücksichtigung der Altersgruppen auf 58,3% erhöht, was bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 1% ($p < 0,01$) eine signifikante Verbesserung der richtigen Vorhersagen darstellte. Dabei wurden durch die Altersgruppen nach Nagelkerke 3,5% der Varianz erklärt. Bei Hinzunahme der Ursachenvorstellungen erhöhte sich der Anteil der richtigen Vorhersagen auf 58,8%, was bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 2% ($p = 0,02$) ebenfalls eine signifikante Verbesserung darstellte. Altersgruppen und Ursachenvorstellung zusammen erklärten nach Nagelkerke 5,4% der Varianz.

Das bedeutet, dass Geschlecht und Hauptbeschwerdeart keinen Zusammenhang mit der Ethnizität aufwiesen. Der größte Zusammenhang bestand zwischen der Altersgruppe und der Ethnizität. Aber auch die Ursachenvorstellungen wiesen einen unabhängigen Zusammenhang mit der Ethnizität auf. Allerdings war dieser Zusammenhang trotz eines signifikanten Niveaus bei einer Erhöhung der Vorhersagewahrscheinlichkeit von lediglich 0,5% nur im geringen Maße unabhängig von der Altersgruppe zu sehen.

Im Weiteren untersuchten wir die jeweiligen Vergleichsgruppen mittels der Vier-Felder-Kreuztabelle und dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson auf signifikant ($p = 0,05$) unterschiedliche Neigungen zu ausschließlich naturalistisch oder alleinig psychosozial kategorisierbaren Ursachenvorstellungen.

Hierbei ergaben sich zwischen den deutschen Patienten/innen und den Migranten/innen ebenfalls signifikante Unterschiede. Die deutschen Patienten/innen gaben häufiger ausschließlich naturalistische Ursachen für ihre Beschwerden an als die Migranten/innen, während diese öfter zu alleinig psychosozialen Gründen tendierten als die deutschen Vergleichsgruppe.

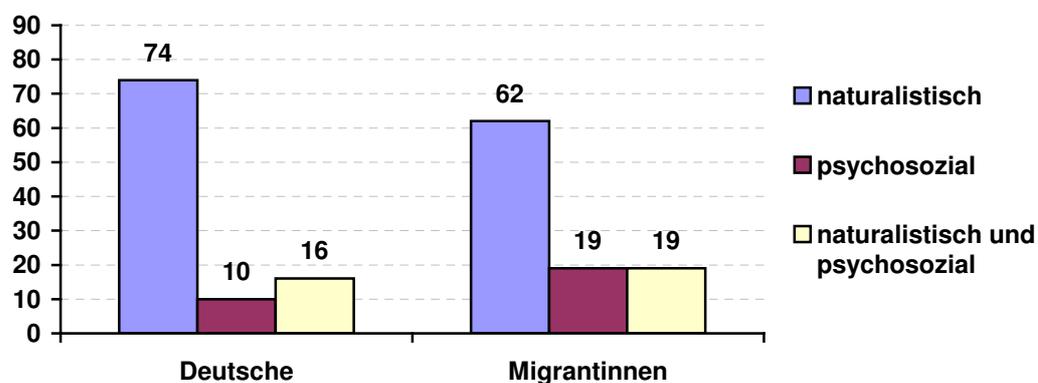
Abb. 4.21: Ursachenvorstellungen differenziert nach Ethnizität (Angaben in Prozent)



Bei einer Unterteilung der beiden Patientengruppen nach Geschlechtern war der Unterschied zwischen den Ursachenvorstellungen bei den Patientinnen noch ausgeprägter. 74% (n=134) der deutschen Patientinnen äußerten ausschließlich naturalistische Ursachen, 10% (n=18) sahen in ihren Antworten alleinig psychosoziale Aspekte als ursächlich an und 16% (n=28) waren der Meinung, dass sowohl naturalistische als auch psychosoziale Ursachen für ihre Beschwerden verantwortlich seien. Die Migrantinnen hingegen waren nur zu 62% (n=93) der Auffassung, dass ihre Beschwerden ausschließlich in naturalistischen Ursachen begründet waren, 19% (n=28) gaben nur psychosoziale Ursachen an und ebenfalls 19% (n=28) sahen sowohl naturalistische als auch psychosoziale Ursachen.

Damit unterschieden sich die Neigungen der deutschen Patientinnen und der Migrantinnen zu den ausschließlich psychosozial oder alleinig naturalistisch kategorisierbaren Ursachenvorstellungen wiederum signifikant ($p=0,05$).

Abb. 4.22: Ursachenvorstellungen der Patientinnen differenziert nach Ethnizität (Angaben in Prozent)



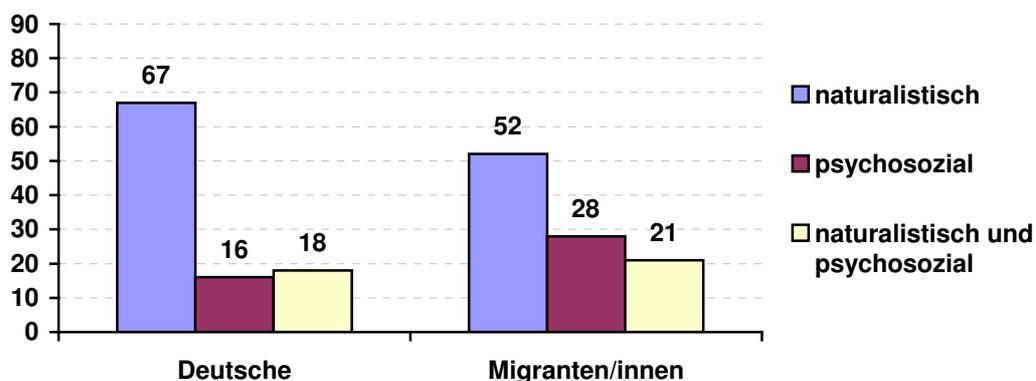
Bei den männlichen Patienten wiesen die Unterschiede dagegen keine signifikantes Niveau auf, was teilweise durch die geringe Probandenzahl erklärbar ist. Auf eine ausführliche Darstellung wird hier deshalb verzichtet.

Unterteilt nach Altersgruppen ergaben sich lediglich bei der Altersklasse der 30-bis-50-jährigen signifikante Unterschiede zwischen den deutschen Patienten/innen und den Migranten/innen.

Hier gaben die deutschen Patienten/innen zu 67% (n=84) alleinig naturalistische Ursachen an, 16% (n=20) urteilten rein psychosozial und 18% (n=22) sowohl naturalistisch als auch psychosozial. Die Migranten/innen tendierten mit 52% (n=45) zu der ausschließlich naturalistischen Kategorie, mit 28% (n=24) zu der alleinig psychosozialen und mit 21% (n=18) zu der naturalistisch und psychosozial gemischten Kategorie. Damit waren auch hier die Unterschiede in der Neigung zur rein naturalistischen oder rein psychosozialen Kategorie signifikant ($p=0,05$).

Bei den beiden Altersgruppen unter 30 und über 50 ergaben sich aufgrund der kleinen Probandenanzahl keine signifikanten Unterschiede.

Abb. 4.23: Ursachenvorstellungen der 30- bis 50-jährigen Patienten/innen differenziert nach Ethnizität (Angaben in Prozent)



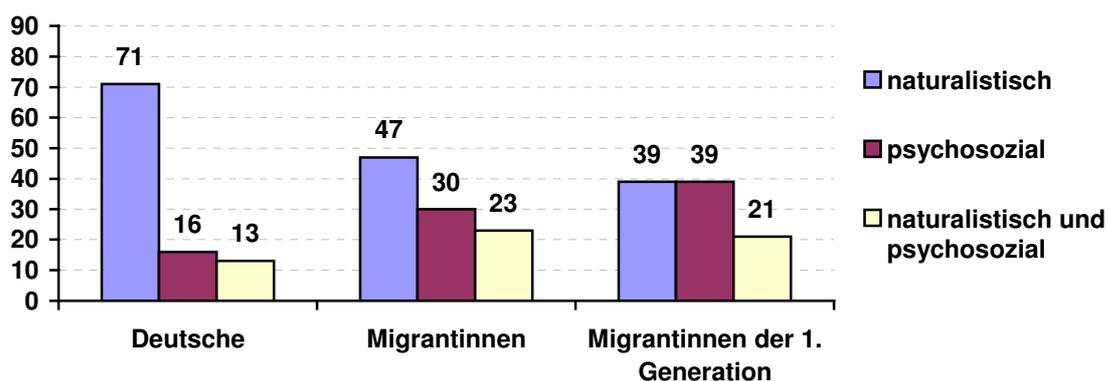
Schichtet man die beiden Gruppen der deutschen Patienten/innen und der Migranten/innen sowohl nach Geschlecht als auch nach Alter, bestanden bei den Frauen der Altersgruppe von 30 bis 50 Jahren signifikante Unterschiede ($p=0,05$).

Die deutschen Patientinnen urteilten in dieser Untergruppe zu 71% (n=48) nur naturalistisch, zu 16% (n=11) alleinig psychosozial und zu 13% (n=9) sowohl naturalistisch als auch psychosozial und ähnelten damit der Verteilung der Ursachenvorstellungen des Gesamtkollektivs, wohingegen die Migrantinnen in dieser Untergruppe nur zu 47% (n=25) rein naturalistische Ursachen

annahmen, zu immerhin 30% (n=16) ausschließlich psychosoziale und zu 23% (n=12) sowohl naturalistische als auch psychosoziale Gründe angaben.

Beim Vergleich lediglich der Migrantinnen der ersten Generation von 30 bis 50 Jahren mit der Gruppe der deutschen Patientinnen von 30 bis 50 Jahren wird diese unterschiedliche Neigung zur rein naturalistischen und zur rein psychosozialen Kategorie trotz der kleinen Probandenanzahl noch deutlicher ($p=0,01$). Hier weisen die Migrantinnen der ersten Generation eine Verteilung von 39% (n=11) auf die rein naturalistische, von ebenfalls 39% (n=11) auf die rein psychosoziale und von 21% (n=6) auf die naturalistische und psychosoziale Ursachenkategorie auf. Das bedeutet, dass in dieser Untergruppe die Patientinnen genauso häufig mit rein naturalistischen Ursachenvorstellungen in die Rettungsstelle kamen wie mit alleinig psychosozialen Vorstellungen.

Abb. 4.24: Ursachenvorstellungen der 30- bis 50-jährigen Patientinnen differenziert nach Ethnizität (Angaben in Prozent)



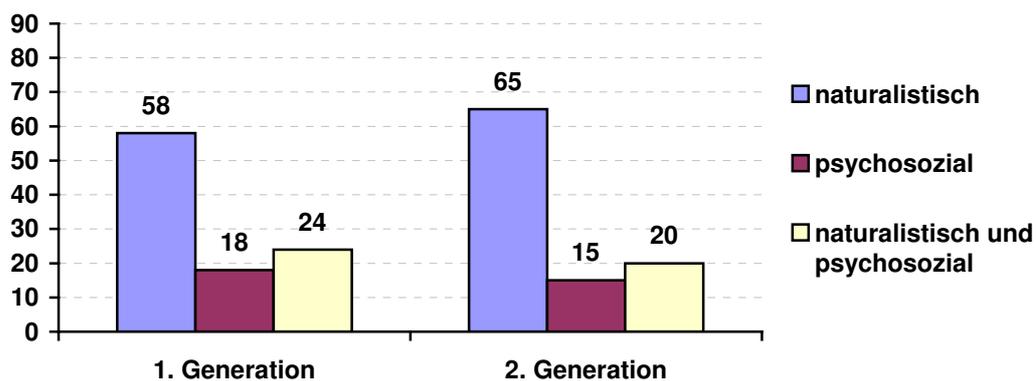
Bei einer Unterteilung der deutschen Patientengruppe und der Gruppe der Migranten/innen nach Beschwerdearten ergaben sich für einen aussagefähigen Vergleich zu kleine Vergleichsgruppen. Auf eine Darstellung wird hier daher verzichtet.

Unterschiede zwischen den Migrationsgenerationen

Von den Patienten/innen der erste Migrantengeneration schrieben 58% (n=72) die Ursachen ihrer Beschwerden naturalistischen Aspekten zu, 18% (n=23) sahen alleinig psychosoziale Ursachen und 24% (n=30) gaben sowohl naturalistische als auch psychosoziale Gründe an, während die zweite Generation mit 65% (n=73) alleinig naturalistische, mit 15% (n=17) nur psychosoziale und mit 20% (n=22) naturalistische und psychosoziale Ursachen äußerte.

Damit näherte sich die zweite Generation zwar prozentual der Ursachenzuschreibung der deutschen Patienten/innen an, der Unterschied zwischen erster und zweiter Generation war aber nicht signifikant. Eine weitere Unterteilung nach Geschlecht, Altersgruppen und Beschwerdegruppen ergab ebenfalls keine signifikanten Unterschiede.

Abb. 4.25: Ursachenvorstellungen differenziert nach Migrationsgenerationen (Angaben in Prozent)



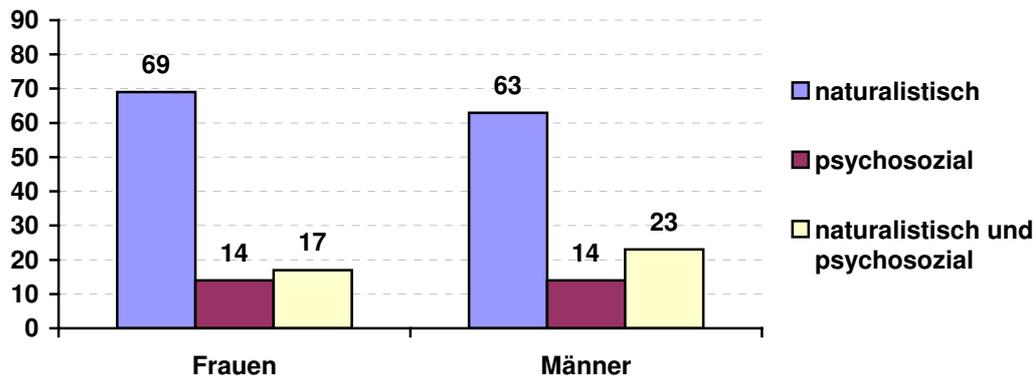
4.2.1.2 Geschlechtsbezogene Unterschiede

Die Patientinnen tendierten mit 69% (n=227) ausschließlich zur naturalistischen Kategorie, mit 14% (n=46) alleinig zur psychosozialen und mit 17% (n=56) sowohl zur naturalistischen als auch zur psychosozialen Kategorie. Von den Patienten neigten 63% (n=138) zu alleinig naturalistischen, 14% (n=30) zu ausschließlich psychosozialen und 23% (n=51) zu naturalistischen und psychosozialen Ursachenvorstellungen.

Da sich in der Kreuztabelle keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigte - die korrigierten Residuen nahmen lediglich Werte unter zwei an - wurde keine binäre logistische Regression bezüglich der Geschlechter durchgeführt.

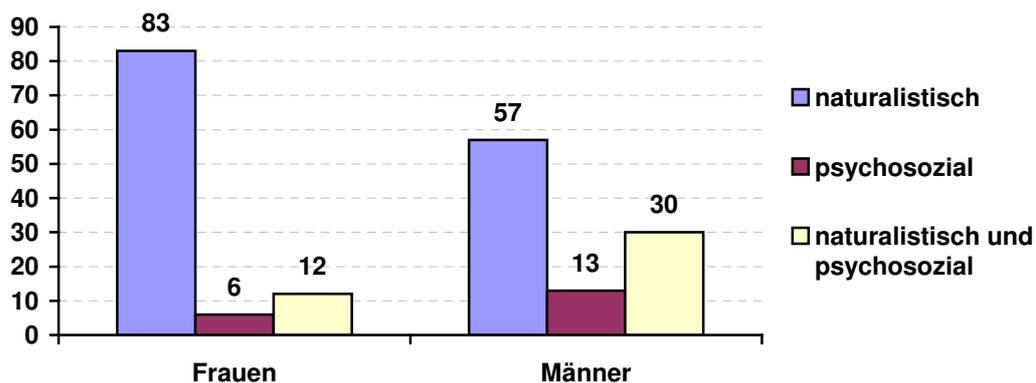
Entsprechend gab es in der Vier-Felder-Kreuztabelle der sich alleinig naturalistisch oder psychosozial äussernden Patientengruppen ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Auch bei einer weiteren Unterteilung nach Ethnizität und Altersgruppen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Abb. 4.26: Ursachenvorstellungen differenziert nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Bei der Unterteilung nach Beschwerdegruppen fiel allerdings auf, dass die Patientinnen mit abdominalen Beschwerden zu 83% (n=86) alleinig naturalistische Ursachen angaben, nur zu 6% (n=6) alleinig psychosoziale und zu 12% (n=12) sowohl naturalistische als auch psychosoziale. Die Männer hingegen äußerten lediglich zu 57% (n=30) ausschließlich naturalistische, zu 13% (n=7) alleinig psychosoziale und zu 30% (n=16) naturalistische und psychosoziale Beschwerdeursachen. Damit gaben die Patientinnen signifikant ($p=0,05$) häufiger nur naturalistische Ursachen an als die Patienten, die wiederum stärker zu der psychosozialen Kategorie tendierten als die Frauen.

Abb. 4.27: Ursachenvorstellungen der Patienten/innen mit abdominalen Beschwerden differenziert nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



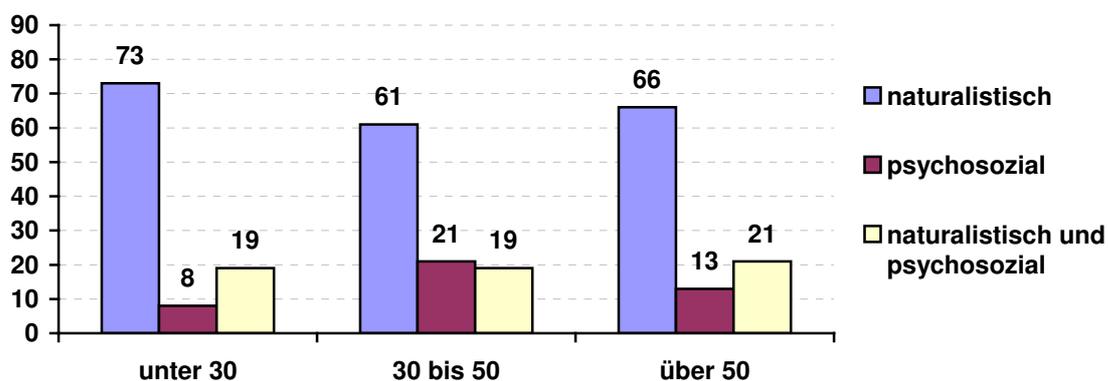
In der Gruppe der thorakalen Beschwerden gab es aufgrund der niedrigen Probandenzahl keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

4.2.1.3 Altersbezogene Unterschiede

Innerhalb der Altersgruppen tendierten die Unter-30-jährigen mit 73% (n=151) alleinig zur naturalistischen, mit 8% (n=16) ausschließlich zur psychosozialen und mit 19% (n=40) zur psychosozialen und zur naturalistischen Kategorie der Ursachenvorstellung. Die 30-bis-50-jährigen gaben zu 61% (n=129) ausschließlich naturalistische, zu 21% (n=44) alleinig psychosoziale und zu 19% (n=40) sowohl naturalistische als auch psychosoziale Ursachen an. Von den Über-50-jährigen äußerten 66% (n=85) nur naturalistische, 13% (n=16) ausschließlich psychosoziale und 21% (n=27) sowohl naturalistische als auch psychosoziale Gründe.

Damit unterschied sich die Gruppe der Unter-30-jährigen mit einer größeren Tendenz zu rein naturalistisch kategorisierbaren Ursachenvorstellungen signifikant ($p=0,05$) von der Gruppe der 30-bis-50-jährigen mit einer entsprechend größeren Tendenz zu der alleinig psychosozialen Kategorie.

Abb. 4.28: Ursachenvorstellungen differenziert nach Altersgruppen (Angaben in Prozent)

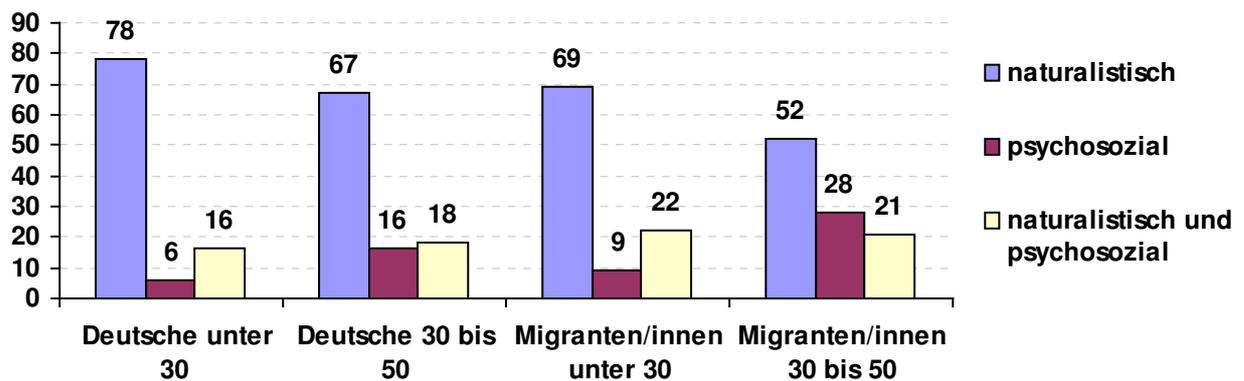


Dieser Unterschied zwischen den Unter-30-jährigen und den 30- bis 50-jährigen Patienten/innen bezüglich der alleinig naturalistischen und der alleinig psychosozialen Kategorie blieb sowohl bei einer Schichtung nach Ethnizität als auch bei einer Schichtung nach Geschlecht auf einem signifikanten Niveau ($p=0,05$) erhalten.

Die deutschen Patienten/innen unter 30 sahen in ihren Antworten zu 78% (n=77) die Ursachen ihrer Beschwerden in alleinig naturalistischen, zu 6% (n=6) in ausschließlich psychosozialen und zu 16% (n=16) in naturalistischen und psychosozialen Gründen. Die 30-bis-50-jährigen gaben mit 67% (n=84) nur naturalistische, mit 16% (n=20) nur psychosoziale und mit 18% (n=22) sowohl naturalistische als auch psychosoziale Ursachen an.

Bei den Migranten/innen war der Unterschied noch deutlicher. Sie verteilten sich bei den Unter-30-jährigen zu 69% (n=74) auf nur naturalistische, zu 9% (n=10) auf alleinig psychosoziale und zu 22% (n=24) auf naturalistische und psychosoziale Ursachenvorstellungen sowie bei den 30-bis-50-jährigen zu 52% (n=45) auf nur naturalistische, zu 28% (n=24) auf nur psychosoziale und zu 21% (n=18) auf naturalistisch und psychosozial gemischte Ursachenvorstellungen.

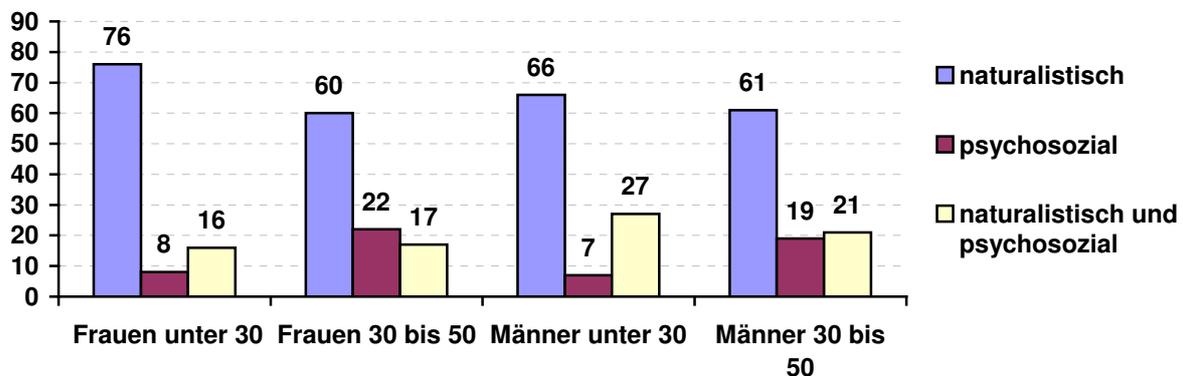
Abb. 4.29: Ursachenvorstellungen der deutschen Patienten/innen und der Migranten/innen differenziert nach Altersgruppen (Angaben in Prozent)



Die Frauen unter 30 Jahren wiederum schrieben ihre Beschwerden mit 76% (n=11) ausschließlich naturalistischen, mit 8% (n=12) alleinig psychosozialen und mit 16% (n=23) sowohl naturalistischen als auch psychosozialen Gründen zu, während die Frauen zwischen 30 und 50 Jahren zu 60% (n=73) von rein naturalistischen, zu 22% (n=27) von alleinig psychosozialen und zu 17% (n=21) von naturalistischen und psychosozialen Ursachen ausgingen.

Bei den Männern war der prozentuale Unterschied etwas weniger deutlich. Hier gingen die Unter-30-jährigen mit 66% (n=41) von ausschließlich naturalistischen, mit 7% (n=4) von alleinig psychosozialen und mit 27% (n=17) von naturalistisch und psychosozial gemischten Ursachen aus. Von den 30-bis-50-jährigen Männern gaben 61% (n=56) nur naturalistische, 19% (n=17) nur psychosoziale und 21% (n=19) sowohl psychosoziale als auch naturalistische Ursachen an.

Abb. 4.30 Ursachenvorstellungen der weiblichen und der männlichen Patienten differenziert nach Altersgruppen (Angaben in Prozent)



Bei einer gleichzeitigen Schichtung nach Ethnizität und Geschlecht waren die Unterschiede zwischen den Altersgruppen zwar noch bei den Patientinnen beider ethnischen Gruppen signifikant, auf eine ausführliche Darstellung wird aber an dieser Stelle verzichtet.

Eine Unterteilung nach Beschwerdegruppen ergab bei den Altersgruppen wegen der niedrigen Probandenzahl keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ursachenvorstellungen.

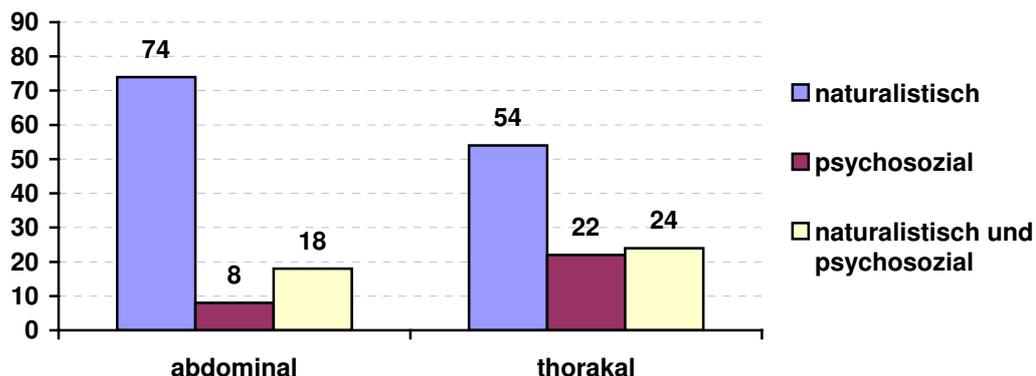
4.2.1.4 Beschwerdebezogene Unterschiede

Von der Gruppe der Patienten/innen mit abdominalen Beschwerden machten 157 Probanden/innen Angaben zu ihren Ursachenvorstellungen. Von diesen sahen 74% (n=116) die Ursachen ihrer Beschwerden in ausschließlich naturalistischen Gründen, 8% (n=13) gaben alleinig psychosoziale und 18% (n=28) sowohl naturalistische als auch psychosoziale Ursachen an.

Von den 126 Patienten/innen, die sich zu den Ursachen ihrer thorakalen Beschwerden äußerten, gaben nur 54% (n=68) ausschließlich naturalistische Gründe an, 22% (n=28) äußerten alleinig psychosoziale und 24% (n=30) naturalistische und psychosoziale Ursachen.

Damit waren die Unterschiede in der Tendenz der Patienten/innen zu ausschließlich naturalistischen oder psychosozialen Ursachenvorstellungen zwischen den beiden Beschwerdegruppen signifikant ($p=0,01$).

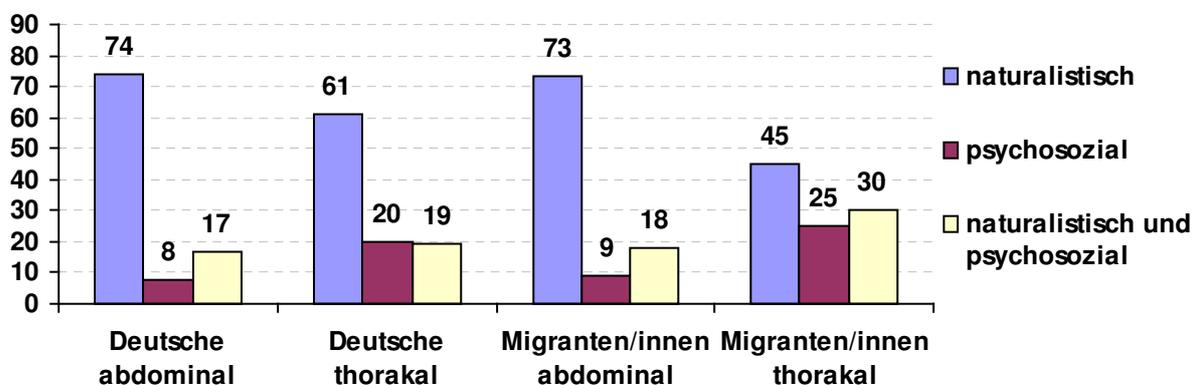
Abb. 4.31: Ursachenvorstellungen differenziert nach Beschwerdeart (Angaben in Prozent)



Wurden die beiden Beschwerdegruppen nach der Ethnizität unterteilt, blieben die Unterschiede bezüglich der Ursachenvorstellungen sowohl bei den deutschen Patienten/innen als auch bei den Migranten/innen signifikant ($p=0,05$).

Die deutschen Patienten/innen mit abdominalen Beschwerden gaben zu 74% ($n=64$) nur naturalistische, zu 8% ($n=7$) nur psychosoziale und zu 17% ($n=15$) naturalistische und psychosoziale Ursachen an, während sie bei den thorakalen Beschwerden zu 61% ($n=43$) alleinig naturalistische, zu 20% ($n=14$) nur psychosoziale und zu 19% ($n=13$) naturalistische und psychosoziale Gründe vorliegen sahen. Die Migranten/innen wiederum gaben als Ursachen für ihre abdominalen Beschwerden zu 73% ($n=52$) nur naturalistische, zu 9% ($n=6$) nur psychosoziale und zu 18% ($n=13$) naturalistische und psychosoziale Gründe an, während sie für ihre thorakalen Beschwerden zu 45% ($n=25$) alleinig naturalistische, zu 25% ($n=14$) nur psychosoziale und zu 30% ($n=17$) naturalistische und psychosoziale Ursachen annahmen.

Abb. 4.32: Ursachenvorstellungen differenziert nach Beschwerdeart (Angaben in Prozent)

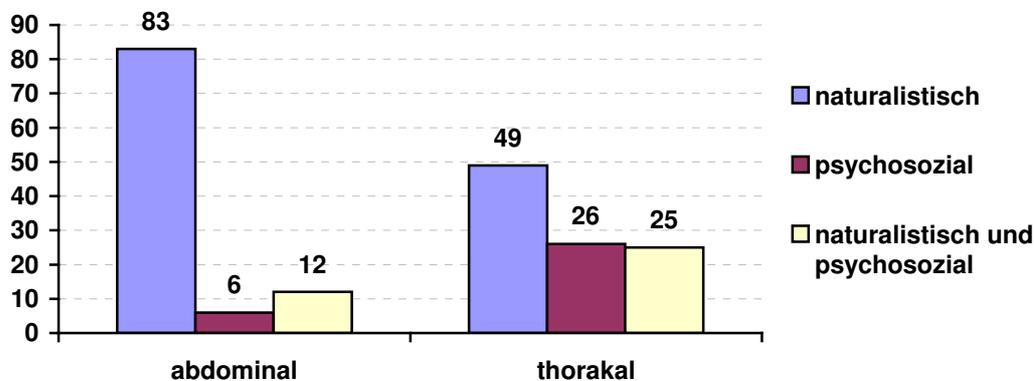


Bei einer Differenzierung nach Geschlecht waren die Unterschiede bei den Ursachenvorstellungen zwischen den Beschwerdegruppen nur bei den weiblichen Patienten

signifikant ($p=0.01$). Deshalb werden hier nur die weiblichen Ursachenvorstellungen gesondert dargestellt.

Die Frauen mit abdominalen Beschwerden gaben mit 83% ($n=86$) nur naturalistische, mit 6% ($n=6$) alleinig psychosoziale und mit 12% ($n=12$) naturalistische und psychosoziale Ursachen an, während sie bei thorakalen Beschwerden zu 49% ($n=34$) alleinig naturalistische, zu 26% ($n=18$) ausschließlich psychosoziale und zu 25% ($n=17$) naturalistische und psychosoziale Gründe für ursächlich hielten.

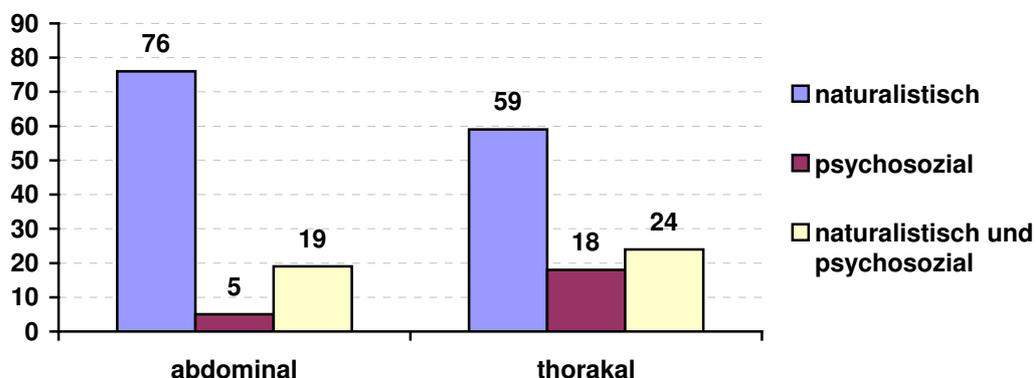
Abb. 4.33: Ursachenvorstellungen der Patientinnen differenziert nach Beschwerdeart (Angaben in Prozent)



Bei einer Unterteilung nach Altersgruppen waren die Unterschiede der Ursachenvorstellungen zwischen der abdominalen und der thorakalen Beschwerdegruppe aufgrund der nur kleinen Probandenzahl nur in der Gruppe der Unter-30-jährigen groß genug, um signifikant ($p=0,05$) zu sein, weshalb hier auch nur diese Ergebnisse dargestellt werden.

Von den Unter-30-jährigen Patienten/innen mit abdominalen Beschwerden sahen 76% ($n=59$) die Ursachen in ausschließlich naturalistischen Gründen, 5% ($n=4$) in alleinig psychosozialen und 19% ($n=15$) in naturalistischen und psychosozialen. Die Unter-30-jährigen Patienten/innen mit thorakalen Beschwerden gaben zu 59% ($n=20$) nur naturalistische, zu 18% ($n=6$) nur psychosoziale und zu 24% ($n=8$) sowohl naturalistische als auch psychosoziale Ursachen an.

Abb. 4.34: Ursachenvorstellungen der Unter-30-jährigen Patienten/innen differenziert nach Beschwerdeart (Angaben in Prozent)

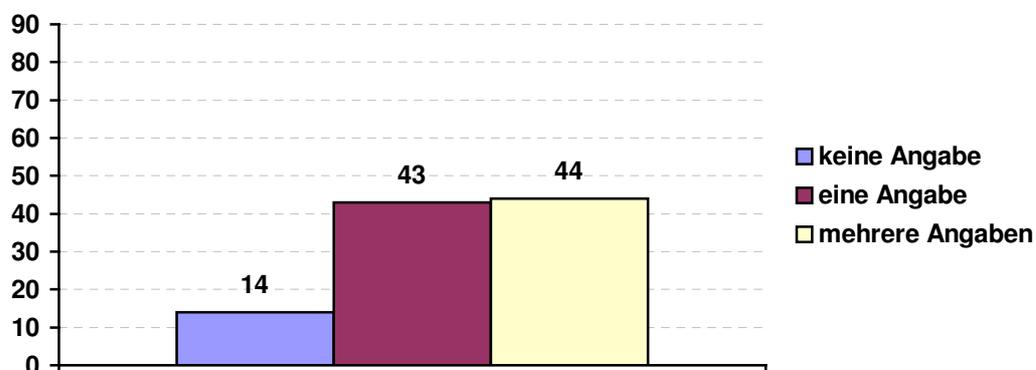


Wurden die beiden Gruppen gleichzeitig nach Ethnizität, Geschlecht und Altersgruppen geschichtet, waren aufgrund der sehr kleinen Vergleichsgruppen die Ergebnisse nur noch bei den weiblichen Migrantinnen der Altersgruppen unter 30 und 30 bis 50 signifikant ($p=0,05$). Auf eine ausführliche Darstellung dieser Daten wird aber an dieser Stelle verzichtet.

4.2.2 Unterschiede in der Anzahl der Ursachenvorstellungen

Von den 635 Probanden/innen der ausgewerteten Studienpopulation gaben 14% ($n=87$) der Patienten/innen keine Antwort auf die Frage nach ihren Ursachenvorstellungen. 43% ($n=270$) Patienten/innen machten nur eine Angabe und 44% ($n=278$) gaben zwei oder mehr Ursachen für ihrer Beschwerden an.

Abb. 4.35: Anzahl der Ursachenvorstellungen (Angaben in Prozent)



Das bedeutet, dass 14% entweder spontan keine Ursachenvorstellung hatten oder aus anderen Gründen diese nicht angaben. 86% hatten Vorstellungen über mögliche Ursachen ihrer

Beschwerden und äußerten diese auch. Die Hälfte der Patienten/innen mit geäußerten Ursachenvorstellungen wiederum machte nur eine einzige Angabe zu ihren Ursachenvorstellungen und legte sich damit auf einen für sie wesentlichen Beschwerdegrund fest. Für die andere Hälfte gab es nicht einen alleinigen Grund für ihre Beschwerden. Sie gaben zwei oder mehr Antworten auf die Frage nach den möglichen Ursachen.

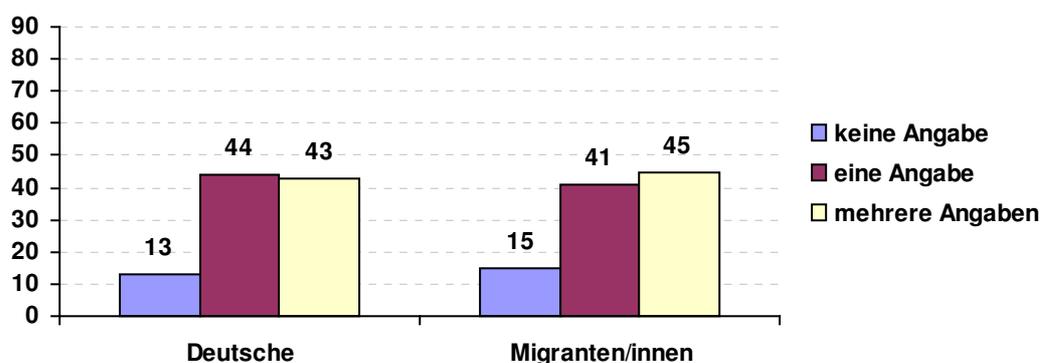
Von dieser Patientengruppe blieben 62% (n=184) in ihrem Antwortverhalten innerhalb einer Kategorie und 38% (n=111) gaben Antworten, die sich sowohl der naturalistischen als auch aus der psychosozialen Kategorie zuordnen ließen. Die Patienten/innen mit mehreren Antworten aus nur einer Kategorie äußerten zu 82% (n=151) ausschließlich naturalistische und mit 18% (n=33) alleinig psychosoziale Ursachen. Eine Unterteilung nach Ethnizität, Geschlecht, Alter oder Beschwerdeart ergab zwischen den Patienten/innen mit mehreren Antworten aufgrund der kleinen Probandenanzahl keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Aufteilung auf die verschiedenen Kategorien.

4.2.2.1 Ethnizitätsbezogene Unterschiede

Von den deutschen Patienten/innen machten 13% (n=46) keine Angaben zu ihren Ursachenvorstellungen, 44% (n=157) gaben nur einen Beschwerdegrund an und 43% (n=154) machten mehrere Angaben. Die Migranten/innen machten hier zu 15% (n=41) keine Angaben und gaben zu 41% (n=113) nur eine Antwort und zu 45% (n=124) mehrere Antworten.

Damit gab es bei der Anzahl der Ursachenvorstellungen keine signifikanten Unterschiede zwischen den deutschen Patienten/innen und den Migranten/innen.

Abb. 4.36: Anzahl der Ursachenvorstellungen differenziert nach Ethnizität (Angaben in Prozent)



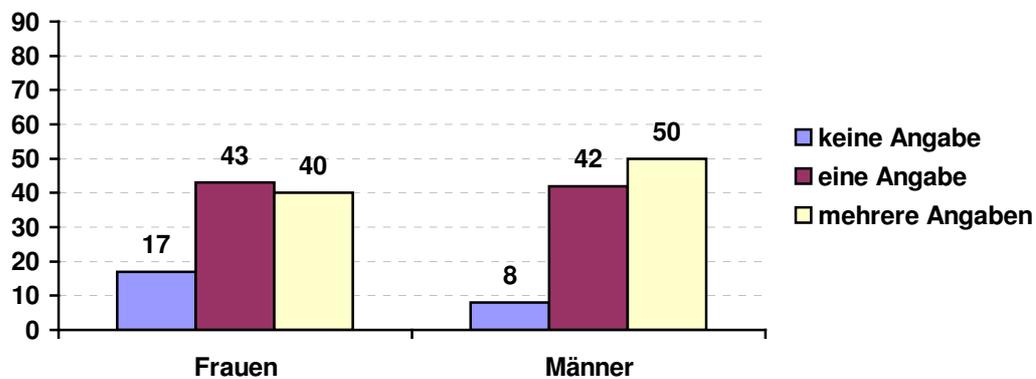
4.2.2.2 Geschlechtsbezogene Unterschiede

Von den Patientinnen machten 17% (n=69) keine Angaben zu möglichen Beschwerdeursachen, 43% (n=170) gaben nur eine Antwort und 40% (n=159) machten mehrere Angaben.

Bei den männlichen Patienten gaben nur 8% (n=18) keine Antwort, 42% (n=100) äußerten sich mit einer Antwort und 50% (n=119) machten mehrere Angaben.

Damit machten die Frauen signifikant ($p=0,01$) häufiger keine Angaben als die Männer, die im Vergleich zu den Frauen signifikant häufiger mehrere Antworten gaben.

Abb. 4.37: Anzahl der Ursachenvorstellungen differenziert nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Dieser Unterschied blieb auch bei einer weiteren Unterteilung nach der Ethnizität sowohl bei den deutschen Patienten/innen als auch bei den Migranten/innen signifikant ($p=0,05$). Die prozentualen Verteilungen entsprachen sich in beiden ethnischen Gruppen, weshalb auf eine ausführliche Darstellung verzichtet wird.

Innerhalb der Altersgruppen war nur bei den Patienten/innen unter 30 und bei denen von 30 bis 50 die Probandenzahl groß genug, um signifikante ($p=0,05$) Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu ergeben. Auch hier entsprach sich die jeweilige Verteilung auf die drei Gruppen ohne Angaben, mit einer Antwort und mit mehreren Antworten.

Bei einer Aufteilung sowohl nach Ethnizität als auch nach Altersgruppen wurden die Vergleichsgruppen zu klein, um signifikante Ergebnisse zu ergeben.

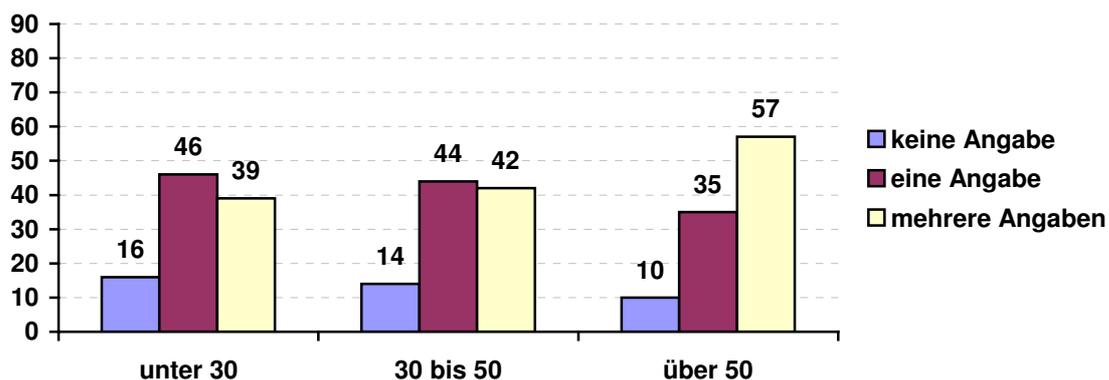
Innerhalb der Beschwerdegruppen war der Unterschied zwischen den Geschlechtern nur bei den Patienten/innen mit abdominalen Beschwerden signifikant ($p=0,05$). Er entsprachen der Verteilung der Gesamtgruppe.

4.2.2.3 Altersbezogene Unterschiede

Die Patienten/innen der Altersgruppe unter 30 machten zu 16% (n=39) keine Angaben zu den Ursachenvorstellungen und gaben zu 46% (n=112) nur eine Antwort und zu 39% (n=95) mehrere Antworten. Die Patientengruppe von 30 bis 50 äußerte sich zu 14% (n=34) nicht, 44% (n=109) gaben nur eine Antwort und 42% (n=104) mehrere. Bei der Patientengruppe über 50 gaben 10% (n=14) keine Antwort zu ihren Ursachenvorstellungen, 35% (n=49) nannten eine Ursache und 57% (n=79) mehrere.

Damit neigten die über-50-jährigen Patienten/innen signifikant ($p=0,05$) häufiger zu mehreren Antworten als die unter-30-jährigen.

Abb. 4.38: Anzahl der Ursachenvorstellungen differenziert nach Altersgruppen (Angaben in Prozent)



Dieser Unterschied zwischen den beiden Altersgruppen blieb angesichts der niedrigen Probandenzahlen bei einer weiteren Unterteilung nach Ethnizität allerdings nur bei deutschen Patienten/innen signifikant ($p=0,05$) und bei einer Unterteilung nach Geschlecht nur bei den weiblichen Patienten. Auf eine ausführliche Darstellung wird verzichtet, da die Verteilung in den Untergruppen der obigen Verteilung entsprach. Bei einer Unterteilung der Altersgruppen sowohl nach Ethnizität als auch nach Geschlecht wurden die Gruppen für einen Vergleich zu klein. Eine Unterteilung nach Beschwerdeart brachte ebenfalls keine signifikanten Unterschiede.

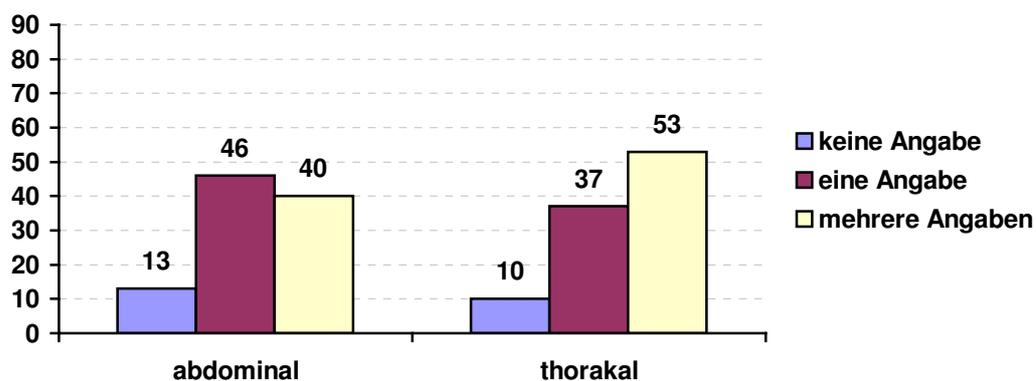
4.2.2.4 Beschwerdebezogene Unterschiede

Die Patienten/innen mit abdominalen Beschwerden machten zu 13% (n=24) keine Angaben zu den Ursachenvorstellungen und gaben zu 46% (n=84) nur eine Antwort und zu 40% (n=73)

mehrere Antworten. Die Patienten/innen mit thorakalen Beschwerden äußerten zu 10% (n=14) keine, zu 37% (n=52) nur eine und zu 53% (n=74) mehrere Ursachenvorstellungen.

Damit neigten die Patienten/innen mit thorakalen Beschwerden signifikant ($p=0,05$) häufiger dazu, mehrere Ursachenvorstellungen anzugeben, als die Patienten/innen mit abdominalen Beschwerden, die entsprechend häufiger nur eine Angabe machten.

Abb. 4.39: Anzahl der Ursachenvorstellungen differenziert nach Beschwerdeart (Angaben in Prozent)



Dieser Unterschied zwischen den Beschwerdegruppen war bei einer Untergliederung nach Ethnizität lediglich bei den Migranten/innen und bei einer Untergliederung nach Geschlecht nur bei den weiblichen Patienten signifikant ($p=0,05$). Diese Signifikanz blieb bei einer weiteren Unterteilung nach Ethnizität und nach Geschlecht auf Grund kleiner Probandenzahlen lediglich bei der Gruppe den Migrantinnen erhalten. Die Verteilungen entsprachen der obigen.

Eine Unterteilung nach Altersgruppen ergab keine signifikanten Unterschiede.