

Besonderheiten der Behandlung

Mahmoud Sultan
Diabeteszentrum Kreuzberg, Berlin

Die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund nimmt in Deutschland und weltweit aufgrund der Globalisierung stetig zu. Etwa jeder 5. Mensch in Deutschland hat mittlerweile einen Migrationshintergrund, das entspricht etwa 16 Millionen Menschen aus 180 Nationen. Der Migrationsstatus einer Person ist jedoch nicht zwangsläufig identisch mit ihrer Nationalität, ihrer Religion oder ihrer Staatsangehörigkeit, berührt diese Aspekte aber mit.

Das Statistische Bundesamt bestimmt den Migrationsstatus einer Person über die „persönlichen Merkmale zu Zuzug, Einbürgerung und Staatsangehörigkeit sowie aus den entsprechenden Merkmalen seiner Eltern“ [1]. Zu den Personen mit Migrationshintergrund „gehören die ausländische Bevölkerung – unabhängig davon, ob sie im Inland oder im Ausland geboren wurde – sowie alle Zugewanderten unabhängig von ihrer Nationalität. Daneben zählen zu den Personen mit Migrationshintergrund auch die in Deutschland geborenen eingebürgerten Ausländer sowie eine Reihe von in Deutschland Geborenen mit deutscher Staatsangehörigkeit, bei denen sich der Migrationshintergrund aus dem Migrationsstatus der Eltern ableitet.“ [1, 2].

Mit der steigenden Zuwanderung und der drastischen Zunahme der Flüchtlingszahlen wird die Anzahl der (Diabetes-)Patienten mit Migrationshintergrund in Deutschland weiter wachsen. Die wichtigsten Herkunftsländer für Deutschland

sind laut Angaben des Statistischen Bundesamts aus dem Jahre 2011

- die Türkei mit 17,6% der Migranten,
- Polen mit 9,6% der Migranten,
- Russland mit 7,5% der Migranten und
- Kasachstan mit 5,7% der Migranten.

Den typischen Migranten gibt es nicht!

Migranten bilden keine homogene Gruppe, den klassischen oder gar typischen Migranten gibt es nicht. Migrantenmilieus sind in vielerlei Hinsicht heterogen – bezüglich des sozioökonomischen und des Bildungsstatus, der Sprach- und der Integrationskompetenz, des Gesundheitsstatus und nicht zuletzt des kulturellen Hintergrundes. Aufgrund kultureller, sprachlicher und häufig auch bildungsbedingter Barrieren lässt sich die tatsächliche gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund nur schwer konkret und differenziert erfassen [3, 4].

Allerdings ist zu beobachten, dass bestimmte Gruppen von Migranten aufgrund ihres sozioökonomischen Status, ungünstigen Lebensbedingungen oder psychischen Belastungen ein höheres Erkrankungsrisiko tragen [5]. Da Migranten häufiger Berufe mit einem höheren Unfallrisiko ausüben, weisen sie im Vergleich zur Gesamtbevölkerung höhere Zahlen an Arbeitsunfällen und Arbeitsunfähigkeit auf. Türki-



Rein medizinisch gesehen gibt es keine Unterschiede bei der Behandlung des Diabetes zwischen Deutschen oder Migranten – Diabetes ist Diabetes. Dessen ungeachtet, liegen bei der Behandlung diabetischer Patienten mit Migrationshintergrund kulturspezifische Besonderheiten vor, die der niedergelassene Arzt im Sinne einer optimalen Therapie kennen und beachten muss. Verschiedene kulturelle Traditionen und Prägungen beeinflussen das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, ihre Behandlung durch den Arzt und die Adhärenz der zugewanderten Patienten erheblich. Gegebenenfalls vorhandene Bildungs- und Sprachprobleme erschweren die Schulung diabetischer Patienten mit Migrationshintergrund und die erforderliche Therapietreue. Die Realitäten dieses Patientenkollektivs reichen von ihrem kulturspezifischen Krankheitserleben über traditionelle Essgewohnheiten und Bewegungsabstinenz bis zum Begehen des muslimischen Fastenmonats Ramadan. Berücksichtigt der Arzt diese Faktoren, können diabetische Patienten mit Migrationshintergrund ebenso erfolgreich behandelt werden wie deutsche.

Bild: Fotolia, Fotograf: Mumpitz

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

sche Erwerbstätige gehen überproportional häufig in Frührente. Sie gehören zu den früheren Gastarbeitern, die überwiegend schwer körperlich gearbeitet haben [6].

■ Diabetes bei Migranten

Schätzungen zufolge gibt es in Deutschland rund 600 000 Diabetes-erkrankte mit Migrationshintergrund. Dabei ist die Prävalenz der türkischsprachigen Patienten mit Diabetes mit 12–15% doppelt so hoch wie die der deutschen Bevölkerung mit 6–8% – von ihnen sind etwa 280 000 an Diabetes erkrankt. Das liegt zum Teil an der Heirat unter Verwandten, aber auch an überlieferten Ernährungsgewohnheiten.

Laut DiabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe ist die Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe schlechter als die der Gesamtbevölkerung: Lediglich 15% der Migranten wissen überhaupt, was ein Diabetes ist. Zudem berücksichtigen die aktuellen Behandlungsangebote für Diabetes die spezifischen Bedürfnisse von Migranten mit Diabetes nicht ausreichend. Die Arbeitsgemeinschaft (AG) „Diabetes und Migranten der DDG“ möchte dies ändern. Sie befasst sich mit den speziellen Aspekten und Fragen der Kultursensibilität innerhalb der patientenorientierten und interdisziplinären Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus [7–9].

■ Kultursensibilität in der Versorgung von Diabetespatienten

Diabetes hat keine Nationalität, ebenso wenig wie seine Folgekomplikationen. Auch die Sorgen der Menschen mit Diabetes sind überall auf der Welt gleich: Sie reichen von der Angst vor Hypoglykämien sowie vor Spätkomplikationen über Schuldgefühle nach dem Essen bis hin zum Kampf gegen das Übergewicht. Trotz der vielen Gemeinsamkeiten findet man jedoch sowohl intra- als auch interkulturelle Unterschiede, die eine Kultursensibilität im ärztlichen Umgang mit Patienten

mit Migrationshintergrund erfordern.

Knackpunkt ist der soziale Status

Migranten, die über einen hohen sozialen Status verfügen, gesellschaftlich integriert und sprachlich bewandert sind, sind im Praxisalltag kein Problem. Eine große Herausforderung für den Arzt und sein Team ist hingegen die Versorgung von Migranten mit niedrigem sozialem Status und Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache, wozu weitere kulturelle Besonderheiten noch erschwerend hinzukommen können. Für solche Patienten ist die Anforderung an eine Kultursensibilität sehr hoch. Dabei spielt die Orientierung an den einzelnen Migranten in ihrer Individualität eine große Rolle [3].

Interkulturelle Differenzen

anerkennen und nicht bewerten

Die Behandlung von Menschen mit Diabetes und Migrationshintergrund erfordert eine sprach- und kulturübergreifende Beziehung zwischen Arzt und Patient. Hierzu ist eine interkulturelle Beratung mit der Anerkennung kultureller und ethnischer Differenzen wichtig – die Unterschiede werden respektiert, ohne sie zu bewerten. Die Anerkennung dieser kulturellen Vielfalt wiederum setzt spezifische Fertigkeiten, Haltungen, Einstellungen und Kompetenzen voraus. Drei Hauptsäulen interkultureller Kompetenz sind zu erwähnen:

- eine Haltung, den Patienten als Mensch zu akzeptieren und zu achten
- ausreichendes Wissen über andere und über sich selbst
- eine klare Handlungskompetenz im Umgang mit den Patienten.

Grundsätzlich müssen die in diesem Bereich Tätigen in der Lage sein, in einer Atmosphäre der Offenheit, Achtung, Anerkennung, Wertschätzung und Neugierde eine zufriedenstellende und tragfähige Beziehung und Kommunikation zum Patienten herzustellen. Zudem sollten respektive müssen sprachliche und kulturelle Besonderheiten berücksichtigt werden. Die Kultur beeinflusst das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, die Vorsorge und die Ernährungsgewohnheiten [10].

■ Behandlungsbarrieren in der Praxis

Die Versorgungsdefizite bei Migranten mit Diabetes, einer chronischen und über lange Zeit symptom- und beschwerdefrei verlaufenden Erkrankung, sind bedingt durch Sprach- und Verständigungsprobleme. Sprachliche Defizite, teilweise Analfabetismus, erschweren die Arzt/Patienten-Beziehung.

Der Einsatz von Laiendolmetschern (meist Familienangehörige) führt mitunter zu verzerrten und reduzierten Informationen und Missverständnissen. Die Folgen sind Lücken im Selbst- und Medikamentenmanagement und somit eine passive Rolle des Patienten.

Krankheitserleben	deutsch	türkisch
Krankheitsverständnis	naturwissenschaftlich	höhere Macht, Schicksal
Krankheitsverhalten	aktiv, bekämpfend	passiv, erdulend
Wahrnehmung	fokussiert, nüchtern	diffus, emotional
Betroffenheit	Individuum	Kollektiv (Familie)
Abhilfe	Kompetenz des Arztes	Eigenkompetenz
Einsicht in medizinische Maßnahmen	hoch, relativ diszipliniert	niedrig, Krankheitszusammenhänge unbekannt

Tab. 1 Deutsche und türkische Menschen erleben eine Erkrankung signifikant unterschiedlich. nach [10]

ten. Manche sind nicht in der Lage, ihre Blutzuckerwerte im Tagebuch zu dokumentieren, was aber für eine optimale Einstellung des Blutzuckers sehr wichtig ist.

Kulturelle Einflüsse beeinflussen die Versorgung

Ein weiterer Aspekt einer defizitären Versorgung ist durch kulturelle Einflüsse bedingt (Tab. 2) [10]: Die Wahrnehmung der Krankheit und die Schilderung der Symptome sind stark von der (Herkunfts-)Kultur geprägt. Migranten erleben Krankheiten häufig als schicksalhaft, sie denken, Gott werde es schon richten. Viele behandeln sich mit eigenen Rezepturen, einige glauben, dass keine Behandlung mehr erforderlich sei, wenn ihre Blutzuckerwerte im Zielbereich eingestellt sind.

Des Weiteren bestehen klare hierarchische Strukturen in der Familie: Der Vater ist das Familienoberhaupt, die Mutter eine Respektperson. Der Patient wird oft von mehreren Verwandten begleitet, was in der Sprechstundenplanung berücksichtigt werden sollte. Kinder und Schwiegerkinder haben die Angehörigen der älteren Generation zu begleiten [11].

Fatalistische Grundeinstellung erschwert die Therapie

In unserer diabetologischen Schwerpunktpraxis in Berlin-Kreuzberg haben wir eine große Klientel mit türkischem Migrationshintergrund, sodass wir signifikante Unterschiede im Krankheitserleben und -handeln dieser Gruppe im Vergleich zu deutschen Patienten hinreichend gut beschreiben können (Tab. 1).

Oft treten gravierende Probleme mit der Umsetzung der Therapie auf: Kurzzeitinsulin wird unabhängig von den Mahlzeiten und der damit verbundenen Kalorienaufnahme 3-mal täglich gespritzt, Basalinsuline werden vor dem Aufzug mit der Spritze nicht geschwenkt, ein Nadelwechsel erfolgt nicht täg-

deutsche Kulturstandards	türkische Kulturstandards
Individualismus	Kollektivismus
direkte Kommunikation	indirekte Kommunikation
Schuldkultur	Schamkultur
Trennung von Beruf und Privatleben	keine Trennung von Beruf und Privatleben
mittlere Hierarchie	steile Hierarchie (z. B. Familie)
internalisierte Kontrolle	Kontrolle durch die Familie
hohe Zielorientierung	geringe Zielorientierung
Religion ist Privatsache	religiöse Orientierung

Tab. 2 Kultursensibilität im Versorgungsmanagement. nach [10]

lich. Einige Patienten haben Angst, Schweineinsulin (= haraam, also tabu) zu bekommen, andere setzen die besprochene Therapie nicht konsequent um und meinen, es sei egal – wenn es schief gehe, dann sei es eben so.

Solche fatalistisch orientierte Patienten mit Adhärenzproblemen treffen wir in jeder Kultur, jedoch deutlich häufiger im muslimisch-orientalischen Kulturkreis. Für einige dieser Patienten ist eine ärztliche Übermittlung besserer Befunde (die Blutzuckerwerte haben sich unter der Gabe von Insulin in Kombination mit einem strikten Ernährungsregime normalisiert) gleichbedeutend mit der Heilung der Krankheit – sie setzen die Therapie dann ab.

Schulungsangebote werden nicht wahrgenommen, was die individuelle Therapieoptimierung erschwert. Dementsprechend sind diese Patienten aufwendiger zu betreuen, sie besuchen die Sprechstunde ungleich öfter im Vergleich zu gut geschulten (und eingestellten) Patienten, was kostbare Zeit raubt. Auch das Zeiterleben ist ein anderes: So nehmen die Patienten Termine nicht ernst, manche kommen Stunden vor dem Termin oder erst am nächsten Tag.

Essen hat einen hohen Stellenwert

Eine große Rolle spielen unterschiedliche Essgewohnheiten. In der orientalischen Kultur isst man immer in Gesellschaft, zusammenkom-

men heißt immer zusammen essen, dies hat einen höheren Stellenwert als im Westen. Denn Essen gilt als Statussymbol wie auch als Gesundheitsmacher: Dünne Menschen werden als krank und/oder arm angesehen. Essensreste sollen – unabhängig vom Sättigungsgefühl – aufgegessen werden, da man aus religiösen Gründen keine Nahrungsmittel wegwirft [12].

Essen anzubieten gilt als Gebot der Gastfreundschaft. Auch der Arzt bekommt beim Hausbesuch immer etwas zum Essen angeboten, als Besucher muss man daher stets eine geschickte Ausrede parat haben, wenn man nichts essen möchte. Manche Patienten kommen auch mit Essen in die Praxis und bieten dem Arzt und seinen Mitarbeiterinnen davon an. Der Brotkonsum ist nach Angaben der Vereinigung Getreide-, Markt- und Ernährungsforschung (GMF) in der Türkei doppelt so hoch wie in Deutschland (168 kg/86 kg) [12, 13].

Steigerung der körperlichen Aktivität ist schwierig zu adressieren

Bewegungsmangel ist ein weiteres großes Problem. In der muslimisch-orientalischen Kultur ist Sport nicht üblich. Frauen mit Kopftuch trauen sich nicht, sich in Sportvereinen anzumelden, viele von ihnen möchten – wenn überhaupt – gleichgeschlechtliche Sportangebote wahrnehmen. Traditionell übernehmen Kinder viele Arbeiten der

Mütter im Haushalt und schränken somit deren notwendige wie gewünschte Bewegung zusätzlich ein [12].

Lange Urlaubsreisen untergraben die Stoffwechseleinstellung

Lange Aufenthalte in der (alten) Heimat untergraben die Therapie und deren Kontinuität. Nach erfolgreicher Einstellung des Diabetes verreisen die Patienten für Monate in die Türkei, wo sie oft wenig auf die Therapietreue achten. Die Diabeteseinstellung wird folglich wieder schlechter, was beim ersten Kontrolltermin nach der Rückkehr auffällt. Manche Patienten werden vom Hausarzt zur Diabeteseinstellung überwiesen, doch kaum hat man mit der Arbeit begonnen, verreist der Patient und die eingeleitete Therapie kann nicht fortgesetzt werden.

Besonderheit:

Fastenmonat Ramadan

Eine Besonderheit in der islamischen Kultur ist der (bewegliche) Fastenmonat Ramadan. Muslime fasten in dieser Zeit täglich 12 Stunden und mehr – je nachdem, ob der Ramadan in die dunkle oder helle Jahreszeit fällt. Während des Fastens, zum Beispiel nach Sonnenaufgang und vor Sonnenuntergang, wird weder gegessen noch getrunken, auch Medikamente werden nicht eingenommen. Insulin wird von den meisten ebenfalls nicht gespritzt.

Muslimische Patienten, die fasten wollen, tun es eigenmächtig. Viele berichten auf Nachfrage, dass die Ärzte ihnen das Fasten sowie so verbieten, deshalb fragen sie gar nicht erst danach. Obgleich die medizinische Begleitung dieser Patienten manchmal beratungsintensiv für den Arzt und das Team ist, gelingt das Fasten mit einer angepassten Ernährungsberatung und einer befristeten Umstellung der Diabetes-therapie ohne Probleme. In manchen Fällen empfehlen wir vorher ein Probefasten, was von den Patienten gut angenommen wird.

Literatur

- 1 www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Migration/Integrations/Migrationshintergrund2010220057004.pdf?__blob=publicationFile, Seite 341f
- 2 Dr. Meryam Schouler-Ocak. Die Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitssystem.
- 3 Psychodiabetologie, Frank Petrak, Stephan Herpertz, 2013, Kapitel: Behandlung von Migrantinnen und Migranten mit Diabetes, Bernd Kalvelage, Christopher Kofahl
- 4 Ramazan Salman. Vortrag: „Wer versteht denn diese Patienten?“ „Stiefkinder der psychotherapeutischen Versorgung“ Tagung am 18./19.07.2010 in Frankfurt
- 5 www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/degs_info_broschuere.pdf?__blob=publicationFile
- 6 BAMF 2015, Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland
- 7 [www.diabetesde.org/index.php?id=6417&tx_ttnews\[tt_news\]=9148&tx_ttnews\[backPid\]=6391](http://www.diabetesde.org/index.php?id=6417&tx_ttnews[tt_news]=9148&tx_ttnews[backPid]=6391)
- 8 <http://migration.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/ueber-uns.html>
- 9 Ali Avci. Befindlichkeit, Therapiezufriedenheit und Diabeteseinstellung bei türkischen Diabetikern der 1. Migrantengeneration in Deutschland
- 10 Reinhard Brücker. VIACTIV Krankenkasse, Kultursensible Aspekte im Versorgungsmanagement. Herbsttagung der DDG, Düsseldorf, 06.11.2015
- 11 Peters, Hermanns, Klapp. Individuelle Medizin für Patienten aus fernen Ländern und anderen Kulturen; rationale Diagnostik und Therapie, Ratiopharm
- 12 Ayşe Ünal. Vortrag: Herausforderungen der Diabetesschulung bei Migranten. Herbsttagung DDG, Düsseldorf, 06.11.2015
- 13 Yelda Özel. Die Bedeutung von Migration für Diättherapie und Ernährungsberatung „Tuerkischer Koefte“ von E4024 – Eigenes Werk. Lizenziert unter CC-BY-SA 4.0 über Wikimedia Commons – https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tuerkischer_Koefte.jpg#/media/File:Tuerkischer_Koefte.jpg



Korrespondenz

Dr. Mahmoud Sultan
Diabeteszentrum
Kreuzberg
Oppelner Straße 48/49
10997 Berlin
praxis@
diabetes-berlin.com

Autorenerklärung

Der Autor gibt an, dass bezüglich des Beitrags kein Interessenskonflikt besteht.